

P. Tzaut Sciarini

L'art-thérapie en psychiatrie de l'âge

L'idée que la vieillesse est un obstacle majeur à la créativité est controversée. La présente contribution suggère qu'il est possible de mobiliser le potentiel créatif de l'agé. Utilisées avec une visée thérapeutique, les médiations artistiques peuvent faciliter l'expression des émotions quand il est trop difficile pour le patient âgé de parler directement de sa souffrance. Le recours à différents modes d'expression non verbale rend possible l'émergence de la paro-

le, puis l'élaboration des problématiques au travers des interactions groupales. La représentation est favorisée par la richesse et la polysémie du langage artistique. Les effets thérapeutiques observés sont notamment la mise en perspective des événements passés, la réaffirmation de l'identité par l'acte de signature, le réinvestissement de la vie imaginaire et d'un espace propre et l'accroissement des échanges verbaux groupaux.

Mots-clés :

- psychiatrie gériatrique
- art-thérapie
- créativité
- groupe

Art-therapy in psychiatry with the elderly

The idea that old age hinders creativity is controversial. The present contribution maintains that the creative potential of the elderly can be mobilized. Applied to therapeutic purposes, the artistic mediations can facilitate the expression of emotions, when it is too difficult for the elderly to talk about his/her suffering. The use of non verbal expression modes helps patients to voice their emotions and to elaborate on them through group's interactions. The richness and polysemy of the artistic language helps representation. Our experiments reveal various therapeutic effects such as the putting in perspective of past events, the reaffirmation of one's self through the act of signing, the reinvestment of one's imaginary life and own space and the increase of verbal interactions within the group.

Med Hyg 2004 ; 62 : 1438-42

Introduction

Le développement récent de l'art-thérapie en psychiatrie de l'agé participe de l'intérêt porté depuis quelques années à la souffrance psychique de la personne âgée et aux défis que celle-ci nous impose. A titre d'exemple, on peut mentionner les difficultés d'expression et de communication des émotions chez les sujets atteints sur le plan cognitif. L'appréhension de la dépression, si fréquente chez l'agé, est rendue plus difficile : des « expressions psychologiques différenciées sont perdues »,¹ ce qui amène certains gériatres à préconiser des outils nouveaux, dont fait partie l'art-thérapie. Cette approche offre des possibilités de communication non verbale quand la parole, perturbée par exemple dans la démence, ne suffit plus.² Pourtant, parler d'art-thérapie chez l'agé ne va pas de soi. D'abord parce cela renvoie implicitement à la notion de créativité, laquelle est sujette à controverse quand il s'agit de l'envisager à un âge avancé : on associe volontiers processus de vieillissement et involution des capacités créatrices. La question de la créativité de la personne âgée est discutée au début de cette contribution. Elle est suivie d'une présentation de l'art-thérapie et de ses applications possibles auprès de personnes âgées. Une expérience dans un service de psychiatrie gériatrique permet ensuite d'illustrer notre pratique clinique en art-thérapie et d'en décrire les principales indications.

Créativité et grand âge

La vieillesse est facilement associée aux notions de passivité, de résignation et de repli sur soi. De même, l'idée selon laquelle la personne âgée est hostile au changement et à la nouveauté, a tendance à se replier sur des rituels et des habitudes – attitude qui aurait une fonction de défense contre l'angoisse de mort – est aussi largement répandue. Ces caractéristiques seraient des obstacles majeurs à la créativité. Pourtant, des auteurs comme Laforestrie et Lizotte renversent cette perspective : l'angoisse

présumée inhibitrice peut être au contraire mobilisatrice et devenir par là une source de créativité. Recourir à l'art pourrait être pour le sujet âgé un moyen de manifester son besoin de survie, une sorte « d'assurance contre la mort ».³

Cette conception selon laquelle le vieillissement et l'angoisse de mort peuvent être une source de créativité peut paraître un peu provocatrice. Elle renvoie pourtant aux relations mieux connues que Mélanie Klein⁴ et Didier Anzieu⁵ ont établies entre l'expérience de perte ou de deuil, le désir de réparation, et les phénomènes de création : la créativité aiderait à supporter la perte et permettrait de lutter contre la dépression. Dans le même ordre d'idées, et dans le contexte de l'apparition en gériatrie du concept de fragilité, Hermans⁶ suggère qu'il existe des rapports intimes entre la fragilité et la créativité. L'expérience pilote menée à l'Hôpital Charles-Foix d'Yvry-sur-Seine, en France, semble en témoigner. Depuis les années 70, cet hôpital propose aux personnes âgées des ateliers où elles peuvent venir librement s'initier à la peinture, à la sculpture ou à d'autres techniques artistiques. Un maximum d'autonomie est laissé aux patients dans leur travail de création, afin de compenser la dépendance dans laquelle les place souvent leur dégradation physique et intellectuelle.

Pour Colin, qui a travaillé comme artiste pendant de nombreuses années dans ces ateliers, « l'imaginaire ne semble jamais vieillir, au contraire, les années semblent l'enrichir ».⁷ De manière similaire, Lizotte⁸ considère qu'involution cérébrale et involution créatrice ne vont pas forcément de pair : il semble que l'on puisse observer un vieillissement différentiel des fonctions. Si l'on en croit ces différents auteurs, les médiations artistiques n'apparaissent pas plus ni moins indiquées pour des personnes âgées que pour des personnes plus jeunes. Même si l'on observe une diminution du potentiel créatif à partir de la soixantaine, ce potentiel peut être mobilisé. Il révèle alors l'originalité expressive du sujet âgé,⁹ comme en témoigne le très beau livre de Laforestrie, intitulé précisément « L'âge de créer ».¹⁰ Il s'agit

dès lors de voir comment cette créativité peut être mise au service d'une démarche explicitement art-thérapeutique.

Qu'est-ce que l'art-thérapie ?

L'art-thérapie utilise les techniques artistiques telles que le collage, le dessin, la peinture, le modelage – souvent associées à l'écoute musicale ou à l'écriture poétique – comme mode d'expression de la vie émotionnelle du sujet. On peut discerner schématiquement deux grandes approches dans le vaste champ des thérapies artistiques.

Premièrement, l'approche qui s'intéresse au processus de mise en forme. Cette approche privilégie l'expérience vécue *dans la création* de l'œuvre. Elle repose sur l'idée que la force de donner une forme peut tirer un facteur productif du processus destructif de la maladie.¹¹ S'impliquer pleinement dans une réalisation, les élans, les hésitations, les essais, les erreurs, les déceptions, la satisfaction voire le plaisir intense que cet acte procure, c'est traverser un processus structurant et organisateur pour la personnalité de celui qui est «en train de faire». Dans cette approche, la mobilisation de la créativité du sujet apparaît comme le principal facteur de changement.

Deuxièmement, l'approche qui utilise la production comme *médiation* pour un travail verbal. Cette approche considère la production comme un langage non verbal, un moyen de se représenter avant de se dire.¹² La représentation sous forme d'image peut faciliter, dans un deuxième temps, l'émergence de la parole. Dans cette approche, le travail de secondarisation, soutenu par le cadre et le thérapeute, est le principal facteur thérapeutique. A noter toutefois que l'art-thérapie explore toujours un espace d'entre-deux, qui se situe entre le corps (les couleurs, les matières, les sonorités, etc.) et les mots. A ce titre, s'il est vrai que le langage plastique peut aider à dire, cet espace intermédiaire accorde aussi une place à tout ce qui est exprimé de manière non verbale et qui ne peut pas toujours être dit.

L'art-thérapie avec les personnes âgées

La peur de l'échec est un premier obstacle à surmonter dans les ateliers d'art-thérapie avec des personnes âgées. La détérioration des facultés physiques ou intellectuelles est à l'origine de cette peur. Par ailleurs, les personnes âgées n'ont pas avec les modes d'expression artistiques la même familiarité que peuvent avoir les personnes des générations suivantes.¹³ Ces particularités exigent une attitude activement soutenante et revalorisante de la part de l'art-thérapeute.¹⁴

Parmi les thèmes récurrents dans les produc-

tions des personnes âgées figurent les deuils difficiles à faire, l'incapacité à s'adapter aux pertes successives, l'absence de perspectives d'avenir si ce n'est celle de la mort. Wilks et Byers¹⁵ considèrent que les médiations artistiques sont très utiles et facilitatrices pour aider les patients âgés à aborder ces problématiques difficiles, et pour les élaborer. Un autre type de travail auquel l'art-thérapie chez l'âge se prête bien est ce qu'on pourrait appeler la création d'un récit de vie. Une vie humaine est faite d'incohérences autant que d'événements qui font sens, et «les années de vieillesse sont souvent consacrées à l'exploration de ces incohérences, à la recherche d'une structure compréhensible dans l'écheveau des erreurs passées».¹⁶ Les médiations artistiques sont un bon moyen de faire ce travail : «des images du passé peuvent être représentées. D'autres images peuvent faire resurgir des souvenirs par le biais des associations d'idées et de la discussion. Le thérapeute et les membres du groupe peuvent apporter des points de vue nouveaux sur d'anciens conflits».¹⁷ Ce travail de «révision de vie» permet par ailleurs de retrouver des éprouvés heureux qui sont une source de plaisir très gratifiante.

Enfin, Soler et Sudres¹⁸ proposent une application intéressante de l'art-thérapie avec des patients Alzheimer. Ils observent notamment une valorisation narcissique repérable dans l'appropriation par les patients de leur production, une mobilisation des mnésies originaires et des relations d'objet, un accroissement des échanges verbaux groupaux et une diminution des conduites d'agitation motrice.

L'art-thérapie en psychiatrie gériatrique : une expérience clinique

En 1995, un atelier expérimental d'art-thérapie¹⁹ a été ouvert dans une unité intra-hospitalière du service de psychiatrie gériatrique des Hôpitaux universitaires de psychiatrie de Genève. Cette expérience s'est poursuivie, depuis 1999, par l'introduction de différents groupes d'art-thérapie dans un hôpital de jour. Ceci nous a amené à développer un modèle de pratique²⁰ qui s'inspire de la deuxième approche en art-thérapie évoquée précédemment, à savoir celle qui utilise la production comme médiation pour un travail verbal.

Un atelier d'art-thérapie se divise en deux temps. Premièrement, un temps de réalisation, personnel et individuel, où chacun est centré sur sa production et fait en quelque sorte corps avec elle. Deuxièmement, un temps de parole et d'échange, plus collectif, où chacun est invité à évoquer les sentiments, émotions ou pensées qui ont pu émerger lors de la première partie. Une distance s'établit par rapport à la produc-

tion, ne serait-ce que parce qu'elle est livrée au regard d'autrui. Il est important de noter ici que la recherche d'un objet esthétiquement réussi n'est pas le but de la démarche. L'image regardée après coup agit simplement parfois comme un révélateur, la personne réalisant par exemple que certains choix (couleurs, formes, contenus) sont en liens avec sa réalité, actuelle ou passée (humeur, événements, etc.). La présence d'un tiers (thérapeute, groupe) facilite ces activités psychiques d'élaboration, au travers des échanges et des interactions.

Le rôle central du groupe doit être souligné ici. L'expression spontanée et les associations d'idées des participants autour des productions des autres sont un élément important des effets thérapeutiques que l'on observe dans l'atelier. C'est une approche qui se démarque fortement d'une approche interprétative venant du thérapeute. Il est d'ailleurs très productif de redistribuer les problématiques soulevées ou les questions posées à l'intérieur du groupe chaque fois que s'observe une tendance à se focaliser sur le thérapeute. Si une question est posée par exemple par rapport à une difficulté particulière, on demandera aux autres membres du groupe ce qu'ils en pensent et ce qu'ils feraient s'ils étaient confrontés à une difficulté similaire.

Quelques exemples d'indication

Notre pratique clinique nous a amenés à préciser pour quels types de problèmes l'art-thérapie peut être indiquée. Pour les patients souffrant de troubles psychiques avec ou sans troubles cognitifs associés, on peut dire qu'il s'agit toujours de faciliter l'expression des émotions quand il est trop difficile de parler directement de sa souffrance, de ses difficultés.

Premièrement, l'art-thérapie peut être indiquée quand le patient paraît confronté à une difficulté indicible, qui échappe au langage. C'est le cas par exemple dans certains troubles psychosomatiques, où les difficultés sont déplacées vers une symptomatologie somatique; ou encore dans la psychose où le sujet est aux prises avec une angoisse «pure» qu'il n'arrive pas à formuler. Dans les deux cas, le problème vient de ce que l'affect n'est pas lié à une représentation, laquelle permettrait de donner un sens à l'angoisse. Aulagnier²¹ suggère alors de proposer au sujet un support extérieur, une médiation auxquels relier l'affect envahissant. Par exemple: «Vous vous sentez très mal? Prenez un crayon, à quoi cela ressemble? A un gribouillage confus? Pouvez-vous décrire ce gribouillage?» Un dialogue peut alors s'instaurer. En d'autres termes, il s'agit de proposer des représentations à lier aux affects qui soient plus adéquates que le délire ou les plaintes psychosomatiques.

Deuxièmement, l'art-thérapie peut être indiquée quand l'usage des mots est trop mena-

çant pour le patient, comme on l'observe souvent dans la psychose. Les mots sont pris pour des choses, ils peuvent être vécus comme très dangereux. En revanche, les patients psychotiques se lancent souvent volontiers dans une activité picturale, même s'ils ne parlent pas facilement de ce qu'ils ont fait. On essaiera ensuite de mettre en mots ce qui a été exprimé par la peinture, mais si le patient ne souhaite pas en parler, on respectera absolument sa réserve. La médiation peut néanmoins faciliter l'entrée en relation avec les autres membres du groupe, sans avoir à s'impliquer trop ouvertement.

L'exemple de Mme Z., qui souffre d'un trouble psychotique, est une bonne illustration de ce type d'indication. Mme Z. se sent très facilement persécutée, si bien qu'elle s'efface dans les groupes, parle le moins possible, voire s'endort. Elle participe à un groupe d'art-thérapie dans lequel chaque participant est invité à réaliser la pièce d'un puzzle pour aboutir à une peinture collective. Dans l'atelier, Mme Z. est réticente à choisir une partie et laisse les autres choisir avant elle. Puis elle trace simplement le pourtour de sa pièce. A la séance suivante, elle amène quelques couleurs à l'intérieur. Puis elle se lance dans un coloriage plus audacieux, qui provoque beaucoup d'excitation chez elle. Son excitation est mêlée de la crainte de faire de l'ombre aux autres. Loin de se montrer jaloux, ceux-ci admirent ce que Mme Z. a peint et lui témoignent leur satisfaction de voir sa pièce occuper sa place dans l'ensemble. Elle raconte alors de précédentes occasions en psychiatrie, puis chez elle, où elle a modelé des figurines en argile pour «sortir ce qu'il y a au-dedans quand elle bout à l'intérieur». Quand on lui demande pourquoi elle n'essaie pas plutôt de parler dans ces moments-là, elle explique que dire les choses avec des mots est beaucoup trop compliqué, qu'on risque de ne pas être compris et de se faire des ennemis. Utiliser une médiation aide cette patiente à entrer en relation avec les autres membres du groupe sans avoir à s'impliquer trop ouvertement. Leurs commentaires positifs la rassurent, elle constate qu'elle peut se faire plaisir et prendre sa place sans gêner les autres.

Troisièmement, l'art-thérapie peut être indiquée quand l'usage des mots est perturbé par l'inhibition et le ralentissement psychomoteur que l'on rencontre dans la dépression. Les associations d'idées sont pauvres, le patient a l'impression d'avoir la tête vide, de manquer d'idées, etc. Ici, le recours au langage non verbal peut aussi être utile. Les symboles plastiques sont un mode de représentation indirecte et figurée d'une idée. Ils n'ont pas de définition aussi exacte et codée que le langage verbal, où le signifiant renvoie à un seul signifié. Il y a dans les symboles plastiques une polysémie qui permet parfois de déparalyser l'expression.²² La représentation sous forme d'image peut alors faciliter l'émergence de la parole.

L'exemple de Mme B., qui souffre d'un trouble bi-polaire, nous semble parlant. Cette patiente oscille entre des périodes de dépression pendant lesquelles elle ne parle quasiment pas, disant simplement qu'elle ne «se sent pas bien», et des périodes d'intense activité où elle parle beaucoup plus facilement. Dans ces moments-là, elle n'a plus accès au contenu des pensées qui caractérisent ses phases dépressives. Il lui est donc très difficile d'élaborer quelque chose de sa souffrance : soit elle n'en parle pas, soit tout va bien. Dans un atelier d'art-thérapie du même type que dans l'exemple précédent, Mme B. choisit une esquisse où figure un personnage immergé dans l'eau qui a les mains en porte-voix. Mme B. peint dans la hâte, comme pour avoir fini le plus vite possible et paraît ne pas avoir le moindre plaisir. La séance suivante, elle s'attarde sur l'image du baigneur qu'elle trouve bâclée, la retravaille, la «soigne». Pour elle, c'est un enfant qui appelle. Elle l'associe à son petit-fils qui lui manque beaucoup et qu'elle n'ose plus inviter quand elle est dépressive. Une discussion s'ensuit dans le groupe au sujet de la honte de la maladie mentale et de la tendance à la cacher, même à sa propre famille. Après en avoir parlé devant des témoins qui partagent le même genre d'expérience qu'elle, elle paraît soulagée, se sentant probablement moins seule, moins isolée.

Dans cet atelier, l'image de l'enfant semble avoir «soutenu la pensée» de cette patiente pendant tout le temps où elle l'a travaillée. Elle lui a permis d'identifier une des raisons de sa souffrance, la honte de la maladie, ce qu'elle n'aurait peut-être pas pu faire sans le support d'une image. Surtout, elle n'aurait peut-être tout simplement pas pris la parole.

Une quatrième indication concerne les patients qui ont des troubles cognitifs associés à leur pathologie psychiatrique : quand les capacités langagières se détériorent, il apparaît opportun de recourir à un langage non verbal, moins élaboré, moins complexe mais plus immédiat que le langage verbal. Notre expérience clinique nous amène d'ailleurs à constater que les patients souffrant de démence abordent les médiations artistiques avec une moins grande inhibition que les patients souffrant de troubles psychiques sans troubles cognitifs associés, «comme si le processus de dégénérescence créait une perte d'inhibition propice à la création».²³ Pour ce type de patients, les productions sont souvent l'occasion d'évoquer, à partir de leur contenu, des souvenirs anciens. Cette observation peut être rapprochée de l'activation des mnésies originaires mentionnée par Sudres.²⁴

Enfin, toujours pour les patients souffrant de troubles cognitifs, une dernière indication a trait à la perte d'autonomie et de repères identitaires auxquels conduit progressivement leur maladie. La personne âgée démente devient toujours plus dépendante, elle est confrontée à un rétrécissement progressif de son champ d'action et se voit

souvent privée d'un espace où exprimer ses désirs, sa singularité, son originalité. L'art-thérapie offre une occasion de s'exprimer et d'agir de manière autonome sans prendre trop de risques. Dans les ateliers, nous constatons que les échanges verbaux et l'intérêt des patients augmentent quand il s'agit de savoir «qui a fait quoi», puis, pour chaque patient, de reconnaître sa propre production et de la signer. Cet acte de signature, loin de laisser les patients indifférents, est souvent réalisé avec beaucoup de sérieux. Il semble que ces «traces» peintes soient favorables à la réappropriation par le sujet du sentiment de son identité, de ce qui lui appartient en propre, quel que soit son degré de dépendance.

L'exemple de Monsieur F., qui souffre d'un état dépressif avec anxiété et d'une démence débutante, permet d'illustrer notre propos. M. F. est totalement dépendant de son épouse et se sent un poids pour elle. Il est atteint d'une polyarthrite rhumatoïde qui rend sa motricité fine autant que ses déplacements très difficiles. A son arrivée à l'hôpital de jour, il s'exprime rarement dans les groupes sans sollicitation. Quand il prend la parole, la peur, l'inquiétude, l'auto-dévalorisation sont au premier plan, très souvent liés à la perte de son autonomie qu'il évoque comme un problème douloureux. Quand il participe pour la première fois à un groupe d'art-thérapie, il manifeste du plaisir à explorer la palette des couleurs, plaisir qui s'accroît quand nous l'encourageons à peindre avec les mains, compte tenu de ses difficultés à tenir un pinceau. Un jour, il peint un chemin d'une forme ondulée. Il le commente en disant que «ce chemin, c'est tout lui, c'est sa vie : tourmentée, faite de creux et de bosses», de hauts et de bas. Quelqu'un remarque que de chaque creux du chemin émergent des arbres. Nous suggérons que les «creux de la vague», comme tous les épisodes de crise, sont très douloureux mais peuvent aussi être féconds. Les échanges dans le groupe s'organisent alors autour du thème des dangers et des opportunités que représentent les épreuves de la vie. M. F. est très impliqué dans cette discussion. Par la suite, il prend de plus en plus de liberté et d'assurance, parlant avec fierté de ce qu'il fait, tenant à dater et signer ses productions. Il exprime son souhait de poursuivre une activité picturale après la fin de son suivi à l'hôpital de jour. Cette expérience dans les groupes d'art-thérapie est probablement une découverte importante qu'il a pu faire lors de son suivi à l'hôpital de jour, en termes de possibilités de dépassement de ses difficultés et d'investissement d'un espace propre, malgré sa perte d'autonomie.

Conclusion

La personne âgée, particulièrement si elle souffre d'une atteinte cognitive, est confrontée

Bibliographie

- 1 Strnad J. La pertinence du concept de dépression chez les personnes âgées. *Med Hyg* 2002 ; 60 : 115-14.
- 2 Hermans P. Art-thérapie en court séjour gériatrique : places et fonctions. In *Créativité et art-thérapie en psychiatrie* (Moron P, Sudres J-L, Roux G éd.), Paris : Masson, 2003 ; 158-66.
- 3 Lizotte A, Bendjilali D, Gaborit De Montjou L, Moreira F. Utilisation de l'art en gériatrie. *Actualités Psychiatriques* 1985 ; 10 : 86-94.
- 4 Klein M. *Envie et gratitude*. Paris : Gallimard, 1968.
- 5 Anzieu D. *Le corps de l'œuvre. Essais psychanalytiques sur le travail créateur*. Paris : Gallimard, 1981.
- 6 Hermans P. Les maladies rhumatismales du 4^e âge. *Proceedings, 15th Winter Meeting Oostende 1992. Société belge de gérontologie et de gériatrie*. Leuven : Apeldoorn. Garant. J.-P. Baeyens (Ed), 1992.
- 7 Colin B, Laforestrie R, Missoum G, Berthaux P. Un atelier de peinture dans un hôpital pour personnes âgées. *La revue de gériatrie* 1979 ; 7 : 359-68.
- 8 Op. cit.
- 9 Sudres J-L. La créativité de l'âge : de l'identification de la notion aux applications. *Homo. Psychologie, éducation, anthropologie* 1993 ; 23 : 33-52.
- 10 Laforestrie R. *L'âge de créer*. Paris : Ed. Centurion, 1991.
- 11 Prinzhorn H. *Expression de la folie*. Paris : Gallimard, 1922 (traduction française : 1984).
- 12 Dufflot C. L'art, la thérapie. *Attention... ne pas confondre ! Le journal des psychologues* 1992-1993 ; 103 : 26-30.
- 13 Laurin P. *Intervention artistique dans un service de gérontologie : un atelier d'art-thérapie pour des patients atteints de maladie d'Alzheimer*. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2004 ; 19 : 29-40.
- 14 Wilks R, Byers A. *Art therapy with elderly people in statutory care*. In *Art therapy : A handbook* (Waller D, Gilroy A éd.), Buckingham - Philadelphia : Open University Press 1997 ; 90-104.
- 15 Ibid.
- 16 Hillman J. *La force du caractère*. Paris : Ed. Robert Laffont, 2001 ; 15.
- 17 Wilks R, Byers A. op. cit., p. 96.
- 18 Soler C, Sudres J-L. *Maladie d'Alzheimer et psychothérapie médiatisée plastique : impacts cliniques et perspectives*. *Revue française de psychothérapie et psychologie médi-*

cale 1998; 20: 54-6.
 19 Tzaut P, Baron U. Art-thérapie en psychiatrie gériatrique: perspectives et pistes de recherche. *Psychothérapies* 1998; 18: 151-7.
 20 Tzaut P. Pour une art-thérapie en gérontopsychiatrie: exemples cliniques et réflexions. In *Créativité et art-thérapie en psychiatrie* (Moron P, Sudres J-L, Roux G éd.), Paris: Masson, 2003; 193-206.
 21 Aulagnier P. Du langage pictural au langage de l'interprète. *Topique* 1981; 26: 29-54.
 22 Wiat C. De l'utilisation de l'«art» – création ou expression plastique – en psychothérapie, de sa spécificité et de ses relations avec les psychothérapies verbales. *Soins psychiatrie* 1985; 56-57: 5-7.
 23 Lairez-Sosiewicz N. Peindre et communiquer avec les personnes âgées désorientées. Lyon: Ed. *Chronique Sociale*, 2002; 27.
 24 Op. cit

Adresse de l'auteur:

Mme Pascale Tzaut Sciarini
 Service de psychiatrie gériatrique
 Belle-Idée
 2, Chemin du Petit Bel-Air
 1225 Chêne-Bourg

à toutes sortes de pertes irréversibles. Elle doit «faire avec» sa maladie, et ce souvent dans une situation de précarité relationnelle, si ce n'est dans la solitude. La blessure narcissique est telle qu'il est parfois très difficile voire impossible d'en parler. Nous avons voulu illustrer comment l'art-thérapie peut aider le patient à sortir de son isolement et à exprimer sa souffrance, ses émotions, ses désirs. Cette approche thérapeutique nouvelle apparaît souvent comme une excellente médiation pour parler de soi de manière indirecte, symbolique, imagée. Notre pratique clinique nous amène par ailleurs à considérer le groupe comme un outil thérapeutique à part entière,

occupant une place aussi importante que la médiation artistique proprement dite. Sa fonction dépasse largement un simple but de socialisation: le groupe peut servir de levier dans un processus de changement, au sens où il amène la personne à voir autrement ce qu'elle fait et ce qu'elle est. Enfin, l'acceptation de la maladie ne semble pouvoir s'envisager sans une valorisation des ressources existantes. Ces ressources peuvent s'éprouver ou se découvrir dans un espace où il est encore possible d'agir, de jouer, d'inventer et d'établir des relations de manière autonome: un espace de créativité. ■

Implications pratiques

- L'art-thérapie offre des possibilités élargies d'expression de la souffrance psychique de l'âge, quand le recours au langage devient difficile
- L'art-thérapie est utile quand l'usage des mots est perturbé par l'inhibition et le ralentissement psychomoteur (dépression), quand les mots paraissent inappropriés ou trop menaçants (psychose), ou quand les capacités langagières se détériorent (démence)
- Les problématiques telles que les pertes, les deuils, l'absence de perspectives d'avenir peuvent être représentées de manière symbolique et imagée, puis élaborées en groupe

Informations de l'industrie

Cette rubrique n'engage pas la responsabilité de la rédaction

PROVE IT-TIMI 22 – Evidence based medicine et ses conséquences pour la pratique quotidienne

L'étude PROVE IT-TIMI 22 a examiné la question de savoir si les patients atteints d'un syndrome coronarien aigu (SCA) bénéficiaient davantage après deux ans d'un traitement hypolipémiant (LDL) précoce sous forte dose d'atorvastatine 80 mg/jour versus une dose standard de pravastatine 40 mg/jour. Ne manquez pas de lire l'interview avec le Pr T. F. Lüscher (USZ): «Le fait que les patients qui avaient des valeurs basses de LDL bénéficiaient significativement d'un traitement précoce de statine est en soi très remarquable. Le taux d'accidents vasculaires à deux ans était en moyenne de 26,3% sous doses standards de pravastatine (40 mg) et de 22,4% sous

doses élevées d'atorvastatine (80 mg). La réduction du risque relatif atteignait 16% (p=0,005). Pour les cliniciens que nous sommes, ça signifie que nous devrions démarrer un traitement intensif de statine encore pendant le séjour hospitalier des patients après SCA. Les valeurs de LDL conservent toutefois toute leur importance: chez les patients dont le taux de LDL était > 3,2 mmol/l la réduction du risque relatif était de plus de 30%, tandis que les effets du traitement étaient moindres en cas de valeurs de LDL plus basses (7%). En fait, chez près de trois quarts des patients inclus dans l'étude, les effets des deux statines étaient pratiquement équivalents chez les sujets

avec LDL inférieur à 3,2 mmol/l en termes de réduction du risque d'accident cardiovasculaire. Pour les collègues exerçant en cabinet, cette étude souligne une fois de plus l'importance d'un traitement systématique par des doses suffisamment élevées de statine. Il reste à montrer dans quelle mesure les patients coronariens, en règle générale âgés et présentant une morbidité multiple, sont capables de tolérer un traitement hypolipémiant (LDL) aussi agressif en pratique. Seulement 1,1% des patients sous doses standards de pravastatine 40 mg et 3,3% sous atorvastatine 80 mg présentaient des valeurs d'ALAT, une enzyme hépatique, supérieure à 3 fois la norme supérieure (p<0,001). J'aurais tendance à rejoindre les auteurs de l'étude, qui estiment que les risques d'effets indésirables et d'interactions doivent être pesés dans chaque cas face aux bénéfices potentiels du traitement et que

la sélection des patients à mettre sous traitement hypolipémiant agressif doit être faite avec le plus grand soin.» ■

- Cannon CP, Braunwald E, et al. for the Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy – Thrombolysis in Myocardial Infarction 22 Investigators. Comparison of Intensive and Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2004; 350: 1495-504
 - PROVE IT-TIMI 22. Pravastatin Or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy – Thrombolysis in Myocardial Infarction 22.

Informations:

www.just-medical.com
 Eveline Cornacchia
 dr-ouwerkerk ag
 6340 Baar
 Tel. 041 766 11 46