

École du Louvre

Leslie Labbé

La muséothérapie

Les potentiels thérapeutiques du musée

ANNEXES

Mémoire de recherche
(2^{de} année de 2^e cycle)
en muséologie
présenté sous la direction
de Mme Marie-Clarté O'Neill

Membre du jury : Dr. Emmanuel Gallet

Janvier 2021

Le contenu de ce mémoire est publié sous la licence Creative Commons
CC BY NC ND

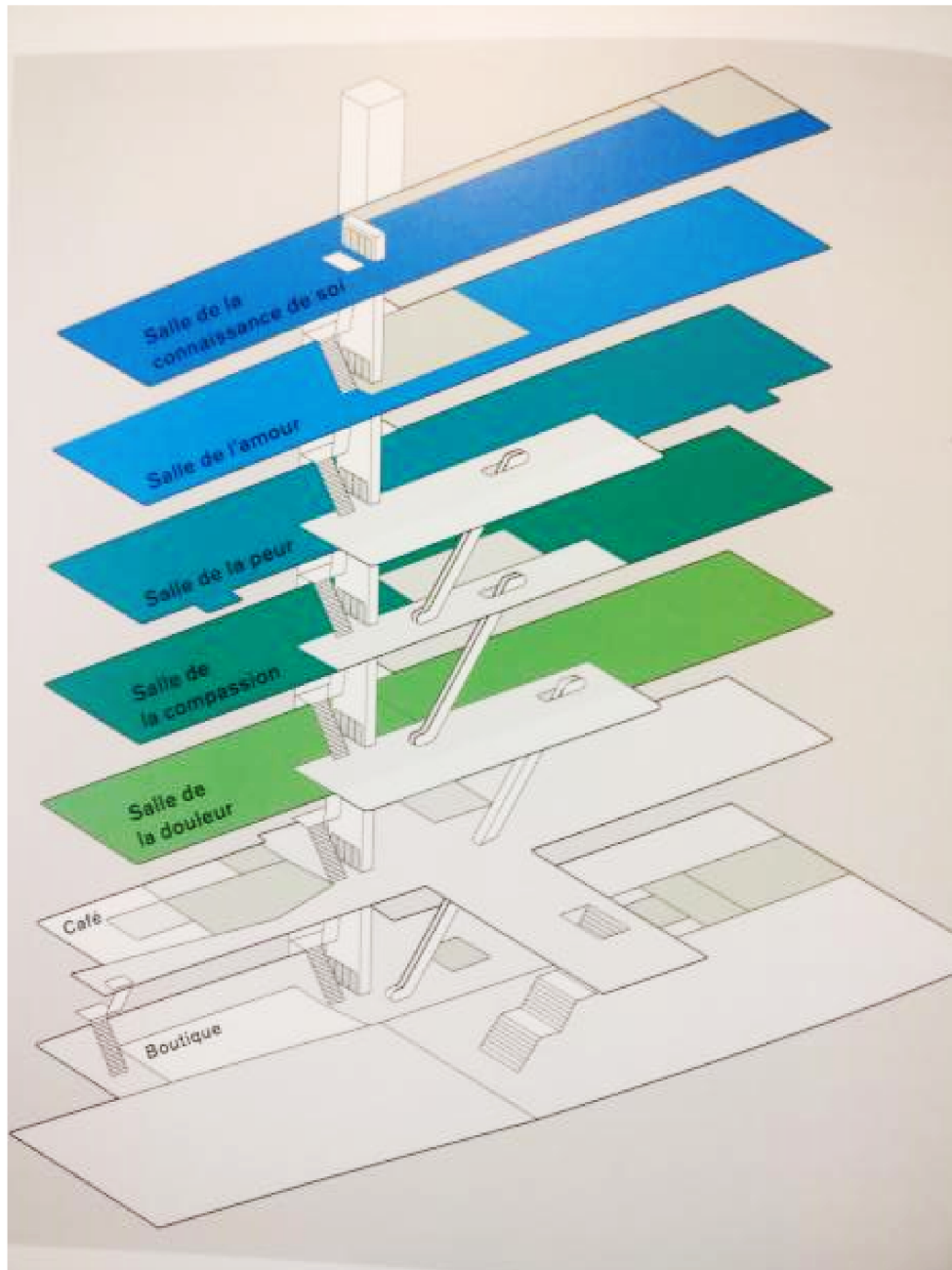


Sommaire

Annexe 1 : Proposition de Alain De Botton et John Armstrong pour une réorganisation du musée en fonction d'une visée thérapeutique. Exemple sur la Tate Modern de Londres.	4
Annexe 2 : Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson	5
Annexe 3 : Poster « Être ou ne pas être un atelier thérapeutique ? » par ALARCON Natividad, TRUONG-MINH Emmanuelle, SOUBIGOU Anna, Hôpital Emile-Roux, AP-HP, Limeil-Brévannes	7
Annexe 4 : Extraits du cours du Jeudi 19 novembre 2020, donné par le Dr. Emmanuel Gallet et M. Eric Vidal, du Diplôme Universitaire de Réhabilitation Psycho-Sociale, proposé conjointement par l'association Route Nouvelle et l'Université de l'Institut Catholique Toulousain.	8
Annexe 5 : Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, psychiatre à l'hôpital Gérard Marchant, le 24 février 2020	16
Annexe 6 : Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020	29
Annexe 7 : Entretien avec la psychomotricienne, travaillant dans un accueil de jour et accompagnant la visite de l'exposition Hans Hartung au Musée d'Art Moderne de Paris, dans le cadre d'une visite organisée par Culture Hôpital, le 23 janvier 2020.	40
Annexe 8 : Entretien avec la médiatrice faisant la visite, et une personne de l'association Culture & Hôpital accompagnant, de l'exposition Hans Hartung au musée d'Art Moderne de Paris, le 23 janvier 2020.	44
Annexe 9 : Entretien écrit avec Stephen Legari, art thérapeute du musée des Beaux-Arts de Montréal.	49
Annexe 10 : Observation d'une visite de l'exposition Degas à l'opéra au Musée d'Orsay, proposée à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leurs aidants, dans le cadre de l'association Culture & Hôpital, le jeudi 9 janvier 2020	53
Annexe 11 : Observation d'une visite de l'exposition Hans Hartung au Musée d'Art Moderne de Paris, proposée à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, prises en charge dans un accueil de jour, dans le cadre de l'association Culture & Hôpital, le jeudi 23 janvier 2020	58

Annexe 1 : Proposition de Alain De Botton et John Armstrong pour une réorganisation du musée en fonction d'une visée thérapeutique. Exemple sur la Tate Modern de Londres.

« La collection ne change pas mais l'accrochage et la présentation sont différents. Dans les salles, l'accent n'est plus mis sur la chronologie et la provenance des œuvres, mais sur les émotions suscitées par chaque œuvre. Le plan des niveaux de la Tate modern, à Londres, revu et corrigé.»¹ :



¹ ARMSTRONG John, DE BOTTON Alain, Art et Thérapie, PERINEAU Lucie (Trad.), Phaidon France, 2014, p.90

Annexe 2 : Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

Tels qu'énoncés sur

<https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html> :

- « Le besoin de respirer : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
- Le besoin de boire et de manger : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
- Le besoin d'éliminer : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
- Le besoin de dormir et de se reposer : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments : nécessité pour chaque

individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien être.

- Le besoin d'éviter les dangers : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
- Le besoin de communiquer : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
- Le besoin de se recréer : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
- Le besoin d'apprendre : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.»

Annexe 3 : Poster « Être ou ne pas être un atelier thérapeutique ? » par ALARCON Natividad, TRUONG-MINH Emmanuelle, SOUBIGOU Anna, Hôpital Emile-Roux, AP-HP, Limeil-Brévannes

Être ou ne pas être un atelier thérapeutique ?

E. TRUONG-MINH¹, A. SOUBIGOU², N. ALARCON³,
 Hôpital Emile-Roux, AP-HP, Limeil-Brévannes (94)

¹Psychologue, service du Dr Bouillanne, doctorante au laboratoire 2LPN, Université de Lorraine

²Psychologue, services du Dr Bouillanne et du Dr. Motamed, ³Psychologue, service du Dr Henry

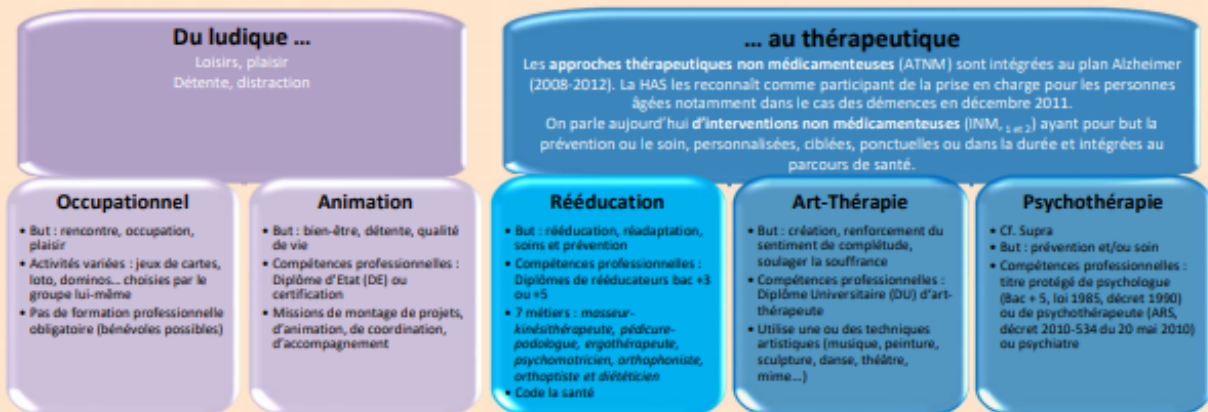
De nombreuses activités peuvent être proposées aux adultes âgés par différents professionnels (animateurs, soignants, rééducateurs, psychologues...). Les outils peuvent être les mêmes, mais les objectifs et les compétences professionnelles requises sont différents. Se pose alors la question :

Être ou ne pas être un atelier thérapeutique ?

Le commun de ces activités...

- ✓ **Approche groupale** : le groupe amène une dynamique d'être-ensemble et de partage
- ✓ **Objectif partagé** : améliorer la qualité de vie, le bien-être (sens OMS)
- ✓ **Utilisation d'un média** : activité qui porte le faire-ensemble, la réalisation commune pendant le temps d'un groupe
- ✓ **Engagement relationnel** entre professionnel et participants : toujours fortement présent mais de nature et d'intensité différente

...et leurs différences



Tous peuvent avoir des vertus thérapeutiques.

Mais, un atelier **psychothérapeutique** ? Qu'est-ce que c'est ?

Un dispositif thérapeutique

- ✓ **Évaluation psychopathologique** : repérage de signes formant la cible thérapeutique
- ✓ **Lieu spécifique** : cadre sécurisant et assurant la confidentialité +/- une modalité technique thérapeutique (ex : luminothérapie)
- ✓ **Temporalité spécifique et adaptée aux patients** : durée, fréquence, cadre temporel, nombre de séances
- ✓ **Intervenant formé** à la relation humaine, à la psychopathologie et à, au moins, une modalité de psychothérapie
- ✓ **Méthode thérapeutique ciblée et adaptée** avec ou sans média thérapeutique
- ✓ **Dynamique de groupe** (fermé ou semi-ouvert) comme levier thérapeutique

Un processus



Des objectifs thérapeutiques

- ✓ Aider le patient à **repérer ses difficultés**
- ✓ **Affronter une/des difficultés** dans la réalité, trouver des moyens de les dépasser
- ✓ **Renforcer les ressources** pour l'avenir
- ✓ **Diminuer des angoisses**, diminuer des affects dépressifs
- ✓ Aider à **dépasser un traumatisme** psychique
- ✓ **Diminuer un symptôme** gênant ou limitant le patient dans son potentiel
- ✓ **Arrêter des répétitions** comportementales douloureuses, destructrices
- ✓ **Restaurer des potentialités**
- ✓ **Trouver ou développer de nouvelles potentialités**, de la créativité
- ✓ **Travailler des modalités de coping** ou de défenses psychologiques individuelles

Des critères clairs permettent de classer une activité en atelier thérapeutique. Une méconnaissance des particularités des activités amène une confusion dans les pratiques de certains professionnels. Mieux comprendre les différences permet de mieux répondre aux demandes et attentes des adultes âgés, de leur famille et des professionnels.

¹ Ninot G. (2018). Hegel Vol 8 N° 1

² Plateforme CEPS - Plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support, <https://plateformeceps.univ-montp3.fr/>

Annexe 4 : Extraits du cours du Jeudi 19 novembre 2020, donné par le Dr. Emmanuel Gallet et M. Eric Vidal, du Diplôme Universitaire de Réhabilitation Psycho-Sociale, proposé conjointement par l'association Route Nouvelle et l'Université de l'Institut Catholique Toulousain.

Emmanuel Gallet m'a invitée à assister à ce cours afin de m'aider pour la réalisation de mon mémoire. Celui-ci s'est déroulé en distanciel et j'ai pu l'enregistrer. Ici sont retranscrits quelques extraits de ce cours.

Après avoir introduit le concept de muséothérapie, son histoire et les programmes actuels existant, Emmanuel Gallet développe sur les notions de handicap, de stigmatisation et d'auto-stigmatisation qui touchent les personnes atteintes de pathologies psychiatriques :

« La notion de handicap permet de décaler son regard, comme on avait pu l'expliquer, et en particulier de différencier celui-ci de la notion de maladie. Le handicap renvoie vraiment à une vision plus écologique de la personne. Donc un individu dans un environnement, c'est ça ce regard écologique. Il s'agit alors de définir quels sont les freins qui limitent les interactions de la personne avec cet environnement. Donc, freins issus de la personne : symptômes de la maladie, qu'ils soient positifs ou négatifs, troubles de la neuro-cognition, troubles des cognitions sociales, mais aussi des éléments d'auto-stigmatisation ; des éléments psychologiques en termes de mouvement dépressif, diminution de l'estime, diminution du sentiment d'efficacité personnelle, qui peuvent être responsables de manière massive des limitations personnelles des usagers. Mais aussi des freins issus de l'environnement : peu adaptés ou un environnement stigmatisant etc... Et donc du coup je vais m'arrêter plus particulièrement sur la stigmatisation. [...]

Comment la stigmatisation affecte-t-elle les objectifs de vie personnelle ? La stigmatisation et ses effets se distinguent sous deux formes classiquement. En fait il y en a trois, mais moi je vais m'arrêter à deux formes. La stigmatisation publique, qui en général met à distance une population, et ensuite l'auto-stigmatisation, la capacité que nos usagers, en l'occurrence, puissent eux-mêmes incorporer et valider des préjugés, en lien avec leur maladie par exemple.

Donc, la stigmatisation publique qui a été décrite et subdivisée en termes de stéréotypes, de préjugés, on avait déjà évoqué ça. Les stéréotypes sont des

structures de connaissances apprises par la plupart des membres d'un groupe social sur des personnes appartenant à des groupes différents. Et, le fait que la plupart des gens connaissent un ensemble de stéréotypes, n'implique pas qu'ils soient d'accord avec ces stéréotypes. L'étape supplémentaire, c'est le préjugé : on a connaissance des stéréotypes mais en plus on les valide. Et ils génèrent du coup, en lien avec cette validation, des réactions émotionnelles négatives, parfois des mises à distance. Enfin, ces préjugés, le stade supérieur encore, mènent à des discriminations avec des réactions, cette fois-ci, comportementales. La discrimination se manifeste selon trois manières : une perte d'opportunités, par exemple ne pas être embauché, ne pas avoir accès à un logement etc... Mais aussi de coercition, donc une autorité qui va prendre des décisions parce que la personne est supposée être incapable de le faire. Et enfin, la ségrégation, donc ghetto, mise à distance, voilà. Les représentations que le corps social a des troubles psychiatriques restent très négatives. Ça aussi on l'avait vu, avec des critères qui ressortent donc classiquement dans la population générale : la notion d'imprévisibilité, d'incurabilité, d'inaptitude à exercer des responsabilités ou un emploi, notion de violence, de dangerosité ; qui sont autant de stéréotypes qui peuvent devenir après préjugés et qui sont, hélas, largement partagés par le corps social, non seulement, mais en plus relayé par les médias à chaque nouveau faits-divers. Voir même l'utilisation, comme on avait pu le voir, de termes, schizophrénie, avec un terme très négatif même quand c'est utilisé en dehors d'un aspect de santé ou médical : par exemple, quand deux adversaires politiques veulent disqualifier un autre il va dire que « ses choix sont schizophréniques », enfin ce genre de choses. On voit que c'est porteur vraiment d'éléments très disqualifiants.

Selon une étude, l'étude de 2009 de Thornicroft, l'étude indigo, la discrimination rencontrée par les personnes présentant des troubles schizophréniques est très fréquente et concerne tous les aspects de la vie quotidienne : que ça soit les relations sociales, dans 47% des cas, dans cette étude, mais également les relations familiales dans 43% des cas, sentimentales 27% des cas, mais aussi, bien sûr, on le voit dans la pratique, tout ce qui est du registre de l'accès, l'accessibilité (logement, emploi, accès à la culture). Et cette chaîne de stéréotypes, de préjugés et de discriminations, constitue une stigmatisation publique. C'est ce qu'on appelle la stigmatisation publique, donc la façon dont le grand public, ou la société, conçoit et réagit aux personnes souffrants de maladies mentales

graves.

Cette stigmatisation publique doit être distinguée du deuxième type de stigmatisation qui est l'auto-stigmatisation. Donc le fait qu'une personne présentant un cas psychique va pouvoir s'appliquer et se limiter elle-même en intégrant, en incorporant, ces préjugés. Pour faire l'expérience de l'auto-stigmatisation, la personne, certes n'est pas hermétique à ce qui se joue autour d'elle. Donc il faut qu'elle ait conscience des stéréotypes de la société qui décrivent son groupe stigmatisé. Par exemple « les personnes atteintes de maladie mentale, si elles ont ces troubles, c'est bien à cause d'elles etc.. elles sont à blâmer, elles sont à responsabiliser par rapport à ce type de manifestations symptomatiques. ». Avoir conscience des stéréotypes mais en plus, bien sûr, être d'accord et donc de stéréotype basculer sur le préjugé. Donc, être d'accord avec ces stéréotypes. Donc « c'est vrai que les personnes souffrant de maladie mentale sont à blâmer ». Ces deux facteurs ne sont toutefois pas suffisants, selon différents auteurs, pour représenter l'auto-stigmatisation. Il faut un troisième niveau qui est l'application : la personne doit appliquer les stéréotypes à son moi-propre, « je suis malade, je dois donc être responsable de ce qui m'arrive ». Donc ces trois niveaux. Voici la description un peu qui est à peu près consensuelle pour différents auteurs de ce qu'est l'auto-stigmatisation. Et ça, c'est un enjeu majeur parce que, comme on l'avait vu par rapport aux capacités fonctionnelles de la personne, on a vu que certes les symptômes de la maladie, si on s'intéresse à la schizophrénie, le délire, peuvent impacter la capacité fonctionnelle de la personne, mais, au bout du compte, pas tant que ça. C'est-à-dire que c'est à peu près, on sait pas trop, mais à peu près, un tiers des difficultés, on va dire, fonctionnelles de la personne. Viennent se rajouter les difficultés cognitives. Mais restent, à peu près, dans la moitié des cas, en fait, ça va être des aspects autour de la question de l'estime de soi, de la motivation, de l'auto-stigmatisation, presque pour moitié, qui impactent les capacités fonctionnelles de la personne et la capacité de la personne d'être dans un processus de rétablissement. Vous voyez ces notions d'auto-stigmatisation est un enjeu de santé, un enjeu très très fort. L'idée c'est de trouver les leviers pour faire en sorte que ça soit le moins impactant possible. Donc du coup, puisqu'on sait en plus que l'auto-stigmatisation a une influence majeure, en l'occurrence, sur l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle... [...] On en avait déjà parlé mais on voit que, du coup, l'Organisation Mondiale de la Santé a établi que la stigmatisation des

personnes vivant avec un trouble psychique devait constituer un impératif majeur de santé publique et de prise en charge thérapeutique. Également au niveau, en France, c'est également un axe fort, une prescription forte de notre tutelle.

[...] Pour l'auto stigmatisation : avoir conscience des stéréotypes et préjugés, être d'accord et, ensuite, se l'appliquer à soi. Voilà, les effets de l'autostigmatisation se caractérisent par une altération profonde de l'image de soi. Donc l'identité de la maladie devient prédominante au détriment de l'identité préexistante de la personne et elle concerne un grand nombre de personnes. Par exemple, dans le cadre de la schizophrénie, c'est entre 36 à 42 % des personnes, avec un grand nombre d'effets négatifs, que je vous laisse lire. Tout cela étant validé par de nombreuses études.»

Vignette extraite du diaporama présenté pendant l'intervention du Dr. Emmanuel Gallet :

Stigmatisation et maladies mentales

- Depuis plusieurs années, la stigmatisation est une thématique centrale dans le champ de la santé mentale.
- Stigmate (Erving Goffman) : attribut qui, en fonction d'un contexte spécifique, est susceptible de jeter un discrédit sur la personne qui en est affligée, conduisant alors à des processus de discrimination ou d'exclusion sociale [1].
- Dans le contexte psychiatrique, le diagnostic d'un trouble psychique constitue souvent un attribut stigmatisant et discréditant pour les personnes concernées [2].
- La stigmatisation impacte les patients dans leur capacité d'agir avec autonomie [3], leur intégration sociale et professionnelle [4], leurs modes de recours aux soins et l'évolution de leur pathologie [5,6], ou bien encore leur risque de mortalité [7].

[1] Goffman E. Stigmate. In: Les usages sociaux des handicaps. Paris: Éditions de Minuit; 1975.

[2] Brohan E, Sartorius N, Thornicroft G, et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010;122(1):232-8.

[3] Corrigan P. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998;5(2):201-22.

[4] Rebero Gruhl KL, Kauppi C, Montgomery P, et al. Painting everybody with the same brush: employment discrimination of persons with serious mental illness in rural places. *J Rural Ment Health* 2012;36(1):11-7.

[5] Fung KMT, Tsang HWH, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32(2):95-104.

[6] Mak WWS, Poon CYM, Pun LYK, et al. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc Sci Med* 2007;65(2):245-61.

[7] Acosta FJ, Aguilar EJ, Cejas MR, et al. Beliefs about illness and their relationship with hopelessness, depression, insight and suicide attempts in schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2013;25(1):49-54.

Après avoir parlé des expositions présentées aux patients de l'accueil de jour de l'hôpital Gérard Marchant, Eric Vidal, médiateur au musée des Abattoirs de Toulouse, conclut sur son expérience. S'ensuit un moment de questions / réponses où Emmanuel Gallet et Eric Vidal répondent aux questions des personnes assistant au cours.

« Eric Vidal : C'est vraiment le but que j'ai lorsque je reçois les patients c'est de les amener, c'est un voyage en fait. C'est un voyage qu'ils vont parcourir qu'ils vont réaliser à l'intérieur de chaque exposition, avec moi. Mais la chose est peu, de mon point de vue, je suis pas un spécialiste de la question, j'ai quand même du mal à estimer, en retour, ce que les œuvres, les expositions, provoquent chez eux. Je le vois parfois, mais, comme souvent ils sont dans une forme de retenue, ou peut-être d'incapacité à exprimer leurs émotions, de manière verbale, je ne peux que supposer l'effet escompté de ce type de rencontre. Donc je le vois, je le mesure parfois, mais je ne sais pas quelle est l'intensité, je ne sais pas toujours quelle est l'intensité de l'expérience vécue. Mais la seule chose que je peux dire, c'est qu'en quatre ans de partenariat je vois nettement, dans leur regard et dans leur attitude, qu'ils s'approprient progressivement ce que beaucoup d'entre nous refusent. C'est-à-dire accepter cet art contemporain, qui est souvent le lieu de contradictions, de polémiques, de scandales. Et bien là, dans l'institution, nous n'allons jamais dans le scandale, nous n'allons jamais dans la provocation pour la provocation, nous essayons, ensemble, véritablement, salle après salle, d'entrer dans ces univers différents. [...]

Voilà je vous remercie de m'avoir écouté, est-ce que par ailleurs vous avez vous-mêmes des questions sur ce que j'ai montré dans le diaporama, sur ce que j'ai pu dire, ou en lien avec ce qu'Emmanuel Gallet a dit précédemment. N'hésitez pas à vous exprimer sur le sujet en me posant des questions, en faisant des remarques également. [silence] Vous n'avez pas de questions ?

Une personne assistant au cours : « Si moi je voudrais savoir, quand les usagers viennent, est-ce qu'il y a un soignant ou est-ce qu'il y a uniquement vous avec eux ? »

Eric Vidal : « Non, il y a toujours deux personnes qui accompagnent. Au moins deux personnes qui accompagnent le groupe, et qui sont souvent les mêmes. Avec qui, d'ailleurs, j'entretiens de très bons liens, de très bons rapports, parce que je les connais maintenant. Il y a aussi une confiance, ils sont en confiance parce qu'ils ne sont pas seuls avec moi et dans un musée qui, j'insiste là-dessus, est parfois très bruyant. Parce que vous voyez, la nef ou la salle la plus profonde, il y a une acoustique d'écho qui est vraiment très très difficile à gérer. Donc, le fait d'être accompagné par des personnes qu'ils connaissent, je pense que ça stabilise la situation. Je n'ai jamais eu de soucis, si ce n'est parfois une ou deux personnes qui ont quitté le groupe parce que, peut-être, elles étaient saturées d'informations, ou d'un trop plein d'émotions, mais jamais sous la forme d'une crise ou quelque chose qui serait vraiment violent. Non, jamais, jamais, jamais, et c'est certainement dû au fait que ce partenariat existe depuis 4 ans et qu'ils sont toujours accompagnés.

Emmanuel Gallet : En lien avec votre question, ce qui est notable quand même, concernant ce groupe, avec un noyau dur, c'est que parmi ce groupe ça a été à partir de ce type d'expérience, qu'ils puissent s'autonomiser et se rendre eux-mêmes, de manière indépendante, sur des lieux d'expositions. Et voir, eux-mêmes, dans le cadre de notre atelier du jeudi après-midi (c'est cet espace là, ce créneau là où on accompagne les usagers au musée) c'est-à-dire qu'ils peuvent être eux mêmes prescripteurs d'expositions qu'ils ont pu voir à Toulouse etc.... Et donc il y a cette notion d'autonomisation à travers le lien qu'ils peuvent avoir avec des musées, mais pas que d'ailleurs. Ça, on a pu le constater chez plusieurs d'entre eux.

Eric Vidal : Oui, c'est vrai que j'en vois quelques-uns qui arrivent par leurs propres moyens juste avant que démarre la visite, donc il y a aussi cette autonomie. Ils vont eux-mêmes, ils se rendent eux-mêmes dans les musées, et nous les accueillons du mieux que nous pouvons bien sûr. A l'accueil, tout le monde sait qu'il y a ce

partenariat, donc c'est assez fluide finalement. On entre facilement dans l'exposition avec eux.

[...]

Eric Vidal : J'insiste sur le fait, je ne l'ai pas dit, que je ne traite pas ces patients d'une autre façon que le public en général. Je m'étais posé la question parce qu'évidemment j'en avais parlé à Monsieur Gallet. C'est vrai que, n'étant pas familier de ce monde là, je me posais la question, et j'ai eu très vite la réponse. C'est que j'ai fait un accompagnement tel que je pouvais le faire vis-à-vis d'un autre groupe de public. Ça a très bien marché, dès la première fois. Donc là aussi, j'entends par là que je ne fais jamais d'accompagnement au rabais où je m'auto-censurerai, j'éliminerai des choses, où j'essaierai de simplifier, absolument pas. J'ai une exigence, qui est celle du public divers que je reçois, et cette exigence je la reporte sur cet accompagnement avec ce groupe. Jamais je n'ai rencontré, à ce niveau là, de difficultés de leur part, donc ça c'est très encourageant, et ça m'a mis à l'aise aussi. Parce que je ne savais pas si ce que j'allais produire, en tant qu'accompagnement, allait être en adéquation avec leurs problèmes et ce qu'ils sont en tant que personne

Emmanuel Gallet : Ce qui a été intéressant, alors bon hélas, je n'ai pas pu me libérer pour un grand nombre de propositions d'Eric, d'expositions, je crois que la dernière en date où j'ai pu venir, c'était pour celle de Picasso. [...] Ce qui m'avait marqué, en particulier à Picasso, c'est que du coup, du fait de l'intérêt que suscite le parcours d'Eric, il y a des personnes qui sont en dehors du groupe qui viennent petit à petit se greffer avec le groupe des patients. J'ai souvenir, au tout début, qu'Eric les écartait assez facilement, rapidement en tout cas. Et là, lors de Picasso, j'ai vu qu'il y avait une évolution dans votre manière de faire puisque vous l'acceptiez beaucoup plus. Et ça, c'est d'autant plus intéressant par rapport à cette notion, justement, de rencontre des gens, de public, d'échanges possibles, de questions, qui pouvaient se faire devant telle ou telle œuvre. C'est quelque chose qui m'avait vraiment marqué. Je sais pas si vous pouvez nous en dire par rapport à cette évolution, si vous l'avez perçue vous aussi.

Eric Vidal : Oui c'est vrai que bon, au départ, il y avait cette idée que le groupe devait rester le groupe. Mais on le fait aussi, le fait d'écartier les personnes qui pourraient

s'adjoindre à nous, de manière générale. Parce qu'en fait, il y a des visites qui sont privées et il y a des personnes qui viennent se joindre, puis elles augmentent d'autant l'effectif du groupe et, parfois, ça devient problématique. Donc il y a un moment donné où il y a une limite. Mais, comme eux ne sont pas très nombreux, quand il y a quelques personnes qui viennent se joindre, je ne les chasse pas. Et ça donne cette idée d'inclusion, de fusion de tous les publics et de tous les regards qui convergent vers la même chose. C'est-à-dire qu'à ce moment-là il y a pas de regards de personnes à personnes. Je suis le médiateur qui amène vers la cible, l'œuvre, et tout le monde regarde dans la même direction. Et ça peut se faire assez naturellement parce que, quand une personne part avec un petit groupe dans une salle, il est tentant pour le public de s'approcher, de tendre l'oreille et puis, parfois de manière involontaire, ils se rapprochent, ils se rapprochent, ils se rapprochent, pour finir par faire partie du groupe, sans même véritablement s'en rendre compte, en suivant le fil conducteur que je suis en train de tracer. On les attache comme des wagons au train en marche.

[...] »

Annexe 5 : Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, psychiatre à l'hôpital Gérard Marchant, le 24 février 2020

Abréviations :

Leslie Labbé = L.L.

Dr. Emmanuel Gallet = E.G

Entretien :

L.L. : Quelle est votre définition de la thérapie ? Parce que dans les ouvrages souvent il y a des mélanges entre la thérapie et le bien être et chaque terme n'est pas forcément bien défini

E.G. : C'est tout à fait vrai. Mais pour autant maintenant on est dans le champ de la santé mentale et donc du coup, de fait, souvent ce mélange se fait entre on va dire des objectifs thérapeutiques pour le coup très ciblé par rapport à des éléments cliniques en lien avec une maladie, et quelque chose qui sont plus des éléments plus généraux autour de la question du bien-être. Ça, c'est un premier point. Et le deuxième point c'est que maintenant aussi au niveau de la psychiatrie, on évolue vers un nouveau concept qui est la réhabilitation psycho-sociale. Où l'idée c'est des accompagnements pour essayer de travailler autour de la question de l'autonomie de la personne ou autour de cet anglicisme « l'empowerment », qui est pas spécifique à la psychiatrie passe aussi par des leviers qui peuvent paraître génériques ou généraux comme le bien-être, le sentiment d'efficacité personnelle, ce genre de chose. Ou autour de la question de l'inclusion ou de la lutte contre la stigmatisation ou aussi de l'auto-stigmatisation, à savoir cette tendance que les personnes présentant, là dans le cas précis un handicap psychique, intègrent les préjugés et les stigmates de la société qui est autour d'eux parce qu'ils ne sont pas non plus imperméables à ce qui se dit. Des patients présentant des troubles schizophréniques peuvent eux-mêmes intégrer des préjugés faux autour de leur maladie que sont la dangerosité, que sont l'incapacité etc... Et qui va avoir un effet néfaste sur l'estime de soi. Ce qui a été montré c'est que ces aspects effectivement très génériques, que vous évoquez autour de la question du bien-être, de l'estime de

soi, du sentiment d'efficacité personnelle, en fait ce sont des facteurs prédictifs de l'évolution positive ou négative de la maladie en fait. D'où l'importance de travailler aussi là-dessus. Et donc en soi c'est du soin, du soin moins classique. thérapie je sais pas, mais du soin en tout cas. Et nous, en tout cas, très clairement on essaie de travailler sur cet aspect là. La difficulté, alors je sais pas si c'est une difficulté, mais ce qui peut poser question c'est que les expériences étrangères, je suis pas un expert non plus mais de ce que je peux connaître de ce qui se fait en Angleterre, enfin en Grande-Bretagne, et par exemple aussi au Canada, c'est que c'est eux-mêmes qui sont prescripteurs quoi. C'est-à-dire que nous on est un lieu de soin, ici l'hôpital de jour donc c'est à partir de cet hôpital de jour qu'il y a pas mal de projets qui sont construits en fait. Mais donc on est un lieu de soin, et nous pensons on va dire à des leviers de soin et ensuite on va voir, on va toquer à la porte de nos partenaires pour dire « bah voilà on aimerait mettre en place ça » et eux, ils disent tout le temps oui en principe. Mais du coup ils peuvent éventuellement faire un accueil spécifique, des prises en charge spécifiques, mais parfois aussi des prises en charge qui sont comme d'habitude. Mais comme d'habitude pour nous on peut y injecter malgré tout du sens, du sens clinique et du soin. A la différence où, d'après ce que j'ai pu comprendre par exemple dans le musée des Beaux-Arts de Montréal, c'est eux qui vont penser, c'est issu d'eux. Alors il y a un comité scientifique aussi mais ensuite c'est pas forcément un lieu de soin qui a l'initiative de ça.

L.L. : Ils ont créés un espace en fait qui accueille, qui peut accueillir des personnes qui ont toutes sortes de pathologies, ça peut aller de pathologies psychiatriques, des pathologies peut-être plus « physiques » et par contre ce sont des médecins qui peuvent prescrire ces choses là, donc c'est en alliance avec les médecins et ils ont un art thérapeute à plein temps sur le site

E.G. : Plus des programmes en plus spécifiques où ils peuvent soigner un peu tout, ils vont aller confronter des gens avec des animaux empaillés pour les phobies, enfin des choses comme ça. Mais bon moi je trouve ça assez intéressant. [...] En tout cas c'était pour répondre à votre question c'est-à-dire que thérapie je sais pas mais en tout cas en termes de soin, mais qui en plus très clairement là il y a plein d'études qui montrent que le sentiment de bien-être, l'estime de soi, et le sentiment d'efficacité personnelle et une action aussi la motivation de la personne, ont

vraiment une action importante sur les soins de maladies chroniques psychiatriques et en particulier sur la schizophrénie.

L.L. : Et vous vous recherchez quoi cliniquement parlant quand vous avez choisi d'emmener certains patients au musée ?

E.G. : Donc il y avait justement ces deux bras : une dynamique on va dire de réhabilitation psycho-sociale et une dynamique des objectifs plus précis en termes de soin. Donc sur la dynamique... Et après, ça va dépendre du type de projet. Historiquement on a commencé avec le musée des Abattoirs, peut-être vous le connaissez c'est un conférencier, Eric Vidal, on travaille avec lui depuis très longtemps, c'est quelqu'un de qualité. Dans un premier temps moi je lui avais demandé effectivement une prise en charge un peu spécifique. J'ai beaucoup de patients qui présentent une schizophrénie, ils ont une difficulté à prendre la perspective de l'autre, à pouvoir se confronter à différentes hypothèses, confronter des points de vue. C'est-à-dire qu'ils sont aspirés par une vision et qui, parfois, qui peut les lier à un sentiment de persécution ou mégalomanie etc... Et donc voilà cette difficulté là, et autour de la question beaucoup plus générique de la théorie de l'esprit, prendre en compte la perspective d'autrui. Et l'idée c'était vraiment qu'à travers le média d'une oeuvre d'art, et en particulier l'art contemporain, qui est peut-être l'art pour le coup toutes les interprétations, peut-être, moi j'y connais rien je suis pas un expert mais j'aurais tendance à dire plus que d'autres, enfin je sais pas si c'est vrai, en tout cas on peut y projeter pleins d'interprétations différentes. Et l'idée, sans pour autant être dans une forme de relativisme absolu, dire qu'un point de vue en vaut un autre et le point de vue de l'artiste tout comme le point de vue de celui qui est face à l'oeuvre. A travers ce média, c'était justement d'avoir un peu cette action autour de ce biais cognitif que peuvent présenter certains patients qui présentent des troubles schizophréniques. Et donc c'était un peu l'idée, et au bout du compte c'est un peu sa manière d'être donc ça s'est fait très simplement. Alors maintenant il présente avec moi, on fait une présentation commune, dans le cadre du Diplôme Universitaire de réhabilitation psychosociale autour de ce type d'expérience. Et lui, c'est-à-dire qu'il a pu effectivement, spontanément, pouvoir se saisir pour moi d'objectifs de soin que j'avais même pas prescrit, j'ai pas prescrit quoi que ce soit. C'est-à-dire que de lui même, donc il y avait cette notion là, ça a

pris très facilement, mais aussi il y avait cette notion effectivement de parcours. Parce qu'en fait pour chaque nouvelle exposition des Abattoirs il prévoit un temps d'accueil où il va faire un parcours pour présenter cette nouvelle exposition pour les patients de l'hôpital de jour. En sachant qu'il ne va pas montrer toutes les œuvres, donc il fait un choix, il fait un choix d'histoire, il fait une histoire en essayant de faire des liens entre une œuvre et une autre pour raconter une histoire. Ce sera sa propre histoire. Une sorte de parcours signifiant au sein d'une exposition. Et ça, cette notion de parcours signifiant, de construction, de contextualisation, on va dire, d'un point de vue, ça aussi c'est important parce que c'est souvent assez lésé justement chez nos patients, qui ont des problèmes effectivement de comprendre, de dire un contexte etc... Ça aussi ça participe au bout du compte des objectifs qui peuvent être assez intéressant et que nous, dans un deuxième temps, on peut s'approprier pour retravailler ensuite avec les patients. Parce que le soin ne se limite pas sur ce temps là mais, au contraire, ça peut être une ouverture de possible pour nous, pour reprendre des axes de travail voilà de manière réciproque entre ces deux temps, qui sont le temps muséal et le temps de prise en charge, ce qu'on peut voir des patients, ces mêmes patients, sur d'autres activités ici. Pour certains d'entre eux, pas tous mais pour certains d'entre eux. Du coup lui il a pu se réapproprier ça. Tout comme, ça c'est dans un champ symptomatiques, mais également sur le deuxième bras, sur le bras de réhabilitation psychosociale où spontanément en fait... De temps en temps j'ai pu assister à ces.. mais là j'ai pas trop le temps forcément d'assister à toutes ces présentations. Parce qu'en plus c'est passionnant, moi je me régale hein mais là je peux pas y aller à chaque fois. J'ai pu voir au début où j'ai pu constater qu'au début, j'avais pas d'avis hein, mais c'est vrai que, comme Eric Vidal est quelqu'un de passionnant, des personnes qui n'avaient rien à voir avec le groupe venaient s'incruster. Alors c'est un grand classique. Et au début il les mettait un petit peu à distance, de manière très sympathique mais il disait que c'était un groupe etc.. Et là dernièrement, donc c'était pour l'exposition Picasso, c'est la dernière fois que j'ai pu y aller, la plus récente, en fait j'ai pu voir qu'il y avait plein de monde qui venait s'agglomérer dans ce groupe là et il laisse faire. Et finalement, c'est vachement intéressant parce que, dans le cadre de la réhabilitation psychosociale, il s'agit d'agir sur on l'a dit le bien-être, l'estime de soi, l'efficacité personnelle, l'inclusion mais aussi la stigmatisation. Il y a plein d'études qui montrent, et c'est pas spécifique à l'handicap psychique, c'est pour toutes les minorités donc ça peut être

éventuellement dans le cadre du racisme etc... toutes les campagnes de lutte contre la stigmatisation en termes d'information etc... c'est efficace mais très peu efficace. C'est-à-dire qu'en gros je suis raciste je vois une affiche je vais rester avec mes opinions, ça aura peu d'impact. Ça aura une efficacité sur ceux qui sont déjà convaincus en fait. A l'inverse, toutes les actions où on fait en sorte que les gens se rencontrent là, c'est efficace. C'est là que les préjugés tombent, les stéréotypes faux etc... Et du coup, pour en revenir à cet exemple là, du fait que des personnes qui ne présentent pas de handicap psychique viennent s'incruster et se mélanger avec des patients, qui posent des questions avec eux, interagissent avec eux et bien ça peut être un outil de lutte contre la stigmatisation qui peut être intéressant aussi quoi. Et du coup, Eric Vidal il a perçu ça, et donc il laisse faire à partir du moment où les personnes ne prennent pas trop de place non plus. Donc voyez ça veut dire qu'il peut y avoir, on va dire, le bras vraiment sur les symptômes ciblés, qu'on voit, mais aussi un bras, on va dire, de réhabilitation psycho-sociale mais qui une fois de plus qui n'est pas moins important autour des objectifs de soin.

L.L. : Et vous faites la différence entre les soins et la thérapie. C'est quoi vraiment la différence ?

E.G. : Bah c'est ça c'est des objectifs on va dire sur des symptômes cliniques vraiment de la maladie.

L.L. : Ça c'est de la thérapie, on vise quelque chose de précis.

E.G. : Voilà, c'est le cas sur certains programmes qui sont très structurés autour de ce que je vous dit, c'est-à-dire autour des biais cognitifs de la maladie : je vous ai dit que les personnes avaient du mal à confronter des points de vue etc.. donc il y a des programmes thérapeutiques très structurés qui vont essayer d'agir là dessus. Donc là on est vraiment dans la thérapie, mais aussi du coup des expériences dans la vraie vie qui peuvent avoir une action aussi donc ça, c'est un peu l'enjeu d'un espace comme le musée. Donc voilà c'est ciblé sur un symptôme précis de la maladie à la différence de ce qu'est le sentiment de bien-être, l'estime de soi où là c'est beaucoup plus générique. On a pas besoin d'être malade pour avoir des

difficultés en termes de bien-être etc.. mais à l'inverse en plus quand on a une maladie, ça peut être un frein majeur pour que la maladie évolue positivement

L.L. : Qu'est-ce que le musée a de spécifique qu'un autre lieu aurait, par exemple un autre lieu social comme le parc ou la galerie marchande, qu'est-ce que le musée il a de plus, de spécifique, par rapport à un autre lieu ?

E.G. : Euh... je sais pas. Non je sais pas, si ce n'est que tout ce qui est du lien avec l'art s'inscrit dans une histoire avec la psychiatrie. Alors pas forcément autour de la question de la muséothérapie, mais autour de la question de l'art thérapie, il y a une histoire qui s'est construite et on a pu voir effectivement que, là on est plutôt dans un champ de créativité, ou simplement d'expression, sans pour autant qu'on ait des prétentions artistiques, et qui ont montré la pertinence en terme de soin. En termes d'ateliers médiatisés, l'art thérapie etc.. Le fait est c'est qu'en fait on a pu voir que, alors je me souviens plus de son nom de ce médecin anglais qui est un des... qui est à l'origine de l'art thérapie. En fait il y en a deux il y a une médecin psychologue américaine, juste après la deuxième guerre mondiale et lui anglais, qui sont à l'origine de l'art thérapie mais lui en plus est à l'origine presque de la muséothérapie, déjà à l'époque. Après c'est tombé un peu dans les oubliettes, [...] C'est peut-être ça la spécificité, l'art mobilise le psychisme d'une manière générale, au-delà de la question de la maladie, mais du coup ça peut être un levier supplémentaire pour des personnes qui, en l'occurrence, présentent un handicap psychique, par rapport au centre commercial. A l'inverse, dans la dynamique effectivement d'inclusion ou de stigmatisation, on peut poser la question effectivement sur la différence, à juste titre. Sauf que, tant sur l'inclusion que sur la stigmatisation, ce sont des personnes, à cause de l'auto-stigmatisation, ils se mettent eux-mêmes des limites. Et donc ils ont tendance à s'auto-dévaloriser etc... Pour eux entre autres pleins d'espaces, pleins d'activités qu'ils se refusent parce que « je ne suis pas capable » parce que « je ne vau rien » etc.. « c'est pas pour moi » etc.. et en particulier des espaces comme le musée. Mais ceci-dit c'est vous qui êtes mieux placé pour le dire, c'est-à-dire que c'est pas spécifique aux états psychiques. Ce sont des lieux que plein de personnes se refusent parce que « ce n'est pas pour moi » alors que maintenant les musées ont une politique d'ouverture. Et du coup en ce sens, ça aussi c'est une spécificité, leur dire « bah non, bien sûr que vous aussi vous avez accès à ça vous allez voir »

cela peut avoir une action, peut-être un surplus d'action, autour de la question de l'inclusion, de la stigmatisation et de l'estime de soi. C'est-à-dire que si je suis capable de, d'apprécier une œuvre etc... Et ensuite, en termes de créativité, mais même pour les thérapeutes, c'est-à-dire que ça ouvre plein de possibilités, beaucoup plus qu'un champ on va dire commercial ou autre. Parce que déjà, les acteurs et partenaires sont ouverts à ça, et ensuite voilà on peut créer plein de choses. C'est pour ça donc cette première expérience avec les abattoirs on s'en est inspiré pour le décliner aussi avec les Augustins mais avec d'autres institutions culturelles. Toujours muséales mais aussi avec le théâtre de la Cité. Mais, même au sein de ces activités l'idée c'est de travailler autre chose et également de faire des passerelles avec d'autres activités qu'on peut proposer mais avant ça, c'est-à-dire que les Augustins, donc il y a un accueil privilégié pour certaines expositions. C'est Isabelle Balant qui est vraiment quelqu'un de super aussi, qui accueille les patients, donc elle nous a fait par exemple *Fenêtres sur Cours* etc... Donc c'était vraiment un des débuts, une des premières expériences qu'on a pu avoir avec les Augustins autour de cette exposition. D'autant que, du coup, il y avait ça mais ensuite après on a un atelier arts plastiques, où là l'idée c'est que les patients, c'est ce que j'évoquais de l'art thérapie, c'est de créer, l'idée c'était que les personnes puissent s'inspirer de l'exposition qu'ils avaient vue. Ils avaient été accueillis par Mme Balant, pour ensuite après essayer eux-mêmes de faire, on va dire, une production en lien avec *Fenêtres sur Cours*. Et c'était pour moi d'autant plus intéressant, même si j'ai pas poussé le truc un peu plus, non cet entre deux entre l'intérieur et l'extérieur qu'envisageait *Fenêtres sur Cours* bah c'est assez intéressant à travailler aussi autour de la question de la maladie, en particulier de la psychose. Cette fois-ci, non plus d'un espace architectural mais cette fois-ci au niveau de l'espace individuel. Ça aussi, cet entre deux, ça pouvait être intéressant à travailler. Et ce qui était bien c'est qu'après avoir accueilli Mme Balant est venu ici sur l'hôpital de jour pour amener des documents, des reproductions de certaines œuvres pour que les patients puissent les utiliser, s'en inspirer, les coller, enfin faire ce qu'ils voulaient autour de ça. Elle pouvait donner des conseils, contextualiser etc... reprendre certaines choses et donc il y avait ce côté intérieur et extérieur aussi là. Donc ça faisait tout son sens, ils venaient vers le musée mais le musée venait vers eux aussi et à la fin, donc c'était à la fin de l'année, donc c'était courant mai-juin, il y a eu une exposition qui a eu lieu aux Augustins où justement les patients ont exposé leurs productions. Donc voilà.

En amont ils avaient présenté leurs œuvres à Mme Balant et ensuite après la chargée des...[silence]

L.L. : Aurélie Albajar ?

E.G. : Exactement voilà. Et ensuite après ils ont présenté leurs productions dans le petit cloître, là sur le côté. Sachant qu'après libre à eux, il y en a certains qui ont pas voulu, il y a pas de soucis. Il y en a certains qui ont voulu, mais qui ont pas voulu venir. Parce que ça aussi ça peut être un travail justement, exposer, pour tout artiste. J'imagine qu'un artiste, le moment où il doit se séparer de son oeuvre et montrer au regard de tout le monde son oeuvre, c'est pas forcément un élément simple, il est un peu dépossédé de quelque chose de très narcissique, investi narcissiquement pour ensuite axer sur un autre mode narcissique. Mais pour les patients qui sont dans des problèmes narcissiques tout autre, ça aussi c'est pas aussi évident, du coup il s'agit pas de les obliger. S'ils ne veulent pas exposer, s'ils veulent exposer mais pas venir, s'ils veulent venir mais pas exposer enfin bon tout était ouvert. En l'occurrence, il y a plusieurs œuvres qui ont été exposées et ça aussi c'est intéressant ce temps là à travailler. Donc ça aussi c'est une spécificité effectivement du musée. Donc ça c'est une expérience particulière qu'on a pu faire à partir de *Fenêtres sur Cours*, on a renouvelé dernièrement avec *Renaissance*. Après on a fait un programme vraiment très intéressant et très particulier avec les Augustins et en lien avec une association qui s'appelle *Mains Libres* où en fait ils venaient. Donc il y avait un historien de l'art qui dépendait de l'association, une éducatrice et ensuite après il y avait un encadrement de nos infirmiers, on avait proposé aux patients d'investir cette activité. Donc il y avait 4 ou 5 patients qui devaient choisir, donc ça s'est fait en 4 mois, peut-être un petit peu moins même, qui devaient choisir une œuvre de la collection permanente du musée des Augustins (peinture, sculpture etc..) pour être eux médiateurs, c'était ça le but. Donc ça veut dire en termes de choix, qu'ils connaissent un peu la collection, ils avaient accès à la bibliothèque des Augustins, faire des recherches, donc travailler autour de la question de la concentration, de la stabilité de l'attention, de la synthèse... donc il y a plein d'aspects, on va dire, cognitifs qui sont travaillés autour de cette question là. Et ensuite après il y avait l'aspect gestion des émotions parce qu'il fallait anticiper le fait qu'ils allaient faire ça devant un public, donc gestion des émotions, ça aussi c'est un axe de travail très

intéressant pour nous. Et puis ensuite, le moment venu, présenter et faire le tour de revalorisation, d'estime de soi etc.. Et donc ça s'est super bien passé et c'est accessible sur internet, vous faites « Mains libres »... c'était pas limité aux Augustins. En plus, c'est intéressant parce qu'ils expliquent précisément ce genre de programme et puis surtout il y a des enregistrements audio qui sont accessibles sur internet, de différents patients ou patientes présents. Une, Régine, qui présente un des gisants des Augustins etc... Et là cette personne en l'occurrence, Régine, alors on l'a pas on va dire objectiver plus que ça en terme d'efficacité, mais elle est venue vers moi à un moment donné et elle m'a dit « on m'a rendu ma dignité ». Quelqu'un qui me dit ça c'est gagné quoi. Donc ça c'était une expérience super avec les Augustins. Donc c'est *Mains Libres* c'est l'association.

Donc ensuite après... donc c'est un peu les différents axes. Donc vous voyez ce type de projets a une action autour de la stigmatisation car le public venait voir des personnes etc.. sachant que dans le public il y avait beaucoup de personnes qui étaient déjà dans la partie, mais pas que. Mais ceci dit même dans la partie, c'est-à-dire que la stigmatisation ce n'est pas forcément que le grand public, des soignants peuvent porter eux-même des éléments de stigmatisation en disant « non il va pas être capable de faire ça etc... ». De voir que nos patients sont capables de le faire c'est aussi un point important parce que parfois, nous-mêmes on met des limites. Et donc ça a une action là-dessus : stigmatisation, estime de soi. Et puis l'inclusion. Il y a plusieurs patients qui ont bénéficié de ce type de programme qui maintenant vont eux-mêmes, sans nous au musée. C'est super, c'est du soin. Enfin maintenant ça l'est plus, c'est-à-dire que maintenant ils sont dans une dynamique d'empowerment. Donc voilà, et ensuite après des programmes alors là on est plus, enfin c'est peut-être hors-sujet pour vous, amis avec le théâtre de la Cité. Je sais pas si vous voulez que je vous en parle ?

L.L. : Si vous voulez, mais après c'est sur que ce sera un peu hors-sujet pour moi

E.G. : Oui voilà et puis c'est la même dynamique. Et enfin pour finir avec le musée des Augustins, parce qu'ils ont des travaux je pense que vous êtes au courant, donc ils sont fermés et du coup ils ont un projet « musée hors-les-murs » et ils viennent maintenant. Ça fait la 6ème ou la 7ème fois qu'ils viennent ici faire des présentations autour de thématiques différentes ici avec des objets, des reproductions. Alors on a

parlé des gargouilles, parfois ils parlent de l'histoire du musée, enfin des thématiques différentes à chaque fois devant les patients et ça fonctionne très bien. Donc là les patients sont très sensibles au fait que des personnes si compétentes, rendent la culture accessible, puissent détacher du temps pour venir les rencontrer etc.. Et ça suscite des envies et voilà. [...]

L.L. : Et vous, vous faites des évaluations après de ce type de programme ?

E.G. : Et non. Enfin maintenant on commence, et ça va être les mêmes évaluations que celles auxquelles vous avez eu probablement accès autour de la même échelle autour du sentiment de bien-être qui est une échelle validée. Mais pour le moment faire des évaluations autour de ça, avant et après. Voilà ça c'est un premier axe. Et un deuxième axe, c'est une deuxième perspective qu'on aimerait mettre en place, c'est de pouvoir associer des programmes vraiment bien structurés que j'évoquais avec vous autour d'habiletés sociales, autour de la question de repérages des émotions autour de certains biais cognitifs mais ensuite en lien avec un temps muséal. Qu'il puisse y avoir on va dire... parce qu'il existe plein de programmes dont on peut s'inspirer, qui sont validés au niveau scientifique mais on peut les utiliser mais en plus y ajouter cet aspect, on va dire, inclusif puisqu'il y a plein de programmes qui travaillent la question de la perspective d'autrui, ben si en plus on peut rajouter des temps, ces temps d'accueil aux Abattoirs où ça aussi ça va être travailler. Entre guillemets dans la « vraie vie » il y a un côté inclusif et de ce qu'on appelle nous dans la « généralisation ». C'est-à-dire les difficultés de ce type de programme c'est très efficace, mais ensuite c'est important que la personne puisse se saisir de ces nouveaux outils dans la « vraie vie ». C'est souvent ce passage entre le programme, qui sont des groupes fermés dans un lieu de soin etc... c'est d'après comment se saisir de ces nouveaux outils dans la vraie vie. Donc ça peut être, on va dire, un des axes de prise en charge par le biais du musée. Donc ça, on va le mettre en place.

L.L. : Et vous disiez que travailliez après les visites, vous travailliez des choses ici, quel type de travail vous effectuez ?

E.G. : Bah ça va être individualisé en fonction des patients, de leur demande. Là pour le coup ça va être individualisé. Le plus possible on essaie, alors c'est des activités de groupes, mais on essaie d'avoir un regard individualisé de la personne. Et donc, en fonction des questionnements, en fonction des problématiques de telles ou telles personnes, parce qu'une schizophrénie ne ressemble pas à une autre, il y a des manifestations différentes. Il y a des socles communs mais bon, il y a vraiment plein d'expressions différentes donc du coup en fonction des biais cognitifs, si on voit que la personne a été réceptive à quelque chose lors de l'accueil d'Eric Vidal, peut-être qu'on va le reprendre sur d'autres ateliers cet aspect là. Ça c'est au retour. Et ensuite après, une fois plus je me répète, d'où l'intérêt de ce que je disais à l'instant en termes de lien qu'il peut y avoir entre les ateliers vraiment bien structurés et ces temps. Là en l'occurrence, ce serait non plus, parce que là ce que vous vous évoquez, ce qui peut être récupéré à l'issue de, là ce serait en amont quoi. C'est-à-dire que... Ceci dit, après ce qui n'empêche rien de récupérer des choses à l'issue des activités.

L.L. : On travaille en amont et on emmène ensuite au musée.

E.G. : Voilà.

L.L. : Et est-ce que le musée c'est pas une bulle au milieu de la société aussi ? C'est-à-dire c'est dans la société certes mais c'est un peu une bulle en fait. Je sais pas ce que vous en pensez.

E.G. : [...] Peut-être après c'est un des rares espaces où on peut prendre le temps. En l'occurrence c'est souvent des présentations qui sont sur des temps limités. En tout cas, les amener sur un espace qui a un autre rapport au temps. C'est-à-dire qu'on peut rester, on peut venir au musée pour voir une œuvre, peut-être dix si on veut. Peut-être sur cet aspect là, on va dire, effectivement par rapport à l'agitation du monde peut-être que... Mais ça c'est pas spécifique pour les personnes, c'est pour tout le monde. Mais peut-être sur cet aspect là, on va dire effectivement par rapport à l'agitation du monde peut-être que. Après la question s'était posée, peut-être que je réponds un petit peu à côté, mais il y a une question qu'on s'est posé avec Eric Vidal, je dis Eric Vidal parce que c'est avec lui qu'on a commencé les expériences,

et lui autant maintenant il est, peut-être que ça vaudrait le coup de le rencontrer savoir ce qu'il en pense.

L.L. : Oui je vais prendre contact avec lui.

E.G. : Lui au début a pu se poser la question : « est-ce que j'adapte mon parcours à ces personnes? ». Au bout du compte, je lui laisserai vous répondre mais il adapte pas quoi. Mais malgré tout s'est posée la question et en particulier c'est le côté un peu bruyant ou agitation que vous évoquiez, il y a eu des espaces dans des pièces closes, super bruyantes etc... où on s'est dit « oula est-ce que je les préserve de ça » ou des scènes qui paraissent choquantes « est-ce que je les préserve de ça ? » au bout du compte non, et ça passe.

L.L. : Et peut-être pour le patient être accueilli comme n'importe quelle personne c'est important aussi.

E.G. : L'idée c'est effectivement peut-être de le préparer mais pas pour autant de les limiter par rapport à cette possibilité là. Alors peut-être que.. enfin moi c'est le sentiment que c'est un peu le retour que j'ai pu comprendre qu'il a pu me faire. Voyez ça avec lui mais au bout du compte je pense que s'il choisit pas telle ou telle production ou installation ou que sais-je c'est parce que ça correspond pas au parcours qu'il a imaginé. Et c'est pas par rapport, on va dire, à une adaptation à un public particulier. Et même dans sa manière d'être. Enfin moi je sais pas je l'ai jamais côtoyé, je l'ai pas vu faire dans d'autres groupes, lui ce qu'il en dit c'est « non non je suis pareil ». [...]

L.L. : Du coup, j'ai une dernière question, on y a un peu répondu mais, est-ce qu'on a besoin d'un espace spécifique dans le musée, comme a fait le musée des Beaux-Arts de Montréal avec son atelier d'art thérapie où ils ont créé un espace dédié à l'art thérapie et l'éducation, avec une collection spécifique ou pas, où est-ce qu'il vaut mieux avoir le musée tel qu'il est déjà ?

E.G. : En tout cas, besoin, c'est-à-dire que c'est pas un besoin absolu. Très clairement on regarde les expériences qu'on a. J'exagère en disant ça mais une des

pentés, ou un des écueils de ce type de dispositifs c'est une forme, recréer une forme de ghettoïsation quoi. C'est-à-dire, qu'au sein de cette volonté d'inclusion recréer une forme de « cet espace là pour vous » c'est un risque. Après c'est caricatural probablement, mais moi j'ai tendance à penser, quand c'est possible, alors peut-être avec une pensée qui précède cet accompagnement, mais un accompagnement a-spécifique. La pensée qui précède cet accompagnement fait que c'est malgré tout spécifique mais c'est comme, au regard de votre spécialité vous allez me regarder avec des yeux comme ça. Mais c'est comme qu'est-ce qui fait la différence entre un peintre en bâtiment qui va faire sur un mur un bleu et Klein qui lui va faire un bleu ? Enfin c'est pas tellement le bleu mais c'est la pensée qui précède. Voilà c'est vraiment l'élaboration d'un projet de soin, en l'occurrence pour nous qui précède, qui fait que le résultat est différent, mais le pinceau et le pot de peinture non.

L.L. : C'est la pensée qu'on y met et l'intention.

E.G. : Ouais voilà c'est ça. Donc ça répond d'une certaine manière au tout début. En fonction du préétabli, de ce qui précède, il y a beaucoup de choses qui peuvent être du soin. Après voilà il faut le penser, réadapter si on voit qu'on a fait fausse route etc... Ensuite voilà donc moi je suis très sensible effectivement, après ici ça reste un lieu de soin mais ma volonté, donc ça aussi ça peut être une forme de ghettoïsation si on garde trop longtemps les patients, et d'ailleurs c'est notre volonté, c'est-à-dire qu'au-delà du lien qu'on peut avoir avec les musées, là par exemple on a un atelier écriture, mais à terme c'est d'accompagner les gens pour qu'ils aillent dans une association faire un atelier d'écriture s'ils aiment ça, au-delà du cadre sanitaire. Parce que le cadre sanitaire peut être une sorte de mur qui peut empiéter sur l'autonomie de la personne. Donc du coup nous on essaie de faire sortir les gens, ce qui nous empêche pas de faire venir le musée aussi, avec cette volonté que ça puisse être un appât supplémentaire pour les faire sortir, pour les attirer. Mais voilà c'est-à-dire que vraiment l'idée c'est travailler cela et donc du coup qu'il y ait qu'un espace prévu pour ça, en l'occurrence pour Montréal c'est pas le cas ils proposent plein d'autres choses, si c'était limité qu'à ça ça pourrait être questionné. C'est un message un peu bémol, s'il s'agit de mettre un bémol. Parce qu'après moi je trouve

que l'expérience de ce qui se fait au Musée des Beaux-Arts de Montréal c'est génial.

[...]

Annexe 6 : Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020

Abréviations :

Leslie Labbé = L.L.

Valérie Lefebvre Des Noettes = V.L.N

Natividad Alarcon = N.A.

Entretien :

L.L. : Qu'est-ce que c'est que votre définition de la thérapie ? Parce que beaucoup d'ouvrages mélangent thérapie et bien-être.

V.L.N. : La différence est très importante, une thérapie doit être validée par un universitaire, se différencier d'une animation. C'est très différent d'une animation. Donc ce qui est thérapie peut être psychothérapie avec des psychologues, des psychiatres ou des psychanalystes qui adhèrent à une école, mais il faut faire montre de ses diplômes et appliquer les thérapies qui sont validées universitairement. Sinon c'est pas une thérapie. Donc lorsqu'on parle de thérapie on parle de technique qui ont été éprouvées, qui ont été reproduites avec des critères spécifiques de sensibilité et de fiabilité. C'est-à-dire que c'est sur une population donnée, avec un exercice donné dans tel type d'item, d'où la polémique par exemple pour les thérapies comportementales et cognitives. Dans les phobies elles ont été validées, supérieures à la psychanalyse, dans les types de l'INSERM. Donc effectivement, vous devez vous tromper parce que c'est pas clair. Ce qui est clair c'est que pour qu'il y ait une thérapie il faut qu'il y ait des thérapeutes. Que les thérapeutes soient bien authentifiés. Psychologues titulaires d'un Master 2, psychiatre, qui sont des médecins, qui peuvent prescrire, ce que ne sont pas les psychologues, ils peuvent aussi être docteurs en psychologie ou docteurs en philosophie, comme moi. Et les psychanalystes, qui eux adhèrent à une école mais ne font pas obligatoirement une formation de psychologue. Donc attention.

N.A.: Il y a aussi le titre de psychothérapeute qui a été protégé.

V.L.N : Qui a été voulu par Accoyer, l'amendement Accoyer, qui est donc un député qui a dit ça suffit les psy, les gens comprennent pas. Alors, il faut que vous sachiez que les thérapies qu'on propose dans un hôpital sont prises en charge par la sécurité sociale parce que le psychologue est, à ce moment-là, assimilé à la fonction publique, donc il est salarié. Et en ville ces thérapeutiques là, qui existent aussi, ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale lorsque c'est une psychologue qui les fait parce qu'il n'y a pas de lettre clef de la sécurité sociale. Et les psychiatres sont débordés, donc ils font peu de thérapies comme la muséothérapie en ville. Dans les institutions oui mais en ville non.

N.A. : Mais avec mes collègues on a fait un poster « être ou ne pas être un atelier thérapeutique » et on a listé la différence entre l'animation, quelque chose de ludique et crescendo jusqu'à quelque chose de thérapeutique.

V.L.N. : Il faut qu'on puisse dire, sur cette technique, par exemple visiter des musées en ce qui vous concerne : Quelle population on va prendre ? Comment ils sont au départ ? Donc on va regarder s'ils sont déprimés, s'ils ont une maladie d'Alzheimer à quel stade, évoluée ou pas, on va regarder le fardeau de l'aidant, il y a des échelles, il y a des [incompréhensible] pour mesurer tout ça. C'est-à-dire, la personne qui va les accompagner, qui peut être un soignant ou un proche, et on va regarder les troubles du comportement par exemple. Quatre items, pas plus, pas moins. Avant, la visite du musée, et après, on ré-évalue après. Ça c'est une thérapie.

L.L. : Et du coup vous, dans vos programmes, vous avez fait des évaluations comme ça ?

V.L.N : Oui, alors le dernier est en cours d'évaluation avec une psychologue qui s'est occupée de recenser les échelles et tout.

L.L. : D'accord, et par exemple qu'est-ce que vous vous visiez quand vous avez amené les patients Alzheimer au musée ?

V.L.N : Alors une amélioration de la dépression, et une amélioration des troubles du comportement, y compris des savoirs être en société, ça c'est très important. Savoir

se contenir, se comporter. Parfois, de réveiller chez les malades Alzheimer, et bien, l'esprit qui était caché. Lorsqu'on les laisse dans des services avachis, sans rien leur proposer bien évidemment on s'imagine qu'ils n'ont pas d'esprit. Or ils ont de l'esprit, ils ont des mots d'esprit extraordinaire. Lorsqu'ils sont en face d'une œuvre d'art, ils sont tout à fait en capacité de dire des choses pertinentes, ce qu'on ne voit pas dans un service. Donc ça fait partie intégrante du panel de thérapies non-médicamenteuses que nous proposons aux malades d'Alzheimer. Même à des stades très évolués.

L.L. : Et le musée qu'est-ce qu'il a de plus qu'un autre lieu, par exemple le parc.

V.L.N. : C'est un lieu qui est un lieu dédié à l'art.

N.A. : Ça apporte, ça apporte pour tout le monde en fait.

V.L.N. : Voilà, pour la société, le regard sociétal, pour le malade et pour les accompagnants.

N.A. : Ceci dit, vous avez raison, il y a beaucoup d'études qui sont menées sur les bienfaits de la nature, sur la maladie d'Alzheimer, donc vous avez raison. Après c'est différent.

V.L.N. : C'est un lieu qui est dédié à l'art et les malades d'Alzheimer ont leur mémoire ancienne conservée, ils savent très bien ce que c'est qu'un musée et ils vont pas faire n'importe quoi dans un musée, ils ne vont pas se rouler par terre.

L.L. : Parce qu'il y a des codes.

N.A. : Ah bah oui et puis c'est pas du tout les mêmes stimulation cognitive aussi.

V.L.N. : L'ambiance n'est pas la même.

N.A. : L'ambiance n'est pas la même puis, le fait de regarder un tableau ça implique aussi de regarder au premier niveau mais aussi au deuxième niveau, d'avoir aussi

une interprétation du tableau, ça demande aussi des traitements cognitifs qui ne sont pas les mêmes que dans la nature. Dans la nature c'est beaucoup plus sensoriel, on va respirer, on va sentir, c'est vraiment très différent, donc ce sont pas les mêmes stimulations cognitives.

V.L.N. : Sauf que ça a changé depuis l'association Artz au musée, avec le musée du Louvre, [...] parce que maintenant les musées ont une artothèque tactile. Donc ils peuvent nous prêter leur artothèque tactile, ce qu'on a fait avec le musée Rodin, ce que Artz fait avec le musée du Louvre et à l'intérieur des hôpitaux. Il y a la présence de ces statues, qui peuvent être une réduction. Nous on a eu le penseur, ou une réduction en 1/35ème ou beaucoup plus petite, dont le matériau est extraordinaire parce que c'est de la résine, mais pour le bronze ils mettent un espèce de traitement qui fait que c'est froid comme le bronze, et pour le marbre un traitement qui fait que la résine est aussi froide, et pour le bois, elle est chaude. Donc il y a le toucher, il y a la possibilité de s'approprier les oeuvres avec les doigts, à la fois ce que vous avez vu pour les enfants mais aussi pour les malades d'Alzheimer et à Charles Foy, qui est un grand hôpital mais aussi gériatrie, ils ont eu cette artothèque et ils sont sortis, à Bretonneau aussi. Mon ami Olivier Donnat à Bretonneau, qui est médecin chef. Là, l'art fait partie intégrante de la thérapeutique de ces malades. Il y a des tableaux, des expositions, des sculptures.

L.L. : Et, c'est vraiment important, que ce soit le vrai artefact et que ce soit pas par exemple un poster, qu'est-ce que ça apporte de plus ?

V.L.N. : Ah non il faut pouvoir toucher, s'approprier les œuvres, alors que dans les musées on a pas le droit de toucher en principe. Sauf les œuvres, quand vous voyez Eros et Psyche de Canova, l'artiste a mis deux poignées pour qu'on puisse tourner l'œuvre et pouvoir la caresser. Mais il y a tellement de monde qui aimerait caresser les œuvres que c'est pas possible parce qu'elles seraient usées, elle s'use, ça les abîme, donc parfois c'est préférable d'avoir une artothèque.

N.A. : Vous avez vu il y a l'association Mona Lisa aussi qui fait beaucoup pour rompre l'isolement des personnes. [...] [Elles] prennent les personnes qui sont malades et qui les amènent au musée. Donc ils ont une grande expérience de ça.

V.L.N. : C'est un groupe de travail qui a été mis en œuvre avec l'ancienne ministre des personnes âgées. Michelle Delaunay, qui était elle-même médecin. En 2013 elle a fait tout un programme d'action, à la fois de prévention du risque suicidaire et de la dépression et à la fois de rompre l'isolement des personnes âgées et ce programme s'appelait Mona Lisa. C'est libérer les personnes âgées de leur isolement. Et donc l'association s'est créée dans ce contexte là.

L.L. : Est-ce que, selon vous, un patient qui irait visiter le musée de lui-même, tout seul, sans être guidé, est-ce qu'il bénéficierait quand même d'un apport thérapeutique ou non ?

V.L.N. : Non, parce que j'ai bien expliqué que pour être thérapeutique il faut qu'il soit accompagné, il faut qu'il y ait un médiateur. Il faut qu'il y ait soit un médiateur qu'on forme, soit le personnel qui le connaît bien parce que cela risque d'être angoissant, soit son proche qui a été lui-même, pour lequel on a expliqué l'intérêt de la médiation.

N.A : Je vais vous donner un exemple pour que vous visualisiez c'est quoi. Par exemple, il y a des déjeuners qu'on dit thérapeutiques. Déjeuner thérapeutique, vous et moi on déjeune, il n'y a rien de thérapeutique dans le déjeuner en fait, on mange. Qu'est-ce qui fait qu'un déjeuner devient thérapeutique ? C'est quand justement on a des objectifs avant, on va choisir des personnes en disant par exemple cette personne elle tient pas en place, elle se lève tout le temps, donc avec elle on va travailler l'axe : rester assise. Avec une autre personne elle a des troubles de la reconnaissance, elle sait plus reconnaître sa fourchette, donc on va travailler avec elle comment on peut l'aider à reconnaître sa fourchette. Donc en fait on va identifier des patients avec un problème et nous, par ce moyen là, on va essayer d'apporter, d'aider à diminuer un peu le problème. Donc là on va faire un déjeuner avec un professionnel qui va avoir ces axes en tête : faire en sorte que telle dame ne se lève pas tout le temps, faire en sorte que tel monsieur puisse reconnaître sa fourchette, et après on va voir si ça fonctionne ou pas. Est-ce que le fait d'avoir ce temps de déjeuner, où tout le monde déjeune, déjeuner n'est pas thérapeutique en fait. Mais là, cela devient thérapeutique parce qu'il y a cette action avec des objectifs et une évaluation, c'est très important cette notion d'évaluation aussi, de voir si ça a porté

ses fruits ou pas. Si on voit qu'une dame, on fait en général des cycles de 6 séances par exemple, on voit qu'au bout des 6 séances la dame reste assise, maintenant elle sait rester assise sans se lever, on va dire ça a porté ses fruits, c'était thérapeutique. Donc déjeuner c'est déjeuner, un déjeuner thérapeutique cela veut dire qu'il y a des objectifs singuliers, individualisés, qu'on identifie avant, qu'on met en place des outils. Alors, dans ce cas là le musée devient aussi un moyen, aller au musée c'est un moyen. C'est comme un déjeuner thérapeutique ou comme, moi ça m'arrive de faire des marches thérapeutique. Je fais le tour du bâtiment, on sort et on va marcher. Alors après effectivement, ce qui peut être un peu difficile c'est les bienfaits thérapeutiques, c'est là que ça crée un peu de confusion. Effectivement moi aussi quand je vais au cinéma mais que j'adore ça ça me fait du bien, mais ce n'est pas thérapeutique.

[...]

L.L. : Et selon vous si on avait pas fait l'atelier et qu'on avait fait juste la visite au musée est-ce que ça aurait pu être thérapeutique quand même ?

V.L.N. : Non... enfin ça aurait pu réveiller mais on perd beaucoup.

L.L. : D'accord, donc juste la visite au musée à elle seule peut pas ?

V.L.N. : Si ça peut aider à sortir le malade de son contexte, de son isolement, si ça peut aider. Mais c'est mieux quand il y a.. bien sûr.

L.L. : C'est mieux quand c'est accompagné d'art thérapie finalement.

V.L.N. : Bah oui bien sûr, ça a un sens quoi, et c'est sur un rythme long, de 4 mois.

[...]

V.L.N. : Les familles redécouvraient leurs malades, « ah ils sont capables de faire ça » etc...

[...]

V.L.N. : Devant la statue de La Joconde, quand j'ai accompagné avec l'association Artz des malades d'Alzheimers, les conversations. Il y avait deux vieilles Alzheimer complètement démentes et qui disaient : « Non mais tu l'as vu ? non mais pour qui elle se prend ? elle se fout de notre gueule ? » et c'était extraordinaire parce que chacun voit différemment « et en plus elle nous suit, t'as vu elle nous suit » c'était [rire]. Et elles se connaissaient pas hein, du tout, ni l'une ni l'autre mais tout de suite ça colle

L.L. : Ça travaille le lien social.

V.L.N. : Bah oui c'est votre rôle de musée, c'est votre rôle de musée d'être pas du tout un lieu fermé. D'ailleurs, la gratuité des musées devrait être pour tout le monde et c'est vraiment inadmissible de payer 16 €. Il y a qu'un seul jour dans le mois qui est gratuit !

[...]

V.L.N. : Puis il y a des happenings, ils ont peur pour les œuvres d'arts c'est pour ça qu'il faut une médiation pour leurs œuvres d'arts, ce qui est compréhensible. Il y a une femme qui est allée au musée d'Orsay photographier son vagin devant... elle fait des happenings en permanence, donc ce n'est ni esthétique ni très heureux. Mais nos malades non, ils sont pas comme ça du tout. Et je vous assure qu'ils se tiennent.

L.L. : Les codes du musée font que..

V.L.N. : Oui. Et puis ils connaissent les gens qui les accompagnent, ça c'est très important, qu'il y ait un référent.

L.L. : Qu'il y ait un référent.

V.L.N. : Oui et que les médiateurs du musée soient formés. Ça c'est hyper important. Parce qu'ils savent pas ce qu'est la maladie d'Alzheimer. Ils savent pas qu'ils sont en capacité de créer, ils en ont peur, ça fait peur cette maladie. Donc c'est important de les former.

N.A. : Et même à petite échelle déjà ici à l'hôpital on le voit. Quand j'invite les patients à venir boire le thé dans mon bureau. Par exemple, au début j'ai une dame elle vient, elle tient pas, elle touche à tout, donc on redescend. Le lendemain, parce que j'insiste, le lendemain elle vient, elle reste assise trois-quart d'heure et après on sort on va à la cafétéria. Mais ça veut dire qu'on va là où il y a du public, des familles, enfin pas que entre nous, des gens de l'extérieur et elle se tient. [...] C'est difficile de les sortir de la société comme ça, de les parquer, de les cacher. Mais au contraire le fait de les remettre de la société vraiment ça réveille en eux cette obligation sociale.

[...]

V.L.N. : Et un trisomique c'est pas du tout pareil qu'un artiste ou qu'un malade psychiatrique, un psychotique ou qu'un malade d'Alzheimer voyez. Il faut une formation ciblée à chaque fois.

L.L. : Et donc, chaque médiateur de musée doit avoir une formation ciblée pour la pathologie.

V.L.N. : Oui exactement.

L.L. : J'ai rencontré des médiateurs de musée qui accueillent des patients, qui m'ont dit qu'ils trouvaient bien de ne pas savoir exactement, pas quelle pathologie ont les malades bien sûr que non, mais ce que chaque patient a, parce que ça permet d'avoir un regard neuf dessus.

V.L.N. : Oui c'est tout à fait vrai

N.A. : Oui c'est très intéressant. Vous aussi Docteur je pense que vous regardez pas les dossiers d'abord, vous rencontrez le patient.

V.L.N. : Oui jamais, jamais, et après je suis très étonnée de ce que je trouve dans le dossier.

N.A. : Moi aussi, c'est la même façon de travailler, d'abord la rencontre humaine avec tout le possible de la rencontre, puis après on ira voir.

[...]

V.L.N. : Moi, il y a un mot que je promeut c'est la « présomption de compétence », c'est-à-dire que les personnes âgées, psychiatriques, autistes, ont une compétence parce que ce sont des êtres humains. Ils ont une compétence à s'émouvoir, à ressentir l'émotion, alors peut-être trop parfois et il faut savoir la contenir. Mais, il faut pas, *a priori*, dire qu'ils sont incompétents parce qu'ils ont un jugement qui est altéré. Sûrement pas.

L.L. : Donc c'est mieux de pas avoir un regard précis ?

V.L.N. : Non, mais être formé. Et être formé. Si on sent qu'une personne qui va persévérer, ou qui va avoir un cri de colère, il vaut mieux que l'accompagnant soit là, parce qu'il le connaît. Un autiste qui va taper, taper, taper, il vaut mieux pas qu'il tape l'œuvre d'art, on va détourner l'attention, on va faire etc... sans que ça angoisse le médiateur du musée.

N.A. : En fait ce que vous dites c'est qu'il y a le professionnel qui connaît et qui vient un peu en filet de sécurité, et puis il y a la nouveauté, ce médiateur qui vient apporter du nouveau et du possible, et c'est les deux ensemble en fait. Mais ça me fait penser à une maison de retraite où je travaillais j'avais une dame qui avait un syndrome de Korsakoff.

V.L.N. : C'est un oubli à mesure, c'est quelqu'un qui est alcoolique, qui ne fait plus de nouveaux souvenirs, mais qui se souvient très bien de sa mémoire ancienne

N.A. : C'était vraiment très compliqué et bon elle refusait tout dans la maison, mais tout, chaque fois qu'on lui proposait quelque chose elle disait « non, non, non ». Et moi mes stagiaires pareil je stigmatise pas, je ne dis pas. Et bien la petite stagiaire est partie lui demander « est-ce que vous voulez venir à l'atelier voyage » et elle a dit oui. Et personne pensait, enfin c'est la première fois qu'on la voyait,... et elle a fait toutes les 6 séances.

V.L.N. : Ben elle a dit oui à la petite stagiaire parce que c'est je dis non à toi, et à toi.

N.A. : C'était quelqu'un de l'extérieur. Si j'avais dit à la petite stagiaire c'est pas la peine de lui demander elle dit non à tout on serait passés à côté de cette rencontre. Et toujours comme vous dites le professionnel qui est en filet de sécurité, qui est là.

L.L. : Donc c'est l'alliage des deux.

V.L.N. : Oui.

Annexe 7 : Entretien avec la psychomotricienne, travaillant dans un accueil de jour et accompagnant la visite de l'exposition *Hans Hartung* au Musée d'Art Moderne de Paris, dans le cadre d'une visite organisée par Culture Hôpital, le 23 janvier 2020.

Abréviation :

Leslie Labbé = L.L

Psychomotricienne = P.

Entretien :

L.L. : Vous c'est quoi votre rôle dans l'institution ?

P. : Alors moi je suis psychomotricienne, dans un accueil de jour pour des personnes qui ont des troubles cognitifs, Alzheimer ou autre. Et il y a aussi un EHPAD à côté donc dans la sortie il y a les deux en fait, il y a les personnes de l'accueil de jour et les personnes de l'EHPAD. On fait des sorties tous les mois, deux fois par mois et à chaque fois il y a un accompagnant de notre équipe, c'est pas forcément moi ça peut être la psychologue ou les soignants, et une personne de l'EHPAD aussi.

L.L. : Les personnes que vous accompagnez aujourd'hui comment elles sélectionnées ? Est-ce que vous les connaissez bien, vous les voyez tous les jours ?

P. : Alors, c'est toujours des personnes qu'on connaît bien parce que quand elles arrivent au début il leur faut déjà le temps de s'adapter, on leur propose pas de suite des sorties. D'autant plus sur des sorties d'arts contemporains, on invite pas n'importe qui parce qu'en fait il y a beaucoup de gens qui aiment beaucoup les classiques et peuvent être perturbés, et même mal réagir, donc on sélectionne peut-être plus pour ça. Mais sinon, on essaie de moins sélectionner possible. Après c'est plus des personnes qui sont trop fatigables ou que ça perturbe juste de sortir, qui ont peut-être déjà du mal à venir à l'accueil de jour et donc en plus une sortie ce serait trop compliqué, sinon on essaie de tourner le plus possible.

L.L. : Et vous avez assisté à plusieurs des visites ou c'est la première ?

P. : Non ça fait un moment qu'on en fait.

L.L. : Est-ce que vous avez constaté un effet sur les patients quelconque ?

P. : A long terme, si on en fait plusieurs, j'y ai pas forcément ni réfléchi ni vu. Mais par contre oui bien sûr ne serait-ce qu'aujourd'hui chez certains un enthousiasme, même s'ils n'ont pas forcément les mots pour le dire mais nous on les connaît et ça se voit.

L.L. : Et en termes thérapeutique est-ce que vous pensez que ça leur apporte quelque chose ?

P. : Dès l'instant que l'on pense que le bien-être est thérapeutique, le lien il est vite fait. Et puis, c'est un tout parce qu'on fait la sortie déjà on prend la voiture, on passe dans Paris, des quartiers qu'ils connaissent, des musées où ils ont été ou pas été depuis longtemps. Donc tout ça ça fait partie de leur vie et de leurs souvenirs, et donc de pouvoir refaire ça c'est déjà positif. Et après, il y a le côté artistique évidemment, et en plus on bénéficie de guides qui sont formés et là, par exemple, je regardais c'était vraiment, vraiment, je trouvais ça très très bien parce qu'elle avait une manière de parler passionnante et les gens l'écoutaient vraiment attentivement. Et ça, c'est très important parce qu'un guide qui n'est pas formé, qui va pas parler près des gens, ils peuvent vite décrocher en fait, ou si c'est un peu trop compliqué. Là c'était très adapté. Et puis en fait l'exposition était contemporaine mais il y avait beaucoup de couleurs, c'est très frappant aussi, c'est difficile de détester quoi. C'est pas très perturbant, il y a des choses contemporaines des fois on se dit « qu'est-ce qu'il a voulu faire ? » mais là c'est vraiment gai, enfin il y a quelque chose puis il y a l'histoire derrière. L'ensemble était vraiment je pense adapté.

L.L. : Est-ce que quand vous rentrez vous constatez des effets ?

P. : Alors le fait est que nous c'est un accueil de jour, donc quand on rentre ils repartent chez eux directement. Mais moi j'essaie d'en parler dans la voiture et oui, souvent ils sont contents. C'est rare que ça leur plaise pas franchement. Et puis, je

pense que le côté qu'on leur raconte la vie de l'artiste tout ça c'est pas juste regarder, c'est apprendre quelque chose aussi, ça aussi je pense que c'est important.

L.L. : Et en tant que psychomotricienne est-ce qu'il y a des choses que ça apporte la visite au musée ?

P. : Je trouve qu'il y a toujours la question de l'espace. Là on a fait beaucoup de marche, c'était pas forcément adapté par contre là. Mais, mine de rien, je trouve quand même que les gens ont une aisance pour se déplacer, aller vers les œuvres spontanément, ça c'est important et ça je pense que ça peut être de la psychomotricité. Après ce n'est pas une activité psychomotrice en soi, mais c'est aussi réintégrer la société. J'ai envie de dire c'est peut-être surtout ça quoi. Ce sont des gens qui peuvent plus trop bénéficier de sorties, qui sont en EHPAD ou même chez eux, parce que ça devient compliqué. Et là on met tout en œuvre pour que ça se passe et je pense que c'est central ça.

L.L. : Et vous professionnellement ou personnellement est-ce que ça vous apporte quelque chose ?

P. : Ah oui. Déjà nous on a toujours un œil critique pour voir si c'est adapté ou pas donc on fait des retours à l'association pour améliorer. Après, ça peut aussi nous donner des idées, parce que moi je suis assez branchée art, danse, dessins, un peu tout. Donc j'aime bien proposer, mettre en pratique avec les patients qu'on a. Et je fais un atelier, notamment d'arts plastiques, où ça nous donne des pistes aussi, des sources d'inspirations. Et puis sur ce lien, sur comment faire le lien entre l'art, la culture et le handicap et comment adapter, sans que ce soit infantilisant non plus, ça c'est intéressant. Et après, à titre personnel, moi je connaissais pas du tout ça m'a passionnée. Je suis pas spécialement attirée, je vais même pas dire que j'ai aimé forcément les peintures, mais les explications moi j'ai adoré toute l'histoire enfin c'était passionnant. Donc oui à titre personnel j'en tire quelque chose. C'est pour ça aussi qu'on tourne.

L.L. : Et vous faites des sortes de bilans au sein des institutions médicales ?

P. : Alors en fait nous on note au fur et à mesure à chaque sortie, et Culture & Hôpital nous demande un bilan à la fin. On le fait pour eux surtout dans l'idée d'améliorer l'adaptabilité, que ce soit les guides ou les escaliers souvent. C'est surtout ça. Après on a fait au début, pas avec Culture & Hôpital mais avec d'autres associations, on a fait des expos, vraiment, on se demandait vraiment ce qu'ils voulaient faire... Mais voilà mais avec Culture & Hôpital c'est quand même relativement bien adapté, ils sont bien, ils savent de quoi ils parlent. Ça fait au moins la troisième ou quatrième année qu'on travaille avec eux.

Annexe 8 : Entretien avec la médiatrice faisant la visite, et une personne de l'association Culture & Hôpital accompagnant, de l'exposition *Hans Hartung* au musée d'Art Moderne de Paris, le 23 janvier 2020.

Abréviations :

Leslie Labbé = L.L.

Médiatrice = M.

Accompagnante Culture & Hôpital = A.

Entretien :

L.L. : Ça fait longtemps que vous faites des visites avec des personnes « malades » ?

M. : Alors moi ça fait 18 ans que je suis au musée et j'ai plutôt habituellement des visites « handicap psychiques », Alzheimer j'en ai pas eu beaucoup. Après c'est parce que comme ils essaient de garder le même intervenant pour qu'il y ait du lien et que justement les handicapés ou les malades soient à l'aise. Il s'avère que là il y a eu un changement de planning et du coup, habituellement c'est plutôt mon collègue qui les a le vendredi, et le jeudi il est pas là, donc voilà. Handicap psychique j'en ai beaucoup, très souvent et j'aime beaucoup.

L.L. : Qu'est-ce que vous faites par exemple pour adapter les visites à ces personnes-là ?

M. : La première chose c'est, quand on les accueille, de savoir ce qu'ils veulent, donc moi là par exemple le groupe j'ai appelé ma collègue, Marie-Joseph Béranger qui s'occupe du public handicapé, pour savoir. Je savais que c'était un groupe pré-formé. Il faut que je sache un peu qui sont mes interlocuteurs parce que quand je demande pas c'est un peu compliqué. Donc souvent handicap psychique c'est vraiment très défini, c'est les CATTP donc il y a un infirmier, un psychomotricien etc... et souvent ils m'expliquent un petit peu leurs positions, et Alzheimer c'est plus flou parce que les accompagnateurs ça va être plus mélangés, ça va être souvent

une infirmière, souvent il y a quand même des arts thérapeutes ou effectivement des psychomotriciens. Mais moi dans le groupe par exemple je sais pas lequel c'est, et c'est ça qui est plus compliqué. Handicap psychique du coup je vois tout de ça parce que bon, il y a des gens trisomiques ou des gens qui se tapent sur la tête voilà. mais les Alzheimers ça fait plusieurs fois que je suis un peu déstabilisée parce que je ne sais pas qui est l'aidant ou le malade. Alors c'est pas très grave mais c'est pas mal pour moi de savoir. Mais bon ça gêne pas là...

L.L. : Est-ce que vous, vous constatez un effet sur les personnes que vous accompagnez ?

M. : Alors moi j'ai pas d'effets directs parce qu'ils partent tout de suite vous voyez. Par contre quand ils reviennent. Par exemple, j'ai un groupe CATP, CTCAP ou CATTP du 17ème, je sais pas ça fait au moins 10/15 ans qu'ils viennent tous les ans pour leurs sorties et tout. Et là je vais avoir des retours ils vont me dire « après il était plus détendu », « après ça l'a ouvert à je sais pas quoi » mais c'est vrai que j'ai pas tellement de retour direct. Il y a seulement une association qui fait ça qui est pas mal c'est AUrore, c'est pas des handicapés psychique mais c'est des sdf ou des gens un peu marginal, ce qu'ils font c'est à la fin de la visite ils se réunissent, ils prennent un café et ils discutent de la visite. Et en fait ça, une fois j'ai un peu assisté, mais du coup pour moi c'était bien aussi parce que je sais un petit peu ce qu'ils aiment, ce qu'ils aiment pas et après quand ils reviennent et bien je peux adapter un petit peu. Donc maintenant souvent quand je les revois, tous les groupes, je leur demande ce qu'ils ont aimé dans ce qu'on avait fait. Après les Alzheimer ils se souviennent pas et, du coup, il faut vraiment avoir un lien avec ceux qui s'occupent d'eux. Donc souvent c'est ça il y a un lien qui se tisse entre la psychomot ou l'infirmière et c'est vrai que là quand ça se tisse ça permet d'avoir des retours. Ah si, il y a une fois où on a eu, c'était il y a un an/un an et demi, il y avait une réunion, je crois que c'était Culture & Hôpital, qui avait fait une réunion avec les responsables de groupes. J'étais là et effectivement ça pour moi c'était super, c'était super. En fait, j'avais tous les responsables, alors il y en a avait dont je me souvenais, d'autres pas, parce que je vois tellement de monde et tout, mais là du coup ils nous avaient dit ce qu'il leur avait plu, ce qui était plus compliqué. Il y a jamais de problèmes graves mais justement là de beaucoup marcher, des choses comme ça. Et nous on avait fait

un retour aussi. Moi j'avais eu un groupe très difficile, mais c'était l'accompagnant qui était bizarre, qui était pas infirmier d'ailleurs, il était au rectorat. Là pour le coup je l'avais dit quand même, il était vexé et tout mais bon. Moi c'était pas possible. Il avait en fait, au début de la visite, il m'avait pas fait confiance, et ça ça m'arrive jamais hein, en 18 ans ça m'était jamais arrivé. Donc il m'avait tout de suite dit « Non, non, mais les œuvres, oh vous en faites une et après on y va à l'atelier » et en fait c'est pas mon but. Justement aller à l'atelier c'est de l'art thérapie donc dans ces cas là ils peuvent le faire quelque part ailleurs, et du coup ça touchait à l'essence de mon travail. Là le but c'est vraiment changer les idées. De toute façon on a des retours... Là ils ont pas le temps c'est vrai qu'on a que deux heures c'est un peu juste. Je sais que la dernière fois j'en avais parlé, j'avais que deux heures, c'est pour ça que je suis allée plus vite dans les salles cette fois ci. J'avais dit il faut trois heures, en fait il faut trois heures parce que le temps, vous voyez c'est plus lent tout ça. Et puis même eux le temps qui s'asseyaient tranquilles.

L.L. : Est-ce que si je vous dit « muséothérapie » enfin je parle de la visite en tant que quelque chose de thérapeutique, pas des ateliers d'art thérapie, ça vous évoque quelque chose ?

M. : Alors moi je connais pas, ça doit être nouveau. Après, ça correspond à des actions voilà de tout le monde donc après. Après proprement thérapeutique, moi ça m'est arrivé une fois. Un enfant qui parlait pas, qui était autiste, il avait 5 ou 6 ans, il a parlé devant un tableau. Il avait jamais parlé de sa vie. Donc voilà, moi c'était le truc qui m'est resté. Il a dit bleu devant Yves Klein, et pour moi je me suis dit « Voilà ça y est j'ai servi à quelque chose et tout ça ». Souvent en fait, les soignants nous disent pas les maladies pour pas qu'on ait d'a priori et qu'on colle pas des étiquettes. Par contre, globalement on doit quand même savoir un petit peu les pathologies parce qu'on a eu des formations quand même, justement c'est important, parce que justement au niveau motricité et tout c'est pas les mêmes choses. Par exemple, les trisomiques et tout ils ont du mal à avoir de la motricité des mains. Là vous voyez ça j'avais déjà eu, les personnes âgées Alzheimer qui aiment pas se salir. Alors je voulais pas que ça fasse trop bébé. Je voulais faire du pastel sec en fait, moi je trouve ça hyper beau, je trouve ça très lumineux, mais j'ai changé parce que je me suis dit « ils vont trouver ça trop bébé ». Je me suis dit aquarelle ce sera plus leur

truc. Voilà, il y a ça aussi avec les Alzheimer, le matériel va changer en fonction. Après dans les groupes ce qui est sympa c'est quand il y en a qui aiment peindre, eux ils font leur truc dans leur coin, et là pour le coup les autres suivent un peu. Mais en thérapie ouais c'est les médecins qui voient, moi je vois pas.

L.L. : Mais vous pensez qu'une visite au musée pourrait éventuellement être thérapeutique ou vous y croyez pas ?

M. : Moi je suis pas sûre que ce soit soignant.

A. : Ce qu'on entend par art thérapie c'est prendre soin de la personne par le biais de la pratique artistique. Donc ça amène effectivement, c'est pas du développement personnel ou autre, mais ça amène à un bien être et selon les yeux pour eux ça fait ressurgir la mémoire ancienne. Donc ils participent, communiquent avec le conférencier, donc ça dans le temps présent. Parce que la dame qui était à côté de moi je lui dit « vous avez aimé telle œuvre et telle œuvre », elle se souvenait pas. C'est inscrit quelque part, donc si c'était possible d'avoir une sorte de petit livret spécial pour les personnes Alzheimer pour leur rappeler les tableaux qu'elles ont vu, ce serait bien.

M. : Mais dans ces visites là en fait je me donne beaucoup plus. Par exemple je suis arrivée je leur ai serré la main des trucs comme ça. Il y a une espèce de contact où je m'investis beaucoup plus qu'habituellement. Donc la thérapie en fait elle est plus dans le lien que je mets avec eux et d'habitude aussi des fois je m'assois, je peins avec eux. Mais là je le sentais pas, je voyais les dames c'était pas le genre, ça dépend du genre justement. C'est plus le lien social je pense qui les... après ce qui est compliqué pour moi c'est que je peux pas être personnelle non plus. Donc je suis un peu... c'est des groupes qui sont pas évidents pour moi. Mais la thérapie je pense qu'elle est plus là moi, dans les rencontres. Après il peut y avoir un tableau, moi je vois, même pour nous, un tableau, les grands là tableaux qui sont assez enveloppant et tout, ça leur permet de s'échapper un moment et je pense qu'effectivement ça reste et voilà. Oui, bien-être je pense que ça leur permet de se raccrocher à autre chose. Parce qu'en fait c'est même pas que Alzheimer, c'est des gens qui sont en EHPAD toute l'année parce que les décors d'hôpitaux

franchement,... Moi j'ai une collègue elle va en EHPAD où ils sont carrément handicapés, et elle disait il y a une dame qui a pleuré en voyant Duffy parce qu'elle a dit « c'est beau, ça... ». Voilà, si on en touche un c'est déjà super.

[...]

M. : Non mais nous on met en place des choses, mais après proprement on sait pas ce qui marche. Mais par contre effectivement ce qu'on met en place c'est un vrai accueil d'humain, c'est ça en fait le truc principal. Du coup, il y a le système du musée qui est pas très humain, les ascenseurs, le hall immense, le bruit, les marches tout ça. Mais on essaye en tout cas nous, surtout ici, depuis toujours on accueille les maternelles. On essaie de mettre les gens dans un petit cocon, qu'ils se sentent chez eux quoi, c'est ce qu'on a toujours fait ici.

Annexe 9 : Entretien écrit avec Stephen Legari, art thérapeute du musée des Beaux-Arts de Montréal.

Questionnaire envoyé par mail le 10 février 2020. Les questions sont écrites en gras.

- **Qu'est-ce que la thérapie selon vous ?**

Dans les termes les plus larges, une thérapie est un traitement qui aide quelqu'un à récupérer et/ou guérir.

Les notions de soins et de soutien pour moi, sont essentielles en thérapie.

- **Quelle est selon vous la différence entre la thérapie et le bien-être / mieux être ?**

Ils peuvent parfois être des termes interchangeables selon la thérapie, le cadre ou les objectifs des soins. En termes de base, je dirais que la présence d'un thérapeute permet d'explorer un problème comme un moyen d'atténuer ses symptômes. Alors que le mieux-être à voir avec l'amélioration de l'humeur et du sentiment de confort dans son corps et ses environs.

- **Est-ce que selon vous la visite au musée peut être thérapeutique ? Si oui, que peut-elle apporter en terme de soin médical à un patient ?**

Oui, je crois qu'une visite au musée peut être thérapeutique et peut atteindre un certain nombre d'objectifs assignés par un médecin, notamment une meilleure humeur, une réduction de l'isolement social, une mobilité accrue, de nouvelles expériences, etc.

Une visite prescrite encadre l'expérience du patient en termes thérapeutiques.

- **Le musée, en tant que lieu, a-t-il, selon vous, quelque chose de spécifique à apporter aux patients ? Si oui, quoi ?**

Selon le musée, le patient peut bénéficier de plusieurs avantages. Les rencontres avec l'art peuvent avoir un impact sur l'humeur et le bien-être. L'art peut également être stimulant cognitivement en tant qu'émotionnellement. Les rencontres avec d'autres peuvent conduire à une connexion sociale. Les activités créatives ont une variété d'avantages trop nombreux pour être énumérés ici. L'espace et la lumière peuvent avoir des qualités thérapeutiques. Il y a souvent des moments tranquilles de réflexion et d'introspection.

- **Selon vous, doit-on créer des espaces spécifiques à la thérapie dans les musées ou peut-on se contenter des espaces existants du musée ?**

Si un musée souhaite accueillir des groupes de thérapie animés par un professionnel qualifié tel qu'un art-thérapeute, un espace spécifique est essentiel. Le maintien de la confidentialité du contenu de la thérapie de groupe est une priorité. Cependant, les espaces d'un musée peuvent être exploités dans de nombreuses façons pour le bien-être de ses visiteurs.

- **Les artefacts présentés dans le musée ont-ils selon vous un effet sur les patients ? Si oui, de quelle nature est cet effet ?**

La recherche en ergothérapie et la rencontre avec des objets de musées ont été étudiées et ont montré des avantages. La recherche en neuro-esthétique démontre le lien entre l'art et l'empathie.

Les œuvres d'art peuvent stimuler le dialogue, les souvenirs, les rêves et devenir des miroirs de nous-mêmes et de nos projections. L'art contient les histoires de la condition humaine. L'art nous aide dans le chagrin. L'art nous transporte. L'art nous aide à découvrir de nouveaux aspects de nous-mêmes ou des parties que nous avons oubliées. L'art nous inspire à bouger et à aider les autres.

- **Qu'est ce que vous, en tant qu'art thérapeute, vous apportez de spécifique qu'un autre professionnel ne pourrait pas apporter ?**

Les art-thérapeutes sont des professionnels formés à l'intersection de l'expression créative et de la psychologie / psychothérapie. L'art-thérapeute est capable de s'occuper de ses clients avec une attitude spéciale et stimulante qui aide un client à exprimer son monde interne tout en étant maintenu dans le monde externe.

Vous pouvez consulter AFRATAPEM pour en savoir plus sur l'art-thérapie en France, car l'art-thérapie est également influencée par la culture.

- **Selon vous, est-ce qu'un patient qui visiterait le musée de manière autonome pourrait bénéficier d'un effet thérapeutique dans sa visite ou doit-il être guidé par un professionnel ?**

De la même manière qu'un patient peut bénéficier d'une promenade dans la nature seul, en lisant seul un texte prescrit ou en pratiquant la pleine conscience seul, il peut bénéficier d'une visite au musée.

L'accompagnement ajoute une autre dimension à l'expérience qui répond à d'autres objectifs.

- **Est-ce que prescrire des visites au musée apporte quelque chose de plus aux visites effectuées par le patient ?**

Lorsqu'un médecin prescrit quelque chose, cela fait partie du plan de traitement du patient. Il a l'autorité du médecin derrière lui.

- **Peut-on selon vous soigner tous types de pathologie grâce à l'art ?**

Chaque thérapie a ses avantages et ses risques. Il est plus important de regarder l'individu et ses besoins et capacités plutôt que seulement le diagnostic. L'art a été un moyen de traitement dans un large éventail de problèmes physiques et mentaux avec grand succès. Les arts sont l'un des plus anciens moyens de guérison de la planète. Les arts font partie d'un traitement holistique et ne sont pas destinés à remplacer tout autre traitement.

- **La visite au musée peut-elle, selon vous, avoir des bénéfices physiologiques, et non seulement psychologiques ?**

Oui, si l'on considère l'impact potentiel sur les niveaux de stress, la mobilité, la neurostimulation, la manipulation de matériaux pouvant améliorer la motricité fine

...

Annexe 10 : Observation d'une visite de l'exposition *Degas à l'opéra* au Musée d'Orsay, proposée à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leurs aidants, dans le cadre de l'association Culture & Hôpital, le jeudi 9 janvier 2020

Cette observation participante a été réalisée comme un pré-test à un moment où était envisagé dans ce mémoire de réaliser une enquête de terrain. Elle ne serait sans doute pas apparue si cela avait été le cas, et peut présenter de nombreux défauts. Il a cependant été choisi de l'adjoindre au mémoire car elle souligne certains aspects et points d'attentions de la visite au musée avec des personnes atteintes de pathologies, relevés dans ce travail. Elle permet d'apporter un exemple concret de visites au musée actuelles par des personnes atteintes d'une pathologie.

Contexte : Cette visite s'inscrit dans un contexte de grèves qui touchent de manière importante la région parisienne. Plusieurs visites ont été annulées les semaines précédentes à cause de ces grèves. Il s'agit d'une visite proposée à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leur aidant. Ces personnes sont orientées vers l'association Culture & Hôpital par des médecins. L'exposition Degas à l'opéra s'est déroulée du 24 septembre 2020 au 19 janvier 2021.

Personnes présentes dans le groupe de visite : Deux duos aidant - aidés, un aidant venu seul (la personne qu'il accompagne habituellement avait des soucis de santé, l'association lui a proposé de venir quand même pour le soutenir), un réalisateur qui filme pour un futur projet, deux personnes accompagnantes de l'association Culture & Hôpital, l'observateur.

Observation :

→ Arrivée : une personne en service civique au Musée d'Orsay nous accueille accompagne pour passer la sécurité, poser nos affaires et attendre le médiateur

→ A causes des grèves il y a quelques soucis :

→ La médiatrice avait la visite notée à 14h00 sur son planning et non 14h30 comme prévu.

→ La visite devait être sur l'exposition « Degas à l'opéra » mais ce n'est pas ce qui apparaît sur le planning de la médiatrice. C'est cependant la visite qui va être effectuée

→ La médiatrice a été prévenue le matin même qu'elle devait effectuer cette visite, elle n'est pas formée avec les publics atteints de la maladie d'Alzheimer. Elle fait ressentir son appréhension « C'est ma première Alzheimer donc... » dit-elle.

→ Des sièges portables sont prêtés aux patients pour qu'ils puissent s'asseoir quand ils le souhaitent. Un casque leur est également proposé pour mieux entendre la médiatrice lors de la visite, deux personnes ne le veulent pas.

→ On se dirige vers l'exposition.

→ Il y a beaucoup de monde dans l'exposition. La médiatrice nous fait nous mettre sur la droite devant le tableau *Le calvaire d'après Mantegna*, Edgar Degas, 1861.

→ Les patients s'assoient

→ La médiatrice utilise un langage simple et sourit. Dès ce premier tableau une patiente pose la question « Pourquoi ? » pour mieux comprendre une des explications : elle semble à l'aise.

→ La médiatrice invite les personnes à se lever pour prendre le temps de regarder puis on va au tableau suivant

→ *Petites filles spartiates provoquant des garçons*, Edgar Degas, 1860

→ La médiatrice essaie de créer de l'interactivité en demandant « Est-ce que vous trouvez que ce sont des petites filles ? ». Certains membres du groupe répondent. Elle demande à la fin si les patients ont des questions.

→ Un aidant pose une question

→ Un patient pose une question sur la signification de l'opposition entre les deux groupes (garçons et fille) et sur la différence entre les garçons qui sont nus et les filles qui sont habillées.

→ La médiatrice lui répond

→ La médiatrice invite les patients à se lever et à passer au tableau suivant

→ Une accompagnante de Culture et Hôpital prend la chaise portable d'une malade quand elle se lève, la patiente lui pince la joue en riant.

→ *Lorenzo Pagans et Auguste Degas*, Edgar Degas, 1869

→ Les patients s'assoient.

→ Un des patients dit « On dirait Enrico Macias » et rit. La médiatrice rit aussi et le répète pour que les autres entendent et rit aussi.

→ La médiatrice présente l'œuvre.

→ Un binôme aidant-aidé en retard nous rejoint.

→ La médiatrice fait se lever les patients pour passer au tableau suivant.

→ Un autre groupe gêne la visite, la médiatrice propose donc de regarder un tableau en attendant que ce groupe parte : *Ballet de Robert le Diable*, Edgar Degas, 1871

→ Les patients s'assoient.

→ La médiatrice fait son explication.

→ Quand elle explique la situation de l'Opéra Le Peletier par rapport au métro, elle fait une blague sur l'actualité du métro qui ne fonctionne pas à cause des grèves.

→ Les patients se relèvent et on passe au tableau suivant.

→ *L'orchestre de l'Opéra*, Edgar Degas, 1870

→ Les patients s'installent, la médiatrice prend le temps de les laisser s'installer.

→ Une aidante fait une remarque sur un tableau qui se trouve à côté : « C'est joli ce blanc de la danseuse. C'est beau ! », elle s'approche ensuite plus près du tableau et dit « C'est vraiment beau ce blanc ! », son mari, atteint d'Alzheimer, s'approche également du tableau et le regarde.

→ La médiatrice fait sa médiation.

→ Les patients se relèvent et on passe à l'œuvre suivante.

→ *Maquette de la coupe longitudinale de l'Opéra Garnier*, Richard Peduzzi, 1884-1886

→ Beaucoup de monde se trouve autour.

→ Les patients s'installent.

→ La médiatrice donne des explications sur le tableau. Quand elle explique les rapports entre les abonnés et les danseurs et dit qu'ils pouvaient parfois aller jusqu'à coucher ensemble, un patient rit.

→ A la fin s'installe un vrai temps de discussion. La médiatrice répond aux questions et des discussions se créent dans le groupe.

→ une anecdote sur Degas provoque le rire d'une aidante.

→ Une accompagnante de l'association Culture et Hôpital demande à une patiente si elle est déjà allée à l'Opéra, la patiente lui répond « Oui j'y suis déjà allée » puis elle rit en disant « des années sont passées depuis... ».

→ On se lève et on passe à l'œuvre suivante.

→ *La Classe de danse*, Degas, 1874

→ On s'assoit.

→ La médiatrice donne des explications et interroge les visiteurs en disant « Qu'est-ce qui ne va pas dans ce tableau ? » et le groupe participe.

→ On se lève et on passe au tableau suivant. On remarque qu'il est compliqué de s'asseoir et de se lever en permanence pour les participants à la visite.

→ On se met dans un coin d'où on peut voir plusieurs tableaux en même temps.

→ La médiatrice donne des explications

→ Elle raconte des anecdotes qui provoquent des conversations. Le groupe n'hésite pas à poser des questions et à faire des interventions.

→ Impression que le groupe est comme une bulle au milieu du reste des gens. Il s'est créé un véritable effet de groupe.

→ Une malade d'Alzheimer pose une question sur un détail, elle s'approche en montrant du doigt le tableau et le touche légèrement du doigt pour expliquer qu'elle ne comprend pas la forme qu'elle désigne. La médiatrice l'invite à s'éloigner, on l'aide à se rasseoir, et elle lui donne des explications.

→ La décision est prise, par consensus avec le groupe, de rallonger la visite de trente minutes pour mieux profiter de l'exposition.

→ *La petite danseuse de 14 ans*, Edgar Degas, 1921-1931

→ La médiatrice donne des explications

→ Une malade d'Alzheimer cherche systématiquement sa fille (aidante) pendant la visite quand elle ne la voit plus. Elle semble apparaître comme une présence rassurante.

→ On s'installe devant des dessins de Degas au fusain

→ La médiatrice donne des explications.

→ Un des malades d'Alzheimer s'éloigne du groupe pour aller voir les tableaux par lui-même, il les regarde de manière très attentive. Il déambule. Il nous regarde.

→ La conversation diverge dans le groupe et parle de sujets politiques et d'actualité, comme la grève et les retraites (des danseuses notamment).

→ Le patient qui s'est levé se place entre les dessins et le groupe et regarde le groupe.

→ Des membres du groupe demandent à aller voir les pastels, la médiatrice nous place alors devant 2 pastels de collection privée et conclut la visite.

→ On sort de l'exposition, on rend les appareils aidant à la visite, on récupère nos affaires.

→ Une aidante choisit de rester un peu plus longtemps au musée et de faire un tour avec sa mère, malade d'Alzheimer, avant de partir. Elle remercie l'accompagnante qui s'est occupée de veiller sur sa mère pendant la visite à plusieurs moments et lui dit « ça m'a permis d'être tranquille ».

→ Sortie du musée.

Annexe 11 : Observation d'une visite de l'exposition *Hans Hartung* au Musée d'Art Moderne de Paris, proposée à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, prises en charge dans un accueil de jour, dans le cadre de l'association Culture & Hôpital, le jeudi 23 janvier 2020

Cette observation participante a été réalisée comme un pré-test à un moment où était envisagé dans ce mémoire de réaliser une enquête de terrain. Elle ne serait sans doute pas apparue si cela avait été le cas et peut présenter de nombreux défauts. Il a cependant été choisi de l'adjoindre au mémoire car elle souligne certains aspects et points d'attentions de la visite au musée avec des personnes atteintes de pathologies, relevés dans ce travail. Elle permet d'apporter un exemple concret de visites au musée actuelles par des personnes atteintes d'une pathologie.

Contexte : Il s'agit d'une visite au Musée d'Art Moderne de Paris. Des grèves sont toujours en cours même si la situation s'est améliorée. Il s'agissait de faire visiter des patients provenant d'un accueil de jour. La venue au musée consistait à une visite suivie d'un atelier créatif. Seule la visite a fait l'objet d'une observation. Le tout a duré deux heures.

Personne présentes dans le groupe de visite : Groupe de 5 patients d'un accueil de jour avec deux accompagnants provenant de la structure médicale et une accompagnante de l'association Culture & Hôpital, qui est art thérapeute de métier.

Observation :

→ Accueil par la médiatrice pile à l'heure avec un grand sourire. Elle serre la main des patients. Elle nous invite à la suivre pour commencer la visite de l'exposition

→ Première œuvre est une aquarelle.

→ Le groupe s'assoit.

→ La médiatrice commence son explication en étant souriante et en articulant bien.

→ Elle compare cette aquarelle à ce que feront les patients ensuite lors de l'atelier créatif.

→ Tout le groupe semble captivé et la regarde avec attention.

→ Elle ponctue régulièrement son discours par la phrase « Vous pouvez voir ce que vous voulez »

→ Elle a un discours assez biographique et met en avant la qualité des couleurs.

→ Le groupe se relève et on passe à l'oeuvre suivante

→ *Autoportrait*, Hans Hartung, 1922

→ On ne peut pas s'asseoir car il y a trop de passage.

→ Elle donne des explications.

→ Elle désigne des vitrines qui sont à côté, le groupe se penche pour voir la vitrine. Elle répartit les personnes du groupe le long de la vitrine pour que chacun voit et donne des explications.

→ On passe à la suite.

→ Une accompagnante de la structure de soin prend le temps avec un patient de lui montrer tous les éléments de la vitrine et lui donne des explications.

→ *T - 935 -1*, Hans Hartung

→ On s'assied.

→ La médiatrice donne des explications. Elle parle du format et des couleurs.

→ L'écho dans la salle semble perturber le groupe qui a du mal à entendre les explications.

→ On se lève et on passe à la suite.

→ En passant, la médiatrice désigne certaines œuvres et en parle brièvement.

→ Il y a des marches à monter. Deux patients présentent des difficultés à les monter et doivent se faire aider.

→ Chuchote parfois devant certains tableaux ou parle doucement. Les visiteurs ne sont pas équipés de casques ou appareils leur permettant de bien l'entendre.

→ Une patiente pose une question devant une œuvre. La médiatrice répond.

→ La médiatrice fait beaucoup le lien avec l'atelier qui va suivre.

→ Une accompagnante demande à une patiente si ça va, la patiente lui répond « ça va très bien merci ».

→ La médiatrice évoque la blessure d'Hans Hartung et un patient complète sa phrase : « Il était vraiment... » dit la médiatrice, le patient complète par « diminué ».

→ Une accompagnante demande à une patiente si ça va, la patiente lui répond « Oui, quelle merveille ! ».

→ Évoque le fait que Hans Hartung parlait de la peinture comme libérateur de sa douleur et certaines personnes du groupe approuvent de la tête.

→ Une patiente montre deux oeuvres et les compare.

→ La visite s'effectue beaucoup debout, et plusieurs fois des marches doivent être montées ou descendues.

→ La médiatrice pose parfois des questions aux patients comme « Devinez qui vient à son exposition », elle les laisse chercher un petit temps et donne assez rapidement la réponse.

→ Le groupe semble pendu à ses lèvres. Une patiente n'a pas entendu, la médiatrice se rapproche d'elle et répète ce qu'elle a dit.

→ Une patiente s'isole pour pouvoir lire les cartels car elle entend mal. Puis elle reste isolée devant les tableaux et répète à haute voix « Ah que c'est beau ! » une dizaine de fois. Elle semble ressentir beaucoup d'émotions. Le groupe continue sans elle, l'accompagnante de Culture & Hôpital reste avec elle.

→ Le groupe monte quelques marches.

→ La médiatrice installe le groupe devant une vidéo qui explique la technique et le geste. On s'assoit. La personne isolée est ramenée dans le groupe. Elle tente de

s'isoler à nouveau mais est rattrapée par une accompagnante de la structure de soin.

→ Une patiente me demande si j'arrive bien à prendre des notes sur mon carnet. Je lui réponds que oui. Je lui demande si la visite lui plaît, elle me dit « Ah oui énormément ! ».

→ La patiente qui a tendance à s'isoler et semble ressentir beaucoup d'émotions demande à la médiatrice de parler d'une œuvre en particulier et dit « c'est superbe ». Elle semble touchée et s'exprime verbalement (« olala », « aaah »,...).

→ Une autre patiente dit « Qu'est-ce que c'est beau ! »

→ La visite est terminée on prend donc le chemin de l'atelier.

→ La patiente qui avait tendance à s'isoler, s'isole à nouveau en disant « C'est magnifique » et « Ah c'est incroyable ! ».

→ L'ascenseur classique est en panne, pour aller à l'atelier il faut donc emprunter l'ascenseur utilisé pour les œuvres. Il ne fonctionne pas non plus.

→ La médiatrice demande aux visiteurs s'ils ont aimé la visite.

→ Une patiente dit qu'elle a trouvé la visite trop rapide et préférerait continuer à visiter l'exposition plutôt que d'aller à l'atelier.

→ Deux autres disent ne pas vouloir aller à l'atelier. L'une d'entre eux dit « j'ai toujours été très maladroite... mais voir l'exposition oui. ». On voit une appréhension chez les patients vis-à-vis de cet atelier.

→ A cause des problèmes d'ascenseurs, le groupe arpente les couloirs du musée. Une tension semble gagner le groupe. On prend finalement un ascenseur destiné au personnel, certains patients expriment la peur d'être coincés.

→ A 15h15 on arrive pour l'atelier créatif. Les personnes s'installent et s'assoient.

→ Après l'atelier une patiente se plaint d'avoir vu trop peu de l'exposition. En tout une trentaine de tableaux ont été présentés lors de la visite.