

Les soins en hôpital de jour : du trou de serrure au jeu de clés...

Dans une nouvelle vague de désinstitutionnalisation rompant avec la tradition hospitalière des soins psychiatriques, la plus-value thérapeutique de l'Hôpital de Jour reste à démontrer.

La dimension métaphorique du "passe-partout" pourrait s'appliquer aux hôpitaux qui s'inscrivent encore aujourd'hui dans l'histoire de la thérapie institutionnelle : les équipes soignantes ont efficacement remplacé les murs pour accueillir les souffrances psychiques les plus complexes.

Différentes "clés" thérapeutiques y sont ainsi fabriquées et co-construites avec pour objectif fondamental de permettre au patient de (re)conquérir des parcelles de liberté perdues sous le poids de sa psychopathologie.

Si depuis 40 ans l'Hôpital de Jour ne cesse d'évoluer et de se réinventer, il traverse étonnamment les crises avec une stabilité inhérente à son originalité.

Stabilité ne signifie pas pour autant immobilisme : la remise en question quotidienne du travail thérapeutique en groupe nous amène à nous adapter en permanence aux réalités de nos patients.

A travers cet article, nous mettrons en lumière plus spécifiquement l'impact thérapeutique observé au travers des différents modèles de prise en charge à l'Hôpital de Jour.

Mots-clés : Hôpital de Jour, psychothérapie institutionnelle, transfert/ contre-transfert, symbolisation

Care day hospital: the keyhole to the key set

During a new period of disruption with the hospital-tradition of psychiatric care, the specificity and originality of the Day Hospital remains to be defined.

The metaphoric dimension of the therapeutic "passe-partout", could be applied to hospitals which are to this day, part of institutional therapy story: The care teams have effectively replaced the walls to accommodate the most complex mental diseases. Several therapeutic "keys" are well produced and co-constructed with the fundamental goal of allowing the patient to (re) gain freedom-bridges lost under the weight of his psychopathology.

Even though in 40 years the Day Hospital continues to evolve and reinvent, it interestingly gets through crises. This ability to overcome crises is seen in the deinstitutionalization crisis where it was handled with stability due to its originality.

Stability does not mean stagnation: the daily questioning of the therapeutic work group leads us...

Through this article, we will specifically highlight the therapeutic effect observed across the different support models to the Day Hospital.

Keywords: day-hospital, institutional therapy, transference/ counter-transference, symbolization

Introduction

L'Hôpital de Jour a-t-il une fonction soignante spécifique ? Si oui, laquelle ? N'obtiendrions-nous pas des résultats comparables si nos patients se rencontreraient quotidiennement dans un club de loisirs ?

Telle est la question qui pourrait être posée par un profane ou par un neuroscientifique positiviste.

La thérapie institutionnelle mériterait aujourd'hui d'être confrontée aux données récentes des neurosciences et de soumettre son modèle à l'évaluation thérapeutique de sa fonction soignante.

Accordant la priorité à la clinique du sujet, nous avons pris le parti d'avoir, comme fil conducteur, le discours d'une patiente au travers de son parcours institutionnel, ce qu'elle nous a confié lors d'un entretien-vidéo réalisé plusieurs semaines après sa sortie de l'Hôpital de Jour.

Au travers de ce cheminement, de cette progressive transformation, nous avons tenté d'en comprendre les enjeux.

Caractéristiques de l'Hôpital de Jour La Clé

Notre Hôpital de Jour La Clé est un hôpital autonome pouvant accueillir quotidiennement 30 patients pour des séjours de 6 à 12 semaines.

Sa gestion n'est inféodée ni à une grande structure hospitalière, ni à un groupe d'hôpitaux, ni à l'Université de Liège.

Dans le trajet de soin du patient, l'hôpital de Jour se situe en première ligne dans 75% des cas. Ce sont principalement les psychiatres traitants (40%) (Annexe I) qui nous adressent leurs patients. Certains services partenaires (centres de réadaptation, clubs thérapeutiques) sont également des interlocuteurs privilégiés.

25% des patients sont admis en seconde intention (transfert d'une prise en charge hospitalière à temps complet). Certains

ont bénéficié d'un sevrage en toxique (alcool, drogues), d'autres ont bénéficié de la fonction de contenance plus développée qu'offre l'hospitalisation à temps complet (patients suicidaires, patients avec délires agissants...).

A l'instar d'autres institutions psychiatriques, l'Hôpital de Jour La Clé remplit une fonction phorique dans un découpage spatio-temporel particulier inhérent à l'espace et la temporalité des soins prodigués. Cette fonction primaire d'accueil « permet de se sentir porté et conduit et de se porter soi-même » (P. Delion [1]). L'accueil, le cadre, le portage sont les premiers ingrédients d'une nouvelle aire transitionnelle dans laquelle le patient va rejouer sa problématique bien souvent à son insu. Grâce à cette fonction de portage, la souffrance subjective va pouvoir s'exprimer à l'attention de l'équipe soignante devenant porteuse et décodeuse des signes émis par le patient.

Selon Milner, « la substance malléable est une substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens. Cette substance, à laquelle on peut faire prendre la forme de nos fantasmes, peut inclure la substance du son et du souffle qui devient nos paroles ». P. Delion reprend cette notion en ces termes : « l'équipe soignante va pouvoir être considérée comme ce médium malléable, qui va se déformer par ce qui vient des patients, elle ne peut pas se détruire de les recevoir tout en conservant une trace sur sa feuille sémaphorique ». La fonction sémaphorique est donc le recueil des signes par l'utilisation des mots, par l'usage de la parole. A l'Hôpital de Jour, le nombre élevé d'activités et de moments partagés ainsi que l'intensité des contacts patients-soignants, font que nous observons énormément de ces signes. Au-delà de l'observation, le vécu des patients transféré sur l'équipe sera analysé et métabolisé notamment lors des réunions d'équipe quotidiennes et des supervisions. Cette fonction métaphorique permet de découvrir et de mettre en sens ce qui paraissait impensable voire insensé.

Thérapie institutionnelle et dynamique de groupe

Tout au long de sa prise en charge, le patient va être stimulé par de nombreuses interactions groupales. Nous observons très rapidement une activation de leurs mécanismes de défense habituels, associés aux manifestations pulsionnelles et à leurs relations d'objets internalisés. Un continuum apparaît entre ce qui a été assimilé durant leur construction psychique et la réactivation durant le "bain institutionnel". L'équipe, le cadre, l'institution vont être à leur tour le support de projections transférentielles complexes que nous veillons ensuite à méta-analyser.

« *Le groupe est thérapeutique parce qu'il est le lieu de la réunification interne, le lieu du sens et le lieu du lien, l'accord retrouvé entre le rêve et le mythe* » (Kaes, 1999).

Le groupe va également pouvoir renvoyer en miroir les comportements qui perturbent l'homéostasie de ce dernier, il va avoir un rôle régulateur des excitations psychiques des membres qui le composent.

La dynamique du groupe dans notre institution peut être analysée en 3 niveaux principaux :

- Le groupe dans son ensemble peut être considéré comme une entité psychique unique, avec ses aspirations, ses mécanismes de défense, sa pulsionnalité tendant vers des objets qui lui sont propres. Cette entité psychique va bien au-delà de la somme des entités psychiques des membres qui la composent.

- La place du sujet dans le groupe est analysée ainsi que ses modalités de relations intersubjectives. Au travers d'activités groupales codifiées, les processus d'empathie sont particulièrement activés au cours du traitement.

- La thérapie institutionnelle va avoir une implication sur la vie intrapsychique des membres qui composent le groupe. Chacun réagira de façon individuelle au bain institutionnel. Les psychés peuvent réagir de manières très différentes à des stimulations groupales similaires. Les paramètres qui régissent ces différences sont souvent à mettre en perspective avec la structure de personnalité et le vécu antérieur des patients.

René Kaes a identifié une série de principes (Kaes, 1999) qui tentent de comprendre et d'analyser la vie du groupe. La constante mobilité du groupe et les différentes oscillations qui permettent de maintenir une homéostasie groupale impliquent une série d'allers-retours entre principes qui s'opposent ou plutôt se complètent.

Plaisir / Déplaisir

Cela se traduit par le plaisir d'être en groupe, de former un tout, d'être protégé, de recevoir une stimulation de pensée régulée. Le groupe se constitue et se maintient selon le principe de plaisir et d'évitement du déplaisir. Le principe de plaisir s'oppose également au principe de réalité, basé sur la dimension de loi sociale qui en est le principe organisateur. L'individu va pouvoir revivre ce passage de la toute puissance confronté au principe de réalité inhérent au groupe.

Indifférenciation / Différenciation

L'oscillation entre l'indifférenciation des psychés suite à la vie de groupe et la progressive différenciation s'observe quand le patient prend de la distance psychique avec le groupe. On peut faire le parallèle avec le progressif détachement de l'enfant de la dyade maternelle.

Dehors / Dedans

Le groupe va créer une frontière, sorte de nouvelle peau englobant l'entière des psychismes du groupe. Cela va également permettre, pour les patients présentant un pôle d'organisation de personnalité fragilisé, de réassimiler, ou du moins, d'approcher ce principe de base de la construction psychique.

Autosuffisance / Interdépendance

Cela organise les relations dans le groupe et se base sur des présupposés inconscients organisateurs.

Constance / Transformation

C'est le rapport qui met en évidence la tendance du groupe à maintenir une tension minimale malgré les excitations et les conflits intragroupes.

Répétition / Sublimation

Le groupe va permettre de surmonter les expériences traumatiques qui traversent l'expérience collective. Le passage de la horde au groupe se dégage du meurtre du père par le renoncement à la réalisation directe des buts pulsionnels (Freud, Totem et Tabou, 1913).

Le patient acteur du changement

A La Clé, le patient établit lui-même, chaque semaine, son propre programme d'activités. Il privilégie des ateliers expressifs, corporels ou productifs, ce qui lui semble porteur et en phase avec son propre rythme. Il s'engage dans les sorties extérieures ou les activités sportives. Chaque activité se veut réfléchie et réflexive. Premièrement réfléchie dans le sens où chaque atelier est pensé, travaillé en équipe, évalué, amélioré et adapté aux symptomatologies individuelles.

Deuxièmement, réflexive par le fait que tant le groupe constitué par les patients

que l'animateur sont un miroir pour le patient lui-même. « *Le patient est au centre de la prise en charge, il bénéficie d'une équipe soignante à son service, cela va lui permettre de s'appuyer sur cette constellation transférentielle, quel que soit son état clinique et ce tout au long de son parcours.* » (Delion, 2012).

La temporalité

L'observation de l'équipe soignante dans le processus évolutif du patient au décours de l'hospitalisation a permis de mettre en évidence une succession de phases quasiment communes à tous. La différenciation se transcrit dans la durée de chaque phase et l'aisance pour le patient à passer de l'une à l'autre.

Une première phase, qualifiée d'isolation, est associée à une grande détresse, à une phase d'observation du groupe, au fonctionnement de l'Hôpital, à la prise de connaissance des autres patients et de l'équipe de professionnels. Plus la dynamique du groupe est à un niveau de bienveillance suffisant, moins cette phase va être longue.

Une seconde phase souligne l'ouverture du patient, une participation plus active à la vie de groupe, aux ateliers. C'est l'empreinte sociale du groupe sur l'individu. L'hôpital devient alors un port d'attache pour le patient (Désert, 2013).

Survient alors la troisième phase, la remise en question personnelle, qui s'accompagne d'une affirmation de soi au sein du groupe permettant, à ce moment-là, la différenciation sociale.

Finalement, une quatrième phase de distanciation prend sens : distance par rapport au groupe, naissance d'un sentiment de nécessaire sevrage, du besoin de larguer les amarres, de s'éloigner du port d'attache.

Evaluation du travail clinique

A l'heure de l'évidence-based medicine, les soins psychiatriques n'échappent pas aux procédures d'évaluation afin de valider la pertinence de ses interventions dont la plus-value reste à démontrer.

Dans ce contexte, nous évaluons systématiquement en fin d'hospitalisation le parcours du patient selon l'échelle STAR (J. Bertrand, M. Jadot, J.-M. Triffaux, Annexe II) dans laquelle nous cotons collégialement l'évolution du symptôme, l'attitude face à celui-ci et la dynamique relationnelle. Nous invitons également le patient à s'auto-évaluer avec les mêmes critères. Généralement, nous notons peu de différences entre la cote du patient et celle de l'équipe (Annexe III).

LES AUTEURS

Dr Benjamin REUTER
Médecin-assistant en Psychiatrie
Céline TIBERGHIE
Psychologue
Stéphanie NOIRFALISE
Infirmière en chef
Pr Jean-Marc TRIFFAUX
Médecin Directeur
Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »
Boulevard de la Constitution, 153
4020 Liège
Belgique
benja.reuter@gmail.com
jmtriffaux@skynet.be France

1. DELION P. (2001), **Thérapeutiques institutionnelles**, EMC, [37-930-G-10]
2. DELION P. (2012), **Qu'est-ce que la psychothérapie institutionnelle ?** Yapaka.be, <http://www.yapaka.be/video/quest-ce-que-la-psychotherapie-institutionnelle>.
3. DESERT J.-B., CHARON V., TRIFFAUX J.-M. (2012), **Chronos et la clé du temps**, Revue des hôpitaux de jours psychiatriques, pp.79-85.
4. FREUD S. (1913/2001), **Totem et Tabou**, Paris, Payot.
5. KAES, R. (1999/2014), **Les Théories psychanalytiques du groupe**, 5^{ème} édition, Paris, PUF collection Que sais-je.
6. MIKOLAJCZAK G. et al. (2015), **En-deçà du symptôme, en-dedans du cadre, au-delà du symptôme...**, Revue des hôpitaux de jours psychiatriques, pp 98-104.
7. REYCHERTS M. (2007), **Dimensions de l'ouverture aux Emotions (DOE)- Un modèle de l'affect de traitement**, Manuel n° 168, Rapport de recherche. Université de Fribourg / Suisse, Département de psychologie ; (www.unifr.ch/psycho/clinique/DOE), 34 pages.
8. ROUSSILLON R., (1991), **Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise, Paradoxes et situations limites de la psychanalyse**, Paris, PUF, pp. 130-140.
9. VANDER BORGHT C. (2014), **Travailler ensemble en institution**, Yapaka.be.

Afin de tester l'impact de la thérapie institutionnelle sur les processus émotionnels de nos patients, nous évaluons depuis 2008, en début et fin d'hospitalisation, les dimensions suivantes : perceptions physiologiques internes (PERINT) et externes (PEREXT) des émotions, représentations cognitives des émotions (REPCOG), capacité de communication des émotions (COMEMO) et capacité de régulation des émotions (REGEMO).

Pour ce faire, nous avons, utilisé la DOE-36 (Dimension Ouverture Emotionnelle) à laquelle nous avons associé une auto-évaluation de l'alexithymie en administrant simultanément la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale de Taylor, Bagby & Parker, 1992).

Cet échantillon, constitué de 240 patients âgés de 16 à 75 ans, présente les caractéristiques démographiques suivantes : 71 sont classés comme état-limites, 82 comme névrotiques, 31 comme psychotiques, 6 comme troubles adolescents et 50 comme diagnostics non spécifiés.

Les différences entre l'entrée et la sortie ont été testées pour chaque variable avec un t-test de Student pour données appariées (test t pairé).

La majorité des variables montre une différence significative entre l'entrée et la sortie (cf Annexe IV). Les variables COMEMO, REGEMO et TAS-20 en particulier présentent une différence entrée/sortie nettement plus marquée, ce qui plaide en faveur d'une meilleure gestion des émotions tant sur le plan individuel que social à l'issue du traitement.

Symbolisation du changement

Lors de leur hospitalisation, les patients sont amenés à réfléchir à ce processus de changement que ce soit au travers des ateliers d'expression ou des entretiens psychothérapeutiques. D'autre part, ils sont encouragés à "matérialiser" ce processus d'évolution au travers d'une création personnelle de "leur propre clé symbolique". Le but étant de permettre au patient un travail de symbolisation de leur voyage psychique à l'Hôpital de Jour.

Cette activité a souvent l'art de réactiver leurs capacités de symbolisation, d'oni-risme, de souplesse, capacités souvent figées sous l'éteignoir de la souffrance psychique.

Le développement concernant la fonction sémaphorique de l'institution a introduit cette notion de médium malléable. Dans la Revue du Colloque 2014, G. Mickolajack, l'évoquait, en parlant de l'objet ainsi créé, mais également en parlant du thérapeute. Si nous élargissons notre vision, cette « *substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont*

transportées aux sens » pourrait s'appliquer à l'ensemble de l'équipe, de la thérapie voire de l'institution comme un médium malléable. Cinq caractéristiques ont été définies par R. Roussillon : l'indestructibilité, l'extrême sensibilité, l'indéfinie transformation, l'inconditionnelle disponibilité et l'animation propre (Roussillon, 1991).

Indestructibilité

Malgré les constants mouvements pulsionnels envers l'équipe et la structure, l'hôpital de Jour a trouvé, depuis 40 ans, les moyens de les contenir, de les absorber, de les métaboliser et de les analyser. Pour ne pas imploser, les pare-feux comme les réunions d'équipes et les supervisions, sont indispensables afin de maintenir cette capacité d'accueil de la réalité psychique des patients.

Extrême sensibilité

La proximité du groupe et de l'équipe permet d'être au plus près des réalités vécues par les patients.

Indéfinie transformation

« *On ne se baigne jamais deux fois dans la même eau du fleuve* » disait Héraclite. A l'Hôpital de Jour La Clé, la constellation transférentielle et ses infinis mouvements, font en sorte que le moment vécu est unique. Si cette mutation constante est inhérente à la thérapie institutionnelle, le cadre est, lui, garant d'une certaine idée d'inflexibilité et d'intemporalité. Il devra aussi être réfléchi, réévalué et réapproprié par tout le monde.

Inconditionnelle disponibilité

Nous pouvons tout entendre, mais le groupe et à travers lui la vie psychique qui lui est propre, primera si un de ses membres la met en danger. Ici, l'inconditionnalité reste particulièrement difficilement transposable à la vie institutionnelle.

Animation Propre

Si nous arrivons à positionner notre institution comme un médium malléable suffisamment efficace, les patients vont donner sens au travail de l'Hôpital de Jour, vont lui donner vie et le rendre animé.

Cas clinique

Lors de notre présentation, 3 extraits vidéo nous ont montré la réalité psychique d'une patiente avant, pendant et après son hospitalisation. Ce cas clinique fût choisi pour être présenté lors du colloque au vu de l'illustration de ce processus de changement observé dans l'histoire de cette patiente.

Madame A. est une patiente de 48 ans. Le motif d'admission est un épisode dépressif majeur. Début 2015, suite à une tentative de suicide médicamenteuse, elle a été

hospitalisée dans le service de psychiatrie d'un hôpital général de la région.

C'est un médecin de ce service qui a proposé à la patiente de poursuivre sa "révalidation" à l'Hôpital de Jour La Clé.

Lors de l'entretien de pré-admission, on note des symptômes dépressifs de forte intensité : anhédonie, aboulie, pleurs, perte de poids... La profondeur du désespoir de la patiente et sa rigidité nous ont particulièrement interpellés. Elle présente, et ce depuis de nombreuses années, de gros troubles relationnels tant au niveau familial que professionnel.

Au moment de son entrée dans notre service, aucun investissement libidinal ne semblait émerger de cette personnalité rigidifiée. Son implication dans la vie du groupe fût, au début, très limitée. Elle était pourtant présente dans le groupe, elle en faisait partie, elle écoutait beaucoup, parlait peu.

Parfois nous avons observé des manifestations pulsionnelles massives, des moments de colères, vis à vis du groupe et de l'équipe. Elle était profondément sous le poids d'un contrôle de ses désirs. Petit à petit au travers des ateliers, notamment ceux axés sur l'aspect corporel, nous avons vu la vie progressivement réintégrer ce corps vide de sens.

Lors d'entretiens individuels, à contrario des ateliers d'expressions en groupe, elle élaborait, remettait sans cesse en question ses expériences passées et présentes.

Il a fallu du temps, du soutien, pour que la patiente puisse à nouveau élaborer sur sa vie psychique et petit à petit appréhender

son mode de fonctionnement qu'elle a pu regarder d'un point de vue différent lors de son parcours grâce à une prise en charge psychothérapeutique aux multiples facettes qui s'est révélée d'une grande richesse.

Lentement nous avons vu s'amorcer ce processus de mutation.

La capacité de symbolisation est peu à peu réapparue chez la patiente. Si bien qu'elle a produit, via l'atelier « Ma Clé », un objet particulièrement "parlant" (Annexe V). Elle a illustré sa capacité à intégrer le lien qui s'est développé entre elle et l'institution. Par un jeu de représentation d'elle-même, elle a symbolisé son évolution en appui sur un pilier. Ce pilier reproduit étonnamment la sculpture qui orne l'entrée de l'Hôpital (Annexe VI).

Cette sculpture ornementale est symbolique par bien des aspects, chacun y trouvera la signification qu'il voudra y voir. Il a été demandé à l'artiste de créer librement une œuvre d'art représentant l'Hôpital de Jour.

L'assise en triangle peut évoquer, entre autres, le triangle œdipien. Les strates de plus en plus convexes vers le haut symbolisent la possibilité de quitter le, trop contraignant, principe de réalité.

Pas de clé, mais un trou de serrure, laissant entrevoir l'avenir et la réactivation des capacités oniriques.

L'animal chimérique, posé au sommet, est un être avec des caractères de lapin, d'oiseau, de chat... Il symbolise une forme de mixité et hybridité entre espèces différentes formant néanmoins un tout : il

semble saluer les patients qui entrent puis sortent de l'Hôpital de Jour, métaphore artistique du cadre thérapeutique que l'on intègre et que l'on quitte quotidiennement...

Conclusion

Un jeu de Clé(s), voilà une image faite sur mesure pour conclure notre réflexion.

Si le changement est un processus éminemment personnel voir intime. Cet article tente de trouver les déterminants communs aux mouvements d'évolution des patients lors de leurs parcours à en hôpital de jour.

Pour construire, pour grandir, pour évoluer, le patient doit se trouver dans un climat de sécurité, de portage qui est apporté par la structure ferme de l'hôpital ainsi que par une équipe pluridisciplinaire et cohérente.

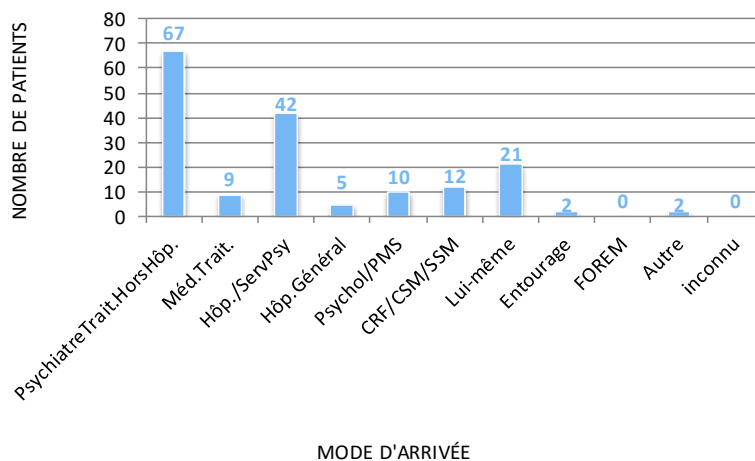
Le patient est au centre de la prise en charge, il va, via les différents moments thérapeutiques (ateliers, entretiens psychothérapeutiques), être l'acteur principal de son changement.

La thérapie institutionnelle est au cœur de notre philosophie de travail. La méta-analyse de tous les enjeux qui en découlent est un défi que nous tentons de relever au jour le jour.

Au rythme de chacun, nous veillons à ce que les psychés des patients puissent traverser les différentes phases jusqu'à ce qu'ils puissent conclure le parcours par un travail de symbolisation.

Annexe I

Distribution des différents modes d'arrivée des patients, (n=170)
Source : Rapport d'activité 2013 (HJU La Clé)



Annexe II

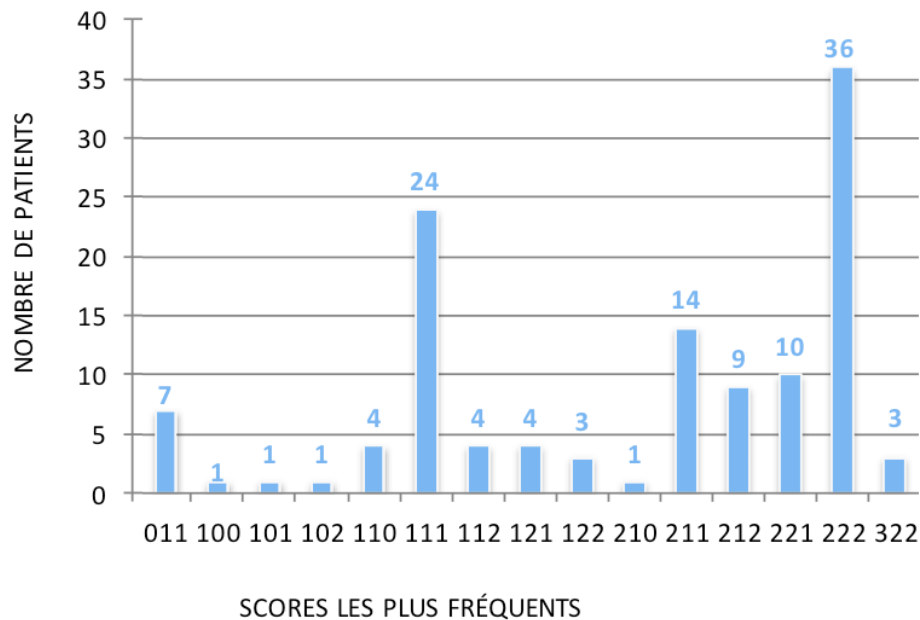
Echelle STAR (J. BERTRAND, M. JADOT)

	Axe 1 Symptômes cibles	Axe 2 Attitude face aux symptômes	Axe 3 Relations humaines
Disparition	3		
Amélioration	2	2	2
Stagnation	1	1	1
Aggravation	0	0	0

Annexe III

Distribution des patients en fonction de leur combinaison de scores sur l'échelle STAR (n = 170). On note qu'une majorité de patients sont évalués avec au moins 1 item en amélioration (n=22), la cote la plus fréquemment retrouvée est 222 (n=36), ce qui signifie une amélioration sur les 3 axes.

Source : Rapport d'activité 2013 (HJU La Clé)



Annexe IV

Comparaison des scores aux échelles DOE-36 et TAS-20 évalués en début et fin d'hospitalisation.

Variables	ENTRÉE		SORTIE		p	d
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type		
REPCOG	1.99	0.80	2.35	0.74	0.000001	0.46
COMEMO	1.60	0.78	2.08	0.72	0.000001	0.63
PERINT	2.30	0.74	2.18	0.78	0.014	0.16
PEREXT	2.18	0.80	2.09	0.65	0.085	-
REGEMO	1.38	0.83	1.92	0.76	0.000001	0.64
RESNOR	2.40	0.75	2.42	0.71	0.59	-
TAS-20	57.42	12.08	50.93	12.56	0.000001	0.58

Légende :	REPCOG	Représentation cognitive des émotions	REGEMO	Capacité de régulation des émotions
	COMEMO	Capacité de communication des émotions	RESNOR	Restrictions normatives du vécu émotionnel
	PERINT	Perceptions physiologiques internes	TAS-20	Toronto Alexithymia Scale
	PEREXT	Perceptions physiologiques externes		

Annexe V

Photographie de l'objet réalisé par la patiente lors de l'atelier « Ma Clé »



Annexe VI

Photographie de la sculpture ornant l'entrée de l'Hôpital de Jour La Clé.

