

Responsable de la publication:  
Service des soins infirmiers  
prix Fr. - 2



## Offres en soins infirmiers à l'unité de réhabilitation <sup>1</sup>

### Sommaire

**Antonio Cignarale**, directeur de l'EMS Sans Soucis : *Editorial*

**Marie-Claude Baumann**, ICUS à l'unité de réhabilitation, *Psychoped*

**Catherine Pradet**, infirmière à l'unité de réhabilitation, *L'hypnose infirmière*.

**Daniel Talhouédec**, ICUS à l'unité de réhabilitation, *Etre témoin de l'enfer des autres et être aussi acteur : interrogation identitaire d'un soignant*.

---

### Editorial

Invité à une présentation sur les thérapies comportementales et cognitives (TCC) et l'hypnose ericksonienne avec comme consigne d'apporter un regard critique sur ces sujets, l'idée m'a plu. Dans ma pratique professionnelle j'utilise de façon régulière les TCC, étant formé à ces pratiques. L'hypnose ericksonienne, quant à elle, est un sujet inconnu pour moi et je me réjouissais à l'idée de la découvrir.

Les exposés m'ont montré une partie des méthodes employées, mais j'ai trouvé le temps trop court pour aborder ces deux modèles ; je pense qu'une présentation de deux heures sur le même sujet aurait été plus utile ; cela aurait permis aux exposants de développer plus à fond leur sujet en le ponctuant d'exemples cliniques.

L'objectif de cette présentation ne me paraît que partiellement atteint : en effet j'ai regretté que le débat concernant la formation des professionnels à ces techniques n'ait pas eu lieu.

En tant que soignant et responsable d'équipe et des programmes de formation continue, je souhaite que ces exposés puissent mettre « l'eau à la bouche » de ceux qui les écoutent et les encouragent à en apprendre plus, voire à se former à ces méthodes.

Je sais par expérience que les TCC, dont l'efficacité est reconnue par l'OMS pour bien des indications, sont adaptées à la pratique des soins infirmiers en psychiatrie.

---

<sup>1</sup> L'unité de réhabilitation du département universitaire de psychiatrie adulte développe sur le site de Cery une approche psycho-sociale des pathologies psychiatriques chroniques.



Pour conclure, j'aimerais remercier les uns et les autres de m'avoir convié à cette matinée fort sympathique. De plus je vous expose succinctement les quelques concepts qui président aux thérapies comportementales et cognitivistes.

## Les thérapies comportementales

A l'origine, elles étaient représentées par le mouvement « behaviouriste » à partir de l'expérimentation animale réalisée par le célèbre chercheur Pavlov (prix Nobel 1904) qui décrit la réaction conditionnelle apprise face à un stimulus inconditionnel (expérience connue du chien qui salive quand une sonnerie retentit).

Les thérapies comportementales sont apparues dans les années 1940 avec Hull (1943) qui a ajouté au schéma pavlovien (stimuli (S)— réponse (R), le O de l'organisme ce qui donne la formule suivante : S—O—R et prend désormais en compte l'état physiologique de l'organisme (et donc les habitudes acquises ici ou là par celui-ci)

Skinner (1953) décrit le conditionnement opérant et la notion de conséquences d'un comportement : renforcements positifs et négatifs.

En 1969, Bandura s'intéresse à une troisième forme d'apprentissage : l'apprentissage social par imitation.

En résumé, les thérapies comportementales reposent sur les lois de l'apprentissage d'un comportement ; on en retiendra trois :

- l'apprentissage par conditionnement classique ou pavlovien,
- l'apprentissage par conditionnement opérant ou skinnérien,
- l'apprentissage social par imitation ou modeling.

## Les thérapies cognitives

Elles apparaissent dans les années 1960 avec Ellis ; l'autre grand nom des thérapies cognitives est Beck, dans les années 1970.

Ces thérapies partent du postulat que l'individu traite les informations extérieures à travers une sorte de filtre, le schéma cognitif. Ainsi l'information est interprétée par ce « filtre » dont il ressort les pensées : par exemple, une personne déprimée dont le schéma cognitif sera « je ne vaud plus rien », interprétera une réussite à un examen comme le fruit du hasard et ne le réattribuera en aucun cas à ses compétences.

Aujourd'hui, les TCC sont en pleine expansion, utilisées dans bien des domaines avec succès : troubles anxieux et phobies, dépression, dépendances, troubles psychotiques et troubles alimentaires.

Nombre de soignants s'y intéressent et s'y forment et montrent, en les mettant en œuvre, tout le bénéfice, la simplicité et l'efficacité de ces méthodes. Leurs résultats sur le terrain contribuent au développement et à l'agrandissement de l'intérêt qu'on leur porte.

En conclusion, je dirai que nous devons continuer à offrir des soins individualisés et adaptés aux besoins de la personne soignée. Quelle que soit la technique utilisée, notre objectif doit toujours être le soulagement de la souffrance physique ou morale et ce dans les délais les plus brefs.

**Antonio Cignarale**

---

L'unité de réhabilitation organise sur le site de Cery de nombreuses activités pour les patients, généralement non hospitalisés, qui viennent passer la journée là. Entre les ateliers

occupationnels, l'ergothérapie, l'atelier de la vie quotidienne, la gestion de la cafétéria, Césure (centre de création artistique), chacun peut trouver matière à faire valoir ses talents. Il n'est question, dans les textes qui vont suivre, que de

développer deux offres en soins spécifiques et non de rendre compte de l'ensemble des activités réhabilitatives de cette unité.

## **PSYCHOPED**

« Modules intégrés d'entraînement des compétences sociales pour patients psychiatriques ».

Le programme Psychoped que propose l'Unité de réhabilitation se compose de sept sous-programmes spécialisés de thérapie comportementale et cognitive. Il offre une palette variée et continue de modules d'entraînement des compétences sociales pour patients psychiatriques chroniques.

Dans un premier temps, je vais vous exposer les différents modules du programme Psychoped puis dans un second temps, je vous parlerai plus particulièrement du module gestion des émotions et celui d'entraînement des compétences sociales.

### **Le programme d'entraînement cognitif (PEC)**

Ce programme se propose de renforcer les fonctions psychologiques de base par un entraînement en groupe suivi et structuré. Il se présente sous la forme de différents modules relativement brefs qui entraînent l'attention, la concentration, la mémoire, le langage, et la structuration de la pensée. Outre l'entraînement, cette activité sensibilise les participants aux diverses techniques qui peuvent compenser les difficultés rencontrées à ce niveau.

Ce groupe est destiné surtout à des patients psychotiques chroniques qui présentent des déficits cognitifs persistants.

Il est animé par Madame Christine Reymond qui est psychologue.

Il s'agit d'un groupe ouvert qui a lieu tous les vendredis de 13h30 à 14h30.

C'est un groupe permanent sur toute l'année. Les patients peuvent y entrer et en sortir comme ils l'entendent.

### **Le programme « mieux connaître et gérer sa médication et sa maladie »**

Ce module se donne pour objectif de bien faire comprendre aux participants les raisons pour lesquelles ils prennent des médicaments neuroleptiques.

Il s'agit d'un groupe ouvert qui s'adapte au vécu des patients dans le groupe et les thèmes qui y sont traités dépendent des demandes des patients. Ils peuvent par exemple tourner autour des informations sur le traitement des psychoses, des effets secondaires des neuroleptiques ou encore des signes d'alarme d'une rechute.

### **Le groupe d'entraînement des compétences sociales**

Le but de ce programme est de commencer un apprentissage des techniques psychologiques aidant la personne à se sentir plus à l'aise dans des situations critiques rencontrées dans la vie de tous les jours.

Ce groupe est destiné surtout aux patients souffrant de psychoses.

Il s'agit d'un groupe fermé. Cependant, il est semi ouvert sur les quatre premières séances car souvent, les patients participent en alternance au groupe « gestion des émotions » et au groupe « entraînement aux compétences sociales ».

Ce groupe est très fréquenté. Il y en a deux par années qui s'étendent sur 15 séances.

### **Le module « gestion des émotions »**

Ce groupe est destiné surtout à des patients souffrant de psychose et pour lesquels le vécu émotionnel représente une problématique importante.

Ce groupe a lieu tous les mardis de 14h à 16h.

Le programme Psychoped est une forme des thérapies cognitivo-comportementales pour les patients psychiatriques chroniques. Cette forme d'application est l'entraînement aux habiletés sociales en partant de l'idée que les patients ont perdu ou qu'ils n'ont jamais acquis un certain nombre de compétences communicationnelles, émotionnelles et psychologiques pour se débrouiller au mieux dans les situations de la vie quotidienne.

## Objectifs

Cet entraînement a généralement plusieurs composantes. L'une est informative. Nous allons aider les patients à prendre conscience et à comprendre ce qui se passe en eux par un entraînement au moyen de jeux de rôle et par la restructuration cognitive. L'idée au fond, est d'identifier les situations à problèmes et la recherche de méthodes stratégiques préventives qui servent de mécanismes d'auto protection.

Par exemple, à propos du groupe « gestion des émotions », les patients qui souffrent d'une schizophrénie, ont beaucoup de peine à identifier leurs émotions et celles d'autrui. La différenciation dans l'interprétation de la perception des émotions, notamment la distinction entre émotions négatives et positives, est déficiente chez eux. On va donc leur apprendre à donner un sens correct aux situations auxquelles ils sont confrontés. L'émotion, stress dans le sens biologique du terme, va activer les fonctions biologiques déjà déficientes (dysrégulation) qui entraîneront des troubles cognitifs importants.

Les séances sont standardisées dans la procédure mais pas dans le contenu. Le contenu est adapté aux besoins des patients. On va par exemple utiliser des diapositives, des photos ou des films pour voir comment ils peuvent identifier les différentes émotions et ensuite on va évoquer le contenu des émotions similaires. On va aussi leur demander comment ils vivent les émotions à un niveau non verbal et comment cela se passe pour eux. Qu'est-ce qu'on dit, qu'est-ce qu'on voit, qu'est-ce qu'on fait des différentes émotions ?

Les patients amènent des situations personnelles afin qu'ils prennent conscience que le discours qu'ils tiennent, est produit par eux-mêmes et que les discours ou les pensées négatives vont entraîner des émotions dysfonctionnelles. Ils vont donc apprendre à faire le lien entre une situation et ce qu'ils pensent, ce qu'ils ressentent et ce qu'ils font.

Nous offrons d'autres techniques dont la relaxation pour aider les patients à mieux gérer leurs émotions

Concernant les indications, il y a deux types de patients et deux types de groupes. Il y a les

patients schizophrènes qui manifestent le désir de mieux comprendre ce qui se passe en eux et pour qui les objectifs sont beaucoup plus limités de même que le nombre de participants, trois ou quatre.

Pour les autres patients qui ne souffrent pas de cette pathologie mais d'une problématique psychiatrique chronique, les groupes peuvent être plus grands. Ces personnes ont relativement peu ou pas de problèmes à identifier leurs émotions mais ils évoquent des difficultés à les gérer (évitement, débordement).

La toxicomanie sévère, le retard mental et les troubles cognitifs très prononcés sont des contre-indications car ces troubles empêchent un apprentissage effectif. Dans ces situations, nous poserons plutôt une indication pour le « programme d'entraînement cognitif » avant de passer dans le groupe « gestion des émotions » ou celui d' « entraînement aux compétences sociales » en raison du stress et de la sur-stimulation qu'une telle confrontation pourrait susciter avec des risques de décompensation qu'elle pourrait entraîner.

Nous sommes en train de mettre sur pied un nouveau modèle qui s'intitule « projet réhab » car nous rencontrons quelques problèmes avec les indications. En effet, si je désire faire les choses dans les règles de l'art, je devrais voir chaque patient entre 7 et 10 séances pour fixer les objectifs thérapeutiques, ce qui n'est actuellement pas possible.

Souvent, les patients viennent sur le conseil de leur médecin. Néanmoins, j'ai constaté qu'ils peuvent acquérir certaines compétences par l'observation dans un premier temps pour se mettre au travail dans un second temps.

Le « projet réhab » propose des indications pour déterminer les besoins et les attentes des patients et pour les aider dans la réalisation de leur objectif en les travaillant avec le reste de l'équipe.

**Marie-Claude Baumann.**

## L'hypnose infirmière dans l'unité de réhabilitation du DUPA.<sup>2</sup>

### Introduction

Intéressée par ce domaine particulier, j'ai fait une formation en hypnose ericksonienne<sup>3</sup> pendant une année avec le Dr Bonvin, chef de clinique à l'unité de réhabilitation, responsable de l'unité d'hypnose à la Fondation Ling<sup>4</sup>. J'ai obtenu mon diplôme après avoir présenté une vidéo et un travail écrit.

### Définition

L'hypnose est un état modifié de la conscience, le sujet donne l'impression de dormir mais son cerveau est en hyperactivité ; « Peu à peu il se détache de la réalité environnante au profit d'une activité mi-consciente qui lui permet de faire un travail thérapeutique » (Victor Simon, praticien privé).  
elle peut être utilisée pour :

<sup>2</sup> L'Ecrit n°11 de Juillet 1998, L'hypnose : du fantasme à la thérapie, constitue un excellent complément de celui-ci. Il dégonflait quelques a-priori et traitait à l'époque de l'utilisation de l'hypnose dans un contexte de pré-sevrage pour des patients qui devaient être admis à la Calypso. Un aperçu de la dimension historique de l'hypnose dans la constitution du « fait psychologique » complétait l'approche clinique.

<sup>3</sup> Milton Erickson (1901-1980), reprend, après la seconde guerre mondiale, la technique hypnotique pour l'intégrer aux thérapies brèves et la structurer sur un mode moins autoritaire et moins stéréotypée, plus respectueux du patient.

<sup>4</sup> Fondation Ling, Lucinge 14, CP 12, 1000 Lausanne 19. La fondation valorise les approches médicales extrême-orientales (médecine chinoise des méridiens - acupuncture, phytothérapie- , médecine ayurvédique indienne)

- Arrêter de fumer.
- Pallier aux troubles alimentaires.
- Soigner les troubles digestifs.
- Aider les troubles psychologiques du registre du stress ou des phobies.
- Aborder les troubles psychosomatiques (eczéma, psoriasis, spasmophilie, asthme).
- Diminuer la douleur particulièrement utilisée maintenant en anesthésie.

En revanche elle est contre-indiquée en cas de :

- Déficience mentale.
- Délire psychotique aigu.
- Douleurs non diagnostiquées.

### Pratiques

A l'unité de réhabilitation il est possible d'utiliser cette technique pour aider un patient stressé avant sa prise de sang ou son injection intramusculaire, ou pour discuter avec un autre qui refuse son traitement ; l'hypnose lui permet de dire les raisons de son refus en même temps qu'on peut l'informer des conséquences possibles de son geste. Dans une fonction de relaxation, elle permet de préparer des échéances difficiles, entretien de famille, reprise du travail ou retour à domicile, elle permet d'anticiper les problèmes et de les aborder. Enfin, l'apprentissage de l'auto-hypnose met le patient en capacité de l'utiliser quand il est seul. Dans le concret de la relation, il est nécessaire d'avoir plusieurs entretiens avec le patient pour qu'il donne son accord et qu'il se prépare aux séances d'hypnose. Ce temps préparatoire est utilisé pour définir les objectifs, le nombre de séances, leur durée, pour avoir l'accord du médecin traitant, démystifier la fonction non miraculeuse de cette thérapie et enfin choisir le canal sensoriel le plus adapté pour induire l'état hypnotique du patient.

Pour une approche visuelle il suffit de demander au patient de fixer un point au-dessus de la ligne d'horizon. Si le canal est plutôt cénesthésique, on peut demander au patient qu'il se concentre sur les points de contact de son corps avec le fauteuil sur lequel il est assis. Le canal auditif privilégie la voix du thérapeute, une musique, le tic-tac d'une pendule ou même le bruit de la pluie sur les vitres. Enfin, le canal olfactif peut être mobilisé par des parfums divers -

bâtons d'encens, clous de girofle - ou des bonbons et pastilles.

Une fois ces éléments déterminés, il faut convenir d'un mode de communication (le signaligne) qui validera que le patient entend ce qui lui est dit, clin d'œil, signe de la main, etc.

La séance pourra alors commencer par l'induction, l'entrée en transe, sous le contrôle verbal du thérapeute qui maintient le focus sur l'ici et maintenant ou qui aide le patient à se représenter une « save place », c'est-à-dire un lieu ou une scène dans lequel il se sent en totale sécurité. La question peut lui être posée de savoir s'il souhaite poursuivre l'expérience ou l'interrompre ; dans cette dernière hypothèse, il s'agit de préparer le retour à un état de conscience normal ; le thérapeute change alors de voix, hausse le ton, change de position et demande au patient de se retrouver dans la pièce, d'en écouter les bruits et de se détendre. Ce moment est important et il faut laisser au patient le temps de s'exprimer.

### Conclusion

Cette offre en soins à la réhabilitation permet une ouverture dans le programme des patients, une autre approche, une autre technique. Seulement, c'est une activité qui nécessite un temps infirmier important, des locaux adaptés et des moments obligatoires de supervision. Ces facteurs sont limitatifs du nombre de prise en charge possible dans ce registre.

### Bibliographie

Dans la bibliographie importante que nous avons publiée dans le n°11, nous rappelons trois titres :

Gérard Salem, *Soigner par hypnose*, Editions Ling, 1997.

J.Balken, E. Bonvin et al., *Hypnose au pluriel*, Editions Ling, 1998.

M. Nimier, *L'hypnothérapie à la portée de tous*, Gallimard, 1999.

**Catherine Pradet.**

### A propos du symposium de l'atelier du Non Faire : Inferno

Comme chaque année, l'atelier du Non Faire organisait un symposium autour d'un thème original : après le chaos de l'édition précédente, il nous était proposé d'aborder l'enfer sous toutes ses coutures.

L'atelier du Non Faire est un atelier d'expression picturale et musicale, situé au sein de l'hôpital de Maison Blanche, en périphérie parisienne. Il est animé par Christian Sabas (infirmier) et Simonetta Di Girolamo (psychologue).

Etant invité à y intervenir, il m'a semblé intéressant de susciter la participation de certains membres du GRAAP, particulièrement intéressés par la créativité. L'idée était aussi d'assurer un pont, un axe de communication entre différentes structures, ceci étant également le souhait des collègues du Non Faire.

Le symposium se tenait dans une galerie d'art contemporain proche des Champs-Élysées. L'ambiance de ces journées était plutôt informelle et débridée, houleuse ou bon enfant, beaucoup de participants souffrant de troubles psychiques exprimant leur révolte ou leur colère.

Globalement, ce symposium donnait un certain éclairage sur l'état actuel de la psychiatrie française, ses multiples débats et contradictions ainsi que son projet de réforme tendance psychiatrie communautaire.

En contre-point, nous avons remarqué la participation italienne (un philosophe, un médecin, un collectif soignant/soigné d'Ancône), très inspirée de l'exemple "Basaglia".

Nelly Peuret, Sylvie Troyet et André Lauener m'ont donc rejoint dans cette participation, et nous avons décidé d'une intervention collective. J'ouvrais les feux au travers du texte qui va suivre, Nelly présentait le GRAAP et se fendait d'une chanson, André expliquait aussi à sa manière son approche spirituelle, Sylvie clôturait notre présentation par un conte de sa composition. Le tout était accompagné par les percussions du rastaman de service, à savoir Christian Sabas : un grand moment.

Cette rencontre devrait avoir des prolongements ultérieurs, une invitation pour le collectif du Non

Faire (intervenants, peintres et musiciens) à nous rendre visite.

### **Etre témoin de l'enfer des autres et en être aussi acteur : interrogation identitaire d'un soignant**

Puisqu'il faut parler de l'enfer, le petit breton qui est en moi se souvient de celui que l'on nous faisait miroiter en récompense du mal : un brasier éternel, une souffrance perpétuelle qui ronge les âmes (en l'occurrence celles-ci ne sont pas ignifugées), aucun recours ni rédemption dans ce désert d'afflictions brûlantes, voire gelées.

Le grand maître boucanier jubile et ses valets entretiennent les tourments pour l'éternité, manière en quelque sorte d'aborder la notion d'infini. S'il existe un enfer, il existe aussi un paradis, récompense du bien, voilà un binôme dont il faut pouvoir se convaincre.

Ne m'étant pas senti trop d'affinités avec Dante, je vais plutôt utiliser en référence Dostoiévski et particulièrement un dialogue entre Ivan et Aliocha, deux des trois frères Karamazov. Yvan est athée et Aliocha mystique, la réflexion du premier confronte Dieu, le paradis et l'enfer et surtout la souffrance des innocents. Il donne donc plusieurs exemples terribles d'enfants maltraités et poursuit son cheminement ainsi :

" Ecoute, je me suis borné aux enfants pour être plus clair. Je n'ai rien dit des larmes humaines dont la terre est saturée. J'avoue humblement ne pas comprendre la raison de cet état de choses. Les hommes sont seuls coupables : on leur avait donné le paradis; ils ont convoité la liberté et ravi le feu du ciel, sachant qu'ils seraient malheureux; ils ne méritent donc aucune pitié ? D'après mon pauvre esprit terrestre, je sais seulement que la souffrance existe, qu'il n'y a pas de coupables, que tout s'enchaîne, que tout passe et s'équilibre ".

Ailleurs, il dit : " Je pense que si le diable n'existe pas, s'il a été créé par l'homme, celui-ci l'a fait à son image.

- Comme Dieu, alors"? répond Aliocha ».

Ivan évoque alors l'harmonie finale, à la fin des temps, lorsque les voies du Seigneur nous seront révélées, lorsque le bourreau, la mère, l'enfant s'embrasseront et déclareront avec des larmes : "Tu as raison, Seigneur !" Il dit :

"Je m'écrierai peut-être avec les autres, en regardant la mère embrasser le bourreau de son enfant : "tu as raison, Seigneur !" Pendant qu'il est encore temps, je me refuse à accepter cette harmonie supérieure.

Je prétends qu'elle ne vaut pas une larme d'enfant, une larme de cette petite victime qui se frappait la poitrine et priait le Bon Dieu dans son coin infect; non, elle ne les vaut pas, car ses larmes n'ont pas été rachetées. Tant qu'il en est ainsi, il ne saurait être question d'harmonie. Or comment les racheter, c'est impossible. Les bourreaux souffriront en enfer, me dis-tu ? Mais à quoi sert ce châtiment puisque les enfants aussi ont eu leur enfer ? Et si la souffrance des enfants sert à parfaire la somme des douleurs nécessaires à l'acquisition de la vérité, j'affirme d'ores et déjà que cette vérité ne vaut pas un tel prix".

Tout cela pour, de l'enfer imaginé, récompense du mal, glisser vers notre monde agité où il me semble constater d'innombrables variantes d'enfers (de calvaires ?) personnalisés. Et trop souvent, muet spectateur, je ne puis m'empêcher de me remémorer les paroles d'Ivan Karamazov autour de l'innocence des victimes, des tourmentés. L'enfer, ce n'est pas qu'on y croie ou pas, c'est qu'il se rappelle à nous. Subtilement nous lui faisons une place dans nos existences troubles.

Ce qui va suivre est un témoignage personnel.

Lorsque Christian Sabas m'a contacté et m'a donné le thème de notre rencontre, très vite m'est venue l'évocation de mes débuts d'élève-infirmier en psychiatrie, comme une porte ouverte sur une immersion dans des contrées proches de l'enfer, dans un endroit sinistre appelé, pavillon K.

Le premier jour dans ce foutu pavillon, deux balèzes en blouses blanches viennent me chercher et m'annoncent une admission difficile: "on va t'impressionner", disent-ils. Et de prendre la camisole et les attaches sur leurs épaules en s'avançant vers le grand portail. Géniale bienvenue pour les deux nouveaux. Dans un univers où une homéostasie passive était entretenue à coups de pipettes de ces vieux neuroleptiques en doses exagérées. Et je les ai préparées, ces doses. Tout le monde en uniforme bleu, pas d'allumettes mais un bec bunsen dans sa boîte métallique accrochée au



mur. Passé oublié, laissé à l'indifférence générale, présent figé et avenir improbable, chronicité entretenue et sévices parfois.

Par mauvais temps, on enfermait l'élève et une trentaine de résidents dans une grande salle, je me souviens de deux vieux russes blanchis sous le harnais de l'asile : l'un d'eux avait travaillé sur le transsibérien et, énervé, disait poser les traverses plus vite que n'avancait la locomotive, l'autre était un spécialiste de Bakounine; tous ces gens passés à la trappe. J'étais venu pour soigner, à quelle oeuvre infernale participais-je? Un médecin, récemment, définissait le rôle infirmier comme celui de garant du soin. Garant de quoi à votre avis, dans l'exemple que je propose ?

Dans cet univers-là ma position n'était pas celle de tous ces innocents passés à la trappe de l'oubli asilaire. Cependant, cependant... L'un, avec qui j'avais beaucoup discuté Bouddhisme, m'attendait au saut du loup, à la fin de mon service, et, en guise d'au revoir me disait : "Si tu vois le Bouddha, tues-le"! Il me bénissait, cet oiseau ! Je le prenais comme tel.

Le pavillon K une nuit a brûlé, un jeune homme y a mis le feu. Tous sont sortis indemnes. Lui a été envoyé dans un pire asile. Le feu sur le feu, une manière désespérée de faire disparaître ce fichu pavillon.

Cette évocation trouble, je l'ai rangée dans le chapitre culpabilité de ma mémoire, comme un aiguillon dans ma quête professionnelle pour trouver un endroit de soins où je puisse être en accord avec moi-même.

C'est ainsi que je travaille depuis plus de dix ans au sein d'une unité de réhabilitation à Lausanne.

**Daniel Talhouédec.**

---

**L'Écrit est disponible on-line sur le site :**  
**[www.hospvd.ch/public/psy/bpul](http://www.hospvd.ch/public/psy/bpul)**

---