



**HAL**  
open science

# La muséothérapie. Les potentiels thérapeutiques du musée

Leslie Labbé

► **To cite this version:**

Leslie Labbé. La muséothérapie. Les potentiels thérapeutiques du musée. Art et histoire de l'art. 2021. dumas-04601529

**HAL Id: dumas-04601529**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04601529>**

Submitted on 5 Jun 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

École du Louvre

Leslie Labbé

# La muséothérapie

Les potentiels thérapeutiques du musée

Mémoire de recherche  
(2<sup>de</sup> année de 2<sup>e</sup> 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

<b>Sommaire</b>	<b>3</b>
<b>Remerciements</b>	<b>5</b>
<b>Avant-propos</b>	<b>7</b>
<b>Introduction</b>	<b>9</b>
<b>A. La muséothérapie : histoire, définition, rôle</b>	<b>12</b>
I/ Muséothérapie : définition	12
II/ Histoire et lois	14
1/ Historique	14
2/ Lois et politique française	17
3/ L'éveil des années 2010	20
III/ La muséothérapie : un des rôles du musée ?	25
<b>B. La thérapie</b>	<b>28</b>
I/ Thérapie : définition	28
1/ La thérapie, qu'est-ce que c'est ?	28
2/ Différence entre activité ludique et activité thérapeutique	30
3/ Thérapie et bien être	31
II/ Soigner	33
1/ Les besoins fondamentaux des patients	33
2/ Le musée : une thérapeutique non médicamenteuse ?	37
3/ L'effet du psychologique sur le physiologique	39
<b>C. Le musée : un espace thérapeutique</b>	<b>42</b>
I/ Sortir au musée : un moyen de se soigner ?	42
1/ L'influence de l'environnement sur la santé	42
2/ Sortir de l'espace de soin ou de l'espace quotidien	46
II/ Architecture et espace	48
1/ Un lieu architecturalement spécifique	48
2/ Un espace à parcourir	49
3/ La salutogenèse, concept applicable à la muséographie	50
4/ Un lieu qui encourage la contemplation	54
5/ Le musée, un lieu restaurateur	57
III/ L'adaptation de l'espace du musée	62
1/ Le musée : un espace neutre à conserver	62
2/ Créer des espaces spécifiques ?	65

3/ Une adaptation nécessaire du lieu ?	68
4/ Conclusion ?	70
<b>D. Le musée, lieu de thérapie sociale</b>	<b>72</b>
I/ Le musée comme lieu de réhabilitation psycho-sociale	72
1/ Travailler dans l'espace public	72
2/ Se confronter au monde extérieur	74
3/ Travail sur les habiletés sociales	76
4/ Lutter contre la stigmatisation publique	78
5/ Lutter contre l'auto-stigmatisation	81
II/ Un lieu de communication et de valorisation de la parole	82
1/ Le Musée : un lieu social où la communication est encouragée	82
a/ Les artefacts, médium de communication	83
b/ L'expérience de visite	84
2/ Rétablir le lien social, lutter contre l'isolement social	84
3/ Théorie de l'esprit et biais cognitifs	86
4/ Valoriser la parole : une (re)conquête individuelle	89
5/ L'importance du médiateur et de son rôle	91
<b>E. Le musée, lieu d'artefacts</b>	<b>95</b>
I/ Le statut et la valeur de l'objet de musée	95
1/ Un statut particulier	96
2/ Le concept de « vraies choses »	97
3/ Un rapport à l'identité	98
II/ Matérialité de l'objet	99
1/ Introduction à la matérialité de l'objet et lien intrinsèque	99
2/ Manipulation	100
III/ L'objet-muséal, à la rescousse de la mémoire	105
1/ Mémoire collective et temporalité	105
2/ Les objets-muséaux : médiums de réminiscence	107
3/ Des objets transitionnels ?	109
<b>F. Les oeuvres d'art</b>	<b>113</b>
I/ Les liens entre l'art et la santé	113
1/ Histoire de ces liens	113
2/ L'art dans le contexte hospitalier aujourd'hui	117
II/ L'art un besoin nécessaire et potentiellement thérapeutique ?	119
1/ L'art un besoin nécessaire ?	119
2/ Les circuits de la récompense	121
III/ Émotion et empathie esthétique	123
1/ L'empathie esthétique	124

2/ Des émotions thérapeutiques ?	126
a/ Les émotions positives	126
b/ La force des émotions	129
IV/ Les œuvres d'art : un potentiel cathartique ?	130
1/ Catharsis des œuvres	131
2/ Les vies d'artistes : des modèles de résilience	132
<b>Conclusion</b>	<b>135</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>138</b>

# Remerciements

Je souhaite vivement remercier...

Ma directrice de recherche, Marie-Clarté O'Neill, pour la suggestion de ce sujet et son accompagnement au long de ma recherche.

Le Dr. Emmanuel Gallet, pour les nombreuses pistes qu'il m'a données au début de ma recherche lors de notre entretien et pour son aide précieuse.

L'association Culture et Hôpital, et en particulier Pauline Gauthier, pour leur accueil lors des visites au musée qu'ils proposent pour les patients atteints d'Alzheimer.

Thomas Bastien et Stephen Legari du musée des Beaux-Arts de Montréal, pour avoir pris le temps de répondre à mes questions.

Mélissa Nauleau, pour m'avoir transmis son mémoire sur le sujet me permettant de m'inscrire dans la continuité de sa recherche.

Véronique Lefebvre des Noettes et Natividad Alarcon pour leur accueil dans leur institution et la discussion qu'elles m'ont offerte au sujet de la thérapie par le musée.

Toutes les personnes ayant croisé ma route durant ma recherche, ayant pris le temps de répondre à mes questions et m'ayant aidé lors de conversations.

Mes parents, qui m'ont apporté à la fois des ressources, du soutien et de l'aide pour la relecture lors de ce travail.

Léo, mon meilleur ami, pour sa relecture bienveillante et volontaire.

Ma sœur, pour son partage d'expérience et de connaissances.

Mon compagnon Arnaud et tous mes amis, pour leur soutien au quotidien dans cette année compliquée.

# Avant-propos

Lors de mon cursus de Master 1 à l'École du Louvre je me suis intéressée au rôle social du musée et d'inclusion pour les publics dits du « champ social ». Ma volonté en Master 2 était de continuer à aborder ce nouveau rôle social, inclusif et actif au sein de la cité, qu'est en train de prendre le musée au XXIème siècle. Quand Marie-Clarté O'Neill m'a proposé d'aborder le sujet de la muséothérapie, sujet neuf et entrant pleinement dans ces nouvelles problématiques que doivent envisager les musées, j'ai été très enthousiaste. Ayant dans mon entourage des personnes travaillant dans le domaine de la santé, la potentielle alliance de ces deux domaines m'intéressait beaucoup. J'ai senti là que je pourrais faire quelque chose d'utile pour deux domaines a priori opposés. Intimement convaincue que les musées sont essentiels pour la vie de la cité, j'étais impatiente à l'idée de m'intéresser de plus près à cette question et de voir s'ils pouvaient effectivement être bénéfique à notre santé ou non.

Dans un premier temps, je voulais réaliser un travail à mi-chemin entre l'étude de terrain et le développement théorique grâce à des observations participantes et des entretiens avec des professionnels et des participants à des programmes qui pourraient s'apparenter à de la muséothérapie. Seulement, beaucoup d'aléas sur l'année scolaire sont venus perturber ce mémoire : d'abord les grandes grèves en décembre et janvier 2019/2020 à Paris ont causé l'annulation de nombreuses visites de patients au musée. Ensuite, la crise sanitaire liée à la maladie Covid-19 est arrivée empêchant complètement les visites au musée et abolissant l'espoir de pouvoir observer les effets de ce type de visite et effectuer une évaluation à leur propos. De plus, ce mémoire concernant la santé, il aurait été intéressant d'obtenir des entretiens avec des professionnels de ce milieu. Malheureusement, étant donné qu'ils ont été très sollicités pendant la crise j'ai préféré m'abstenir de ces entretiens et orienter ma recherche d'une autre manière. J'ai décidé de faire de ce mémoire une base théorique large à partir des ressources auxquelles j'avais accès malgré les deux confinements et la fermeture des bibliothèques, notamment en mars pendant ma phase principale de recherche. J'ai donc dû m'adapter très régulièrement aux changements de situation dans cette année mouvementée.



J'ai cependant grandement apprécié travailler sur ce sujet qui me semble, aujourd'hui plus que jamais, essentiel pour le futur des musées et de la muséologie. La muséothérapie amène à repenser le rôle que le musée peut jouer au sein de la cité. Elle suggère une approche plus transdisciplinaire de la muséologie en incluant des domaines de recherches tels que ceux concernant la santé. Réfléchir sur un sujet qui inclut ces nouvelles problématiques, me semble réellement bénéfique pour clore mon cursus scolaire et m'ouvrir sur mon avenir professionnel.

# Introduction

« Muséothérapie ». C'est un terme qui provoque à la fois la curiosité et la méfiance. Formulé en 2016 par Nathalie Bondil lors de l'inauguration du Pavillon pour la Paix Michal et Renata Hornstein, accueillant en son sein l'Atelier international d'éducation et d'art thérapie Michel de la Chenelière, il est doté d'une définition par l'Office québécois de la langue française en 2020. Il est récent dans la langue française, mais correspond à des pratiques se développant déjà depuis quelques dizaines d'années dans le monde anglophone sous le nom *Museum in Health*. Il allie deux domaines qui semblent de prime abord opposés : le monde de la santé et l'univers muséal. Il suggère ainsi que le musée pourrait avoir un rôle à jouer pour la santé des individus et un intérêt dans leur accompagnement thérapeutique.

En 2017, Mélissa Nauleau a réalisé un mémoire intitulé *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?* où elle compare les développements de l'alliance entre les musées et la santé aux Etats-Unis, en Grande Bretagne, au Canada et en France. En conclusion de son travail, elle soulève le fait que ce phénomène peine à se développer en France car il « fascine autant qu'il effraie »<sup>1</sup>. Elle souligne dans son travail la défiance des professionnels de musée en France vis-à-vis de ce type de pratiques, et leur tendance à évacuer les potentiels bienfaits thérapeutiques de leurs programmes.<sup>2</sup> Lors des recherches préliminaires pour le mémoire qui va suivre, il a également été constaté un grand manque d'évaluation muséale ou thérapeutique de ce type de programmes en France. Cette lacune empêche ainsi de constater, ou non, des effets thérapeutiques, et d'encourager les professionnels muséaux dans ces programmes. Eric Vidal, médiateur au musée des Abattoirs de Toulouse et réalisant des visites pour des patients atteints de pathologies psychiatriques, le formulait d'ailleurs lors de son intervention lors d'un cours de D.U de réhabilitation psychosociale : « j'ai quand même du mal à estimer, en retour, ce que les oeuvres, les expositions, provoquent chez eux. [...] je ne peux que supposer l'effet escompté

---

<sup>1</sup> NAULEAU Mélissa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, Une alliance controversée, Regards croisés : France, Royaume-Uni, Canada, Etats-Unis, MAIRESSE François (dir.), Ecole du Louvre, 2017, p.132

<sup>2</sup> Ibidem

de ce type de rencontre »<sup>3</sup>. C'est à partir de ce constat d'un manque de recherche francophone sur les potentiels thérapeutiques du musée, et d'une méfiance des professionnels de musée, que s'est fondée cette recherche.

Les premières questions que chacun peut se poser à la découverte de l'existence de la muséothérapie sont : Est-ce que cela fonctionne vraiment ? Si oui, comment cela fonctionne ? Pourquoi ? L'objectif de cette recherche était donc de s'intéresser aux potentiels thérapeutiques du musée afin de formuler des hypothèses permettant de répondre à ces questions et, à la question plus générale : Dans quelle mesure le musée peut-il être thérapeutique ?

A partir des quelques études sur le sujet, ou sur des sujets applicables au musée, il s'agissait de formuler des hypothèses pouvant être explorées plus en profondeur dans de futures recherches. Il est important de souligner que cette recherche formule en grande partie des potentiels du musée à explorer pour lesquels, souvent, les études manquent pour affirmer avec certitude leur effet thérapeutique.

Pour étudier ces potentiels, il a été choisi de partir de certaines caractéristiques constitutives du musée. Cela a pu être fait à partir de la définition du musée de l'ICOM datant de 2017 : « Le musée est une institution permanente sans but lucratif, au service de la société et de son développement, ouverte au public, qui acquiert, conserve, étudie, expose et transmet le patrimoine matériel et immatériel de l'humanité et de son environnement à des fins d'études, d'éducation et de délectation. »<sup>4</sup>. D'abord, le musée est une « institution » qui se déploie, souvent, dans un lieu physique, un espace dans lequel on peut circuler puisqu'il est « ouvert au public ». Le premier critère sélectionné est celui du musée en tant que lieu physique. Ensuite, le musée est ouvert au public et il est « au service de la société et de son développement » : c'est donc un lieu public, où des interactions sociales peuvent avoir lieu au cœur de la société. Le second critère choisi est l'aspect social du musée et de sa position au cœur de l'espace public. Enfin, le musée « acquiert,

---

<sup>3</sup> 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, Annexe 4

<sup>4</sup> ICOM, *Statuts*, Tels qu'amendés et adoptés par l'assemblée générale extraordinaire, le 9 juin 2017, Article 3. Définition des termes, Paris, France, 9 juin 2017

conserve, étudie, expose et transmet le patrimoine matériel et immatériel de l'humanité » : il possède alors des artefacts matériels qu'il préserve et peut mettre à la disposition du public. Le troisième critère sélectionné est donc celui des objets et artefacts matériels conservés au sein du musée, avec une étude plus précise des objets appartenant au domaine de l'art. L'aspect éducatif et cognitif du musée est abordé en filigrane dans ce mémoire et ne fait pas l'objet d'une partie à part entière mais vient compléter certaines parties.

D'abord, il s'agit, au travers de deux parties introductives, de définir la notion de muséothérapie et ce qu'elle implique : une première partie concerne son histoire, sa définition et ce qu'elle signifie d'un point de vue du rôle des musées ; puis une seconde partie concerne la définition de la thérapie et du soin. Ensuite, quatre parties se feront suite abordant les potentiels thérapeutiques du musée : d'abord en tant que lieu, ensuite en tant qu'espace social, puis en tant qu'institution conservant des artefacts, avec une dernière partie se concentrant sur l'apport spécifique de l'art.

# A. La muséothérapie : histoire, définition, rôle

## I/ Muséothérapie : définition

Le terme « muséothérapie » est apparu pour la première fois en 2016 lors des initiatives du musée des Beaux-Arts de Montréal et de l'inauguration de son nouveau pavillon dédié aux activités d'art thérapie et d'éducation. C'est Nathalie Bondil, directrice et conservatrice en chef du Musée des Beaux-Arts de Montréal (MBAM), qui a mis en avant ce terme lors d'opérations médiatiques<sup>5</sup> ainsi que dans son *Manifeste pour un musée des beaux-arts humaniste*<sup>6</sup>. Ce terme correspond à l'adjonction du mot et concept « thérapie » avec le mot « musée », ce qui littéralement peut se traduire par « la thérapie par le musée ». En 2020, l'Office québécois de la langue française a doté ce mot d'une définition : « Méthode thérapeutique individuelle ou collective qui consiste en l'exploitation de l'environnement muséal à des fins de bien-être physique, psychologique et social. »<sup>7</sup>. Par cette définition, il s'agit de s'appuyer sur les caractéristiques propres du musée, de l'environnement qu'il offre, afin de développer un bien-être qui entrerait dans le cadre d'une « méthode thérapeutique ». Cette définition s'accompagne d'une note complémentaire : « Plus concrètement, il peut s'agir de la contemplation des œuvres d'art, de la création artistique en atelier ou de visites guidées en compagnie de médiateurs culturels. »<sup>8</sup>. Cette définition est large et laisse place à nombre de programmes muséaux. Elle marque l'apparition de ce terme dans le vocabulaire de la langue française et donc, en un sens, le début des réflexions et de la recherche francophone autour de ce thème.

Ce nouveau concept peut correspondre au concept britannique plus ancien appelé « Museum in Health » qui a été théorisé en 2013 par Helen Chatterjee et Guy Noble dans un ouvrage pionnier : *Museums, Health and Well-being*<sup>9</sup>. Par leur

---

<sup>5</sup> MONTPETIT Caroline, «Le MBAM dévoile son nouveau «pavillon de la paix»», *Le Devoir*, 8 juin 2016

<sup>6</sup> BONDIL Nathalie (dir.), *Pavillon pour la paix : Michal et Renata Hornstein art international et éducation : Atelier international d'éducation et d'art thérapie Michel de la Chenelière*, Musée des Beaux arts de Montréal, Montréal, 2016

<sup>7</sup> OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE, Muséothérapie, *Le grand dictionnaire terminologique*, 2020

<sup>8</sup> Ibidem

<sup>9</sup> CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, *Museums, health and well being*, Ashgate, 2013, Londres

ouvrage, ils entendent donner naissance à un véritable champ de recherche permettant de réunir les investigations déjà établies en ce sens, et d'en effectuer de nouvelles pour fonder une véritable discipline appuyée par des études concrètes et sur des effets vérifiés. Ils rattachent ce champ de recherche à celui plus large des *Arts in Health* qui est à l'origine des premières études sur les potentiels bienfaits du musée. La création plus spécifique des *Museum in Health* est toutefois nécessaire pour concentrer des études, aujourd'hui peu nombreuses, sur les caractéristiques potentiellement thérapeutiques des musées en tant que tel et leur possible apport dans le domaine de la santé.<sup>10</sup> L'existence de ce champ de recherche va également permettre de mettre en place des méthodes d'évaluation communes et approuvées.<sup>11</sup> Les auteurs décident d'exclure l'art thérapie de leur ouvrage, la considérant comme une discipline à part entière avec ses propres codes éthiques, ses propres pratiques et des professionnels spécifiques.<sup>12</sup> C'est le parti pris également pour ce mémoire, qui se concentre plutôt sur la visite au musée et les programmes qu'il peut proposer en dehors des activités créatives. Si le musée peut être un lieu privilégié pour mettre en place des ateliers d'art thérapie qui pourraient faire l'objet d'une recherche, ce n'est pas la position adoptée ici. L'art thérapie est un domaine qui a été grandement théorisé, des formations existent pour exercer le métier d'art thérapeute. Ont également été exclu de ce mémoire tout ce que les musées mettent en place « hors-les-murs », considérant que ces programmes n'utilisent pas l'environnement muséal, même s'ils permettent de faire venir le contenu et les professionnels du musée à des personnes qui ne pourraient pas se déplacer et peuvent sûrement avoir des effets thérapeutiques également. Ici, l'idée est de réfléchir à un nouveau domaine, celui de la muséothérapie, en se concentrant sur ce que le musée lui-même peut proposer au sein de son environnement : sur ses caractéristiques propres qui peuvent être utilisées à des fins thérapeutiques, sur ce que ses professionnels peuvent proposer, sans pour autant être des « thérapeutes ».

---

<sup>10</sup> Ibidem

<sup>11</sup> Ibidem

<sup>12</sup> Ibidem

## II/ Histoire et lois

### 1/ Historique

Si la muséothérapie est un champ de recherche très récent, il est important de retracer l'histoire de son apparition pour comprendre qu'il correspond à des recherches plus anciennes qu'il n'y paraît. Elle est issue des réflexions autour des bénéfices de l'art sur la santé<sup>13</sup>. Ces bénéfices sont étudiés de manière plutôt récente mais constatés depuis très longtemps. C'est ce que soulignent Chatterjee et Noble : « The link between arts and healthcare environments can be traced back even earlier to ancient Greece and the town of Epidaurus, when people from all over Greece went to visit the Temple of Asklepios, who was the god of healing. As part of the healing process, they were prescribed walks to 'the amphitheatre (which is still in use today) to attend performances of tragedies or comedies' (Senior and Croall 1993: 3). The arts were part of the everyday life and environment, part of the process of living and healing. »<sup>14</sup>. Les arts ont été dans de nombreuses époques reconnus pour leur pouvoir de soigner. Cependant, ce qu'on appelle aujourd'hui l'art thérapie, n'a été théorisé qu'au XX<sup>e</sup> siècle, aux alentours de la Seconde Guerre Mondiale. L'un des pionniers reconnus de l'art thérapie est Adrian Hill. En 1942, Adrian Hill est atteint de tuberculose et va alors pratiquer la peinture et en constater les bénéfices sur son rétablissement.<sup>15</sup> Dès 1943, il rédige plusieurs lettres au journal *The Times* pour décrire son positionnement quant aux relations entre art et bénéfices thérapeutiques. Dans l'une d'elles, il affirme que l'exposition de reproductions d'oeuvres d'art dans les hôpitaux contribuerait au bien-être et au rétablissement des malades<sup>16</sup>. Dès lors, on voit que dès le début, les réflexions autour des bénéfices de

---

<sup>13</sup> Ibidem

<sup>14</sup> « Le lien entre les arts et les environnements médicaux remonte à la Grèce antique et à la ville d'Epidaure, lorsque des gens de toute la Grèce se rendaient au temple d'Asklepios, le dieu de la guérison. Dans le cadre du processus de guérison, on leur prescrivait des promenades vers «l'amphithéâtre (qui est toujours utilisé aujourd'hui) pour assister à des représentations de tragédies ou de comédies» (Senior et Croall 1993 : 3). Les arts faisaient partie de la vie quotidienne et de l'environnement, du processus de vie et de guérison. », idem, p.19

<sup>15</sup> NAULEAU Mélissa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, *Une alliance controversée, Regards croisés : France, Royaume-Uni, Canada, Etats-Unis*, MAIRESSE François (dir.), Ecole du Louvre, 2017

<sup>16</sup> HOGAN Susan, *Healing Arts : The History of the Art Therapy*, London, Jessica Kingsley 36 Publishers, 2001, p.135, cité dans NAULEAU Mélissa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, op. cit. p.28

l'art sur la santé allaient au-delà de la pratique artistique et s'intéressaient à la confrontation avec les arts visuels. Suite à cela, en 1944, il rencontre la *British Red Cross Society*, ce qui donne naissance au *art therapy advisory committee*.<sup>17</sup> Cela permet la mise en place du *Red Cross Library Scheme*, un programme consistant à constituer « une bibliothèque de reproductions de chefs-d'oeuvres de l'histoire de l'art, destinées à être exposées dans des hôpitaux britanniques pour tenter de soulager les maux des patients, voire participer à leur guérison »<sup>18</sup>. Au départ le programme fut expérimenté dans six établissements et concernait des hospitalisations longues puis il fut complété d'interventions de conférenciers qui commentaient les œuvres pour les malades.<sup>19</sup> On pourrait apparenter cela aux programmes « hors-les-murs », qui existent aujourd'hui et qui permettent aux musées d'atteindre des publics dits « éloignés de la culture ». Les conférenciers étaient présents une fois par semaine et utilisaient de la médiation dite « conversationnelle » en essayant de créer des échanges et débats à partir de l'œuvre d'art que le patient avait choisi d'exposer dans sa chambre.<sup>20</sup>

Très vite le programme se répand et, dès 1946, il compte 100 hôpitaux anglais partenaires, et 195 en 1950.<sup>21</sup> De plus, au-delà de ce succès, la *Red Cross Society* fait les premiers constats sur les effets du programme, et observe un intérêt de la part d'un grand nombre de patients pour les œuvres présentées, ainsi que leur volonté d'aller plus loin, soit en cherchant des explications à leur sujet, soit en ayant le désir de pratiquer une activité artistique.<sup>22</sup> Cet exemple fait directement le lien entre institutions muséales et hôpitaux. Il montre à la fois l'intérêt porté sur l'amélioration de l'environnement hospitalier dans une visée thérapeutique, et la possibilité d'utiliser les collections muséales pour cela. Si l'art thérapie, donc la thérapie par la pratique d'une activité artistique, s'est bien développée par la suite, en recevant de nombreux soutiens institutionnels, notamment dans le monde anglo-saxon, on semble avoir écarté de la réflexion le potentiel des musées et de leurs collections. Si le programme de la *Red Cross Society* ne peut pas être désigné comme de la muséothérapie, car il n'implique pas de musées à proprement parler, il suggère très tôt la possibilité des liens entre institutions muséales et lieux de soin. Si

---

<sup>17</sup> Ibidem

<sup>18</sup> Ibidem

<sup>19</sup> NAULEAU MéliSSa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, op. cit.

<sup>20</sup> Ibidem

<sup>21</sup> Ibidem

<sup>22</sup> Ibidem



le lien avec les institutions muséales n'a pas connu ses développements tout de suite, la reconnaissance institutionnelle des travaux et expériences autour de la thématique de l'utilisation de l'art dans une visée thérapeutique a permis la naissance du champ de recherche des *Arts in Health*.

Parallèlement aux travaux d'Adrian Hill, aux Etats-Unis, à la fin des années 1940, deux personnes s'attachent à réaliser des recherches sur les liens entre art et santé : Margaret Naumburg et Edith Kramer<sup>23</sup>. Elles posèrent alors les bases de la discipline, ce qui permis à l'Art thérapie de se développer aux Etats-Unis, au Canada et dans certains pays d'Amérique du Sud<sup>24</sup>. Si, en Angleterre comme en Amérique, la professionnalisation et l'institutionnalisation de l'Art thérapie se sont faites dans les années 1960-1970, en France, les premières formations et associations d'art thérapeutes ne voient le jour qu'à la fin des années 1980.<sup>25</sup> C'est dans les années 1980-1990 qu'on voit les premières expériences apparaître aux Etats-Unis et en Angleterre concernant le rapprochement entre institutions muséales et lieux de soin.<sup>26</sup> Cela amène progressivement à l'apparition d'un nouveau champ de recherche appelé par Helen Chatterjee et Guy Noble « Museums in Health » qui, par leur ouvrage *Museums, Health and Well-Being*, en officialisent la naissance en 2013. Ce livre combine de nombreuses études et expériences afin de fonder de manière solide ce nouveau champ de recherche qui se développait depuis les années 1990. Ils rattachent les *Museum in Health* au champ de recherche plus large des *Arts in Health*, qui a pu être développé à l'origine grâce aux réflexions des pionniers de l'art thérapie. Ainsi, ces deux domaines, l'art thérapie et la muséothérapie, ont des fondements communs indéniables et sont souvent rattachés au champ de recherche plus général des « Arts en santé ».

En France, l'éveil des consciences quant à la possibilité de faire le lien entre musées et lieux de soin se réalise plus tard, et de manière moins nette qu'en Angleterre. Cela peut s'expliquer par le fait que la France s'est surtout intéressée aux qualités artistiques des productions de personnes atteintes de pathologies psychiatriques, avec les mouvements de « l'art brut » ou « l'art des fous », ce qui a pu freiner les réflexions autour du potentiel thérapeutiques de celles-ci. Il est

---

<sup>23</sup> DUBOIS Anne-Marie, *Art-Thérapie : Principes, méthodes et outils pratiques*, Paris, Édition Elsevier Masson, 2013, cité dans NAULEAU Mélissa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, op. cit.

<sup>24</sup> Ibidem

<sup>25</sup> NAULEAU Mélissa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, op. cit.

<sup>26</sup> Ibidem

nécessaire de souligner également la différence des systèmes de santé entre la France et l'Angleterre ou les Etats-Unis : l'institutionnalisation de ces pratiques semble avoir été mise en place plus rapidement en Angleterre notamment du fait de l'existence d'avantages économiques liés à cela. En effet, les individus rencontrent beaucoup plus de difficultés économiques en termes de santé dans le système anglais que dans le système français : les personnes issues de milieux défavorisés y ont d'ailleurs une espérance de vie nettement plus faible que les autres.<sup>27</sup> Cela peut expliquer que les thérapies « alternatives » soient plus étudiées et mises en avant dans ce pays par rapport à la France.

## 2/ Lois et politique française

Le choix politique français a plutôt été celui d'une démocratisation culturelle : dès le décret fondateur du Ministère des Affaires culturelles du 24 juillet 1959, André Malraux déclare « Le Ministère chargé des Affaires culturelles a pour mission de rendre accessibles les oeuvres capitales de l'humanité, et d'abord de la France, au plus grand nombre de français ; d'assurer la plus vaste audience à notre patrimoine culturel, et de favoriser la création des oeuvres de l'art et de l'esprit qui l'enrichissent. »<sup>28</sup>. Pourtant, la première collaboration officielle entre le secteur culturel et le secteur sanitaire est la signature le 1er février 1993 d'un protocole entre le ministère de la Santé et de l'Action humanitaire et le ministère de l'Education nationale et de la Culture pour préserver le patrimoine hospitalier.<sup>29</sup> Six ans plus tard, le 4 mai 1999, une première convention est signée entre le ministère de la Culture et de la Communication et le secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale afin de « faire de l'hôpital un lieu plus humain, ouvert à la cité »<sup>30</sup>. Ainsi, l'objectif de cette convention est, à la fois, un objectif d'amélioration de l'environnement hospitalier pour mieux accompagner les personnes hospitalisées et leur famille, mais aussi pour améliorer le cadre de travail des personnels soignants ; et, à la fois, de favoriser la démocratisation culturelle et d'améliorer la fréquentation des musées : « Un séjour

---

<sup>27</sup> Ibidem

<sup>28</sup> Décret n°59-889 du 24 juillet 1959 portant organisation du ministère chargé des affaires culturelles (M. Malraux), Journal Officiel de la République Française du 26 juillet 1959, p.7413.

<sup>29</sup> CULTURE.GOUV, « Textes de référence », publié le 30 juillet 2013, accessible à <https://www.culture.gouv.fr/Sites-thematiques/Developpement-culturel/Le-developpement-culturel-en-France/Culture-et-Sante/Bibliographie-ouvrages-films/Textes-de-reference>

<sup>30</sup> Convention entre Le ministère de la Culture et de la Communication et Le secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale, 4 mai 1999, Préambule

prolongé à l'hôpital peut être l'occasion d'un contact privilégié avec la culture, d'une découverte de la création artistique, du patrimoine ou de la littérature, et, après l'hospitalisation, donne l'envie de fréquenter davantage les équipements culturels. »<sup>31</sup> Cependant, dès le second paragraphe, ce document affirme que la volonté d'amener la culture à l'hôpital se fait « en dehors de tout objectif thérapeutique ».<sup>32</sup> Ce document montre bien que les relations entre les institutions culturelles et muséales et les institutions de santé s'établissent en France dans un objectif de démocratisation culturelle. La France ne reconnaît pas, à ce moment-là, un potentiel bénéfique thérapeutique de la culture dans les documents officiels qu'elle produit, contrairement à certains de ses voisins internationaux. Cette convention prévoit cependant des jumelages entre des hôpitaux et des équipements culturels qui constituent donc les premiers « liens » officiels entre institutions culturelles et institutions de santé en France. De plus, cette convention entend favoriser la présence de « responsables culturels » au sein des hôpitaux, en les faisant financer en partie par l'Etat, afin de permettre l'adoption de véritables politiques culturelles au sein de ces établissements de santé. Cette convention est donc importante par la place inédite qu'elle donne à la culture au sein des établissements de santé, mais elle n'est pas aussi ambitieuse que certains autres pays sur le rôle que celle-ci peut jouer au sein de ces établissements.

Le 10 janvier 2006 est signé le protocole d'accord « Culture à l'hôpital » entre le ministère de la Santé et des Solidarités, le ministère de la Culture et de la Communication, et les membres du Cercle des partenaires de la culture à l'hôpital. Ce Cercle a été créé le 31 mars 1998 pour financer les actions culturelles dans les hôpitaux<sup>33</sup> et, à partir de la Convention de 1999, il permet de financer un ou plusieurs jumelages entre institutions culturelles et institutions de santé<sup>34</sup>. Ce protocole d'accord de 2006 sert seulement à préciser les modalités de fonctionnement des jumelages de la convention de 1999 et le rôle de chacun des partis prenant.

---

<sup>31</sup> Ibidem

<sup>32</sup> Ibidem

<sup>33</sup> CULTURE.GOUV, *Le développement culturel en France*, « Historique », accessible à <https://www.culture.gouv.fr/Sites-thematiques/Developpement-culturel/Le-developpement-culturel-en-France/Culture-et-Sante/Bibliographie-ouvrages-films/Historique>

<sup>34</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, MINISTÈRE DE LA COMMUNICATION, *Protocole d'accord « Culture à l'hôpital » entre le ministère de la santé et des solidarités, le ministère de la culture et de la communication, et les membres du Cercle des partenaires de la culture à l'hôpital*, Paris, 10 janvier 2006

Le 6 mai 2010, une nouvelle convention voit le jour entre le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication. Elle se nomme cette fois-ci « Culture et santé » et adopte, par ce titre, des problématiques plus englobantes. Elle élargit les institutions de santé aux établissements médico-sociaux. Dès son préambule, c'est toujours un objectif de démocratisation culturelle qui est affirmé : « Le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication conduisent depuis plus de dix ans une politique commune d'accès à la culture pour tous les publics en milieu hospitalier. Favoriser l'accès du plus grand nombre aux pratiques culturelles et aux œuvres est la mission fondatrice du ministère de la Culture et de la Communication »<sup>35</sup>. Cependant, la prise en compte des bénéfiques personnels est beaucoup plus importante : « Une vie culturelle réduit l'isolement du malade et respecte la dimension existentielle de la personne. La culture, vecteur de valorisation personnelle, professionnelle et sociale, est considérée comme une contribution à la politique de santé qui accorde une nouvelle place à l'utilisateur. De même, une action culturelle au sein des établissements de santé contribue à la qualité des relations professionnelles et améliore l'inscription des établissements dans la cité. »<sup>36</sup>. Si la culture n'est pas reconnue comme potentiellement thérapeutique de manière nette, cette convention la reconnaît comme utile à la politique de santé et dans la nouvelle prise en compte du patient. C'est donc une nouvelle place qui est donnée à la culture dans le cadre sanitaire et dans la prise en compte de la personne que constitue le patient. Ce nouveau rôle donné à la culture en matière de santé est d'ailleurs réaffirmé de manière nette dans le communiqué de presse qui suit la convention : « Nous avons perçu que la culture pouvait être un auxiliaire, un médiateur et même, peut-être, un levier essentiel de guérison. »<sup>37</sup>. C'est la première fois que dans un document officiel, dans un discours officiel, en France, le potentiel thérapeutique de la culture est évoqué. Cette convention souligne aussi la préoccupation pour la recherche dans ce domaine encore peu étudié en France : « Les ministères chargés de la Santé et de la Culture

---

<sup>35</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA COMMUNICATION, *Convention « Culture Santé » entre le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication*, Préambule, Paris, 6 mai 2010

<sup>36</sup> Ibidem

<sup>37</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA COMMUNICATION, *Signature de la convention « Culture et Santé » par le Ministère de la Santé et des Sports et le Ministère de la Culture et de la Communication*, Jeudi 6 mai 2010, Discours de Frédéric Mitterrand, ministre de la Culture et de la Communication, prononcé à l'occasion de la signature de la convention Culture et Santé avec Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, Dossier de presse, Paris, 2010

s'engagent également à favoriser le développement de la recherche dans le domaine des rapports entre santé et culture. »<sup>38</sup>. Pour autant, dix ans plus tard, la recherche française à ce sujet est encore peu accessible et semble, dès lors, peu fournie. Cette convention met également en place des formations, à la fois pour les professionnels de la culture qui doivent « témoigner d'une sensibilisation aux conditions spécifiques dans lesquelles s'inscrivent leurs interventions. »<sup>39</sup>, et pour les professionnels de santé : « Le ministère de la Santé et des Sports veille à ce que les établissements de santé intègrent des formations à l'art et à la culture dans les plans de formation. Ces formations reçoivent un label du ministère de la Culture et de la Communication. »<sup>40</sup>. Ces formations permettent d'établir des liens entre les deux domaines dès la phase d'apprentissage des professionnels concernés. On peut espérer ainsi que le dialogue et les liens puissent, dès lors, s'établir plus facilement, chacun étant sensibilisé au domaine de l'autre. Elle permet aussi la création d'un site internet dédié qui a « pour objet de favoriser la communication vers le public et de solliciter sa participation. »<sup>41</sup>. Ce site a effectivement existé mais était très peu mis à jour et ne semble plus accessible à ce jour. Enfin, cette convention entend permettre la création d'un « pôle européen de la culture à l'hôpital ». Cependant, nulle trace à ce jour de l'existence de ce pôle qui semble avoir « finalement abouti au *Pôle européen de l'accessibilité culturelle*, essentiellement axé autour des problématiques du handicap et non de la santé dans la globalité. »<sup>42</sup>.

### 3/ L'éveil des années 2010

Les années 2010 ont été les années d'éveil de la France à ce type de projet, notamment grâce au retentissement international de plusieurs actions d'envergure<sup>43</sup>. D'abord, *Meet Me : The MoMa Alzheimer's Project*, qui a duré de 2007 à 2014, s'est révélé être un véritable « projet modèle » sur le plan international. Tout d'abord, il est le premier programme dans un musée des États-Unis spécialement conçu pour les

---

<sup>38</sup> Idem, Article 2, « Mise en œuvre de la politique culturelle au niveau national »

<sup>39</sup> Idem, Article 6, « La qualification des acteurs »

<sup>40</sup> Ibidem

<sup>41</sup> Idem Article 2, « Mise en oeuvre de la politique culturelle au niveau national »

<sup>42</sup> NAULEAU MéliSSa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, *Une alliance controversée, Regards croisés : France, Royaume-Uni, Canada, États-Unis*, MAIRESSE François (dir.), Ecole du Louvre, 2017, p. 129

<sup>43</sup> Ibidem

personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer<sup>44</sup>. Ensuite, il est très complet et met à disposition libre, gratuite et facilement accessible toute la documentation produite autour du projet : un site internet est dédié au programme. Sur ce site, se trouvent des documents de toutes natures : des vidéos de témoignages de participants, des vidéos et audios explicatifs du projet, des conférences,...<sup>45</sup> Deux types de documents sont particulièrement influents pour le développement des actions muséales de ce type et donc de la muséothérapie. D'abord, ce programme a fait l'objet de plusieurs évaluations dont une sur les bienfaits de ses actions sur les participants. C'est un des premiers musées à commander une évaluation de ce type. L'ensemble des recherches autour du projet sont très facilement accessibles et consultables en ligne.<sup>46</sup> Ensuite, le MoMA, sur ce site très complet, s'est attaché à faire différents guides pour encourager le développement de programmes artistiques à l'attention des personnes atteintes de démence. Il y a quatre guides en tout : un pour les fondations, un pour les musées, un pour les institutions de soin et un pour les familles. Ces guides sont très complets : celui pour les musées aborde la manière de construire un projet comme celui-ci, les professionnels nécessaires pour un bon accompagnement, la manière de les former, la façon de communiquer et de faire connaître un tel programme, jusqu'aux questions logistiques de transports et réservations. Ce guide, ajouté à toutes les ressources disponibles sur le site, peuvent concrètement guider un musée ou une institution culturelle pour mettre en place ce type de projet. Ainsi le MoMA, par sa communication efficace, ses ressources très accessibles et sa documentation très complète, a réussi de faire de *Meet Me* un projet référence à l'international dans le domaine naissant de la muséothérapie. Il a montré la possibilité, à de nombreux professionnels de musée, de mettre en place des programmes par eux-mêmes, en s'accompagnant de personnes compétentes sur le sujet et en faisant des études qui font avancer l'état de la recherche dans le domaine. On peut facilement faire le lien entre ce projet et celui qui a été réalisé en 2014 à la Philharmonie de Paris, *Au rythme du souvenir*, spécifiquement conçu pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce projet a également abouti à la création d'un site internet avec un documentaire, des

---

<sup>44</sup> NAULEAU Mélissa, *Musées français et publics atteints de la maladie d'Alzheimer : patients ou visiteurs ?*, JONCHERY Anne (dir.), École du Louvre, 2016

<sup>45</sup> Site de *Meet me at MoMA* : <https://www.moma.org/visit/accessibility/meetme/>

<sup>46</sup> Ressources du site *Meet me at MoMA* : <https://www.moma.org/visit/accessibility/meetme/resources/#evaluation>

vidéos rétrospectives, des interviews, ainsi que des vidéos d'un colloque « Musée et Alzheimer » organisé à la Cité de la musique le 21 novembre 2014.<sup>47</sup> Cependant, contrairement au projet du MoMA, aucune évaluation ne semble avoir été faite, ou du moins n'est accessible sur internet.

Un autre grand retentissement pour le domaine que nous étudions a été l'inauguration par le Musée des Beaux-Arts de Montréal (MBAM) de « l'Atelier international d'éducation et d'art-thérapie Michel de la Chenelière » le 4 novembre 2016<sup>48</sup> dans le Pavillon pour la Paix Michal et Renata Hornstein. Pour la première fois, un musée de Beaux-Arts consacre un espace spécifique à l'éducation et à l'Art thérapie. C'est également le premier musée du genre à employer un art thérapeute à temps plein, Stephen Legari. Cette inauguration est accompagnée de communications diverses : un ouvrage<sup>49</sup>, des livrets<sup>50</sup>, de nombreux articles sur le sujet, des interviews, des vidéos de conférence ou de présentation, une page internet,... En bref, le musée des Beaux-Arts de Montréal a su très bien communiquer sur son projet et ainsi affirmer sa position sur le rôle que peut jouer un musée en matière de santé. Cette position a notamment été confirmée par le « Manifeste pour un musée des beaux-arts humaniste » de Nathalie Bondil<sup>51</sup> où elle invite à repenser la fonction de l'art<sup>52</sup>, repenser les publics<sup>53</sup>, repenser le musée<sup>54</sup> et affirme avec cette phrase, de nombreuses fois citée dans des articles, que « la culture sera pour la santé ce que le sport a été au XX<sup>e</sup> siècle : l'expérience culturelle contribuera au mieux-être, comme la pratique du sport à notre forme physique. »<sup>55</sup>. C'est d'ailleurs à cette occasion que le terme « muséothérapie » semble être apparu pour la première fois en français. Cela a permis le développement d'autres actions

---

<sup>47</sup> Site du programme *Au rythme du souvenir* : <http://aurythmedusouvenir.philharmoniedeparis.fr/>

<sup>48</sup> HASQUENOPH Bernard, «Montréal, un musée pour aller mieux», *Louvre pour tou.te.s, l'info citoyenne sur les musées*, publié le 4 avril 2018

<sup>49</sup> BONDIL Nathalie (dir.), *Pavillon pour la paix : Michal et Renata Hornstein art international et éducation : Atelier international d'éducation et d'art thérapie Michel de la Chenelière*, Musée des Beaux arts de Montréal, Montréal, 2016

<sup>50</sup> Art therapy and wellness at the Montréal Museum of Fine arts, Brochure, Montréal Museum of Fine Arts, International atelier for education and art therapy Michel de la Chenelière, Mars 2018

<sup>51</sup> BONDIL Nathalie (dir.), *Pavillon pour la paix : Michal et Renata Hornstein art international et éducation : Atelier international d'éducation et d'art thérapie Michel de la Chenelière*, op. cit.

<sup>52</sup> « Repenser l'art comme une force de cohésion sociale et de bien-être individuel s'impose. » idem p.20

<sup>53</sup> « Repenser les publics, c'est tout d'abord repenser le visiteur biologique et expérientiel. Notre besoin de « beauté », ou tout au moins d'émotion esthétique, est physiologique, pas seulement philosophique ou culturel. », Ibidem

<sup>54</sup> « Un musée de beaux-arts n'est plus une institution en apesanteur : il s'ancre dans la réalité de notre société, la tête dans les étoiles mais les deux pieds sur terre. » idem p.22

<sup>55</sup> Ibidem

d'envergure par le MBAM. D'abord la création, en 2017, d'un comité « Art et Santé » au sein même du musée, présidé par Rémi Quirion, scientifique en chef du Québec, et composé de « 16 experts des milieux de la santé, de l'art-thérapie, de la recherche, des arts et de la philanthropie. »<sup>56</sup>. Ce comité permet l'élaboration de projets de recherche et études cliniques pour mesurer les effets de l'art sur la santé.<sup>57</sup> A suivi le programme « Prescriptions muséales MBAM-MFdC » commencé le 1er novembre 2018.<sup>58</sup> Ce programme, sans doute celui qui a fait le plus de bruit dans la presse internationale, consiste à permettre à des médecins, membres de Médecins Francophones du Canada (MFdC), de prescrire des visites au musée des Beaux-Arts de Montréal. D'abord initié dans une phase pilote, dont 350 patients ont pu bénéficier, le programme a été récemment étendu suite aux résultats d'études cliniques, et des milliers de médecins ont maintenant la possibilité d'y participer. Ces actions du Musée des Beaux-Arts de Montréal et sa capacité à les faire connaître, a permis de générer une impulsion nouvelle notamment dans le monde francophone. Pionnier dans de nombreux domaines, il a notamment permis la traduction et la mise en avant du champ de recherche des *Museum in Health* déjà initié depuis quelques années au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis. Ce modèle francophone permet à ces problématiques d'entrer pleinement dans les réflexions muséales françaises, devenant ainsi une référence à étudier et à analyser de près.

Il est cependant important de noter que certaines associations n'ont pas attendu cet éveil des années 2010, ou la législation française, pour mettre en place des actions. On peut par exemple évoquer l'association loi 1901 « Culture & Hôpital » qui existe depuis 2003 « dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé, au maintien du lien social des personnes hospitalisées, accueillies en institution et soignées à domicile, par des pratiques artistiques et culturelles. »<sup>59</sup>. Il est possible également d'évoquer l'association Artz, fondée en 2007, spécialisée dans la maladie d'Alzheimer, qui « propose aux personnes atteintes des visites de musées, des ateliers et des événements artistiques et offre de temps libre aux proches aidants. »<sup>60</sup>. Cette

---

<sup>56</sup> MBAM, « Prescriptions muséales MBAM-MFdC : des visites au musée prescrites par des médecins à leurs patients », publié le 11 octobre 2018, accessible à <https://www.mbam.qc.ca/actualites/prescriptions-museales/>

<sup>57</sup> Ibidem

<sup>58</sup> Ibidem

<sup>59</sup> Site de l'association accessible à <http://www.culturehopital.fr/about/> (15/02/2020)

<sup>60</sup> Site de l'association accessible à <https://www.actionculturellealzheimer.org/> (15/02/2020)



association propose également des formations à sa méthodologie, à destination des professionnels. Des actions existent donc déjà en France, depuis plus d'une dizaine d'années, mais comparativement aux autres pays évoqués plus tôt, la reconnaissance officielle de telles pratiques est plus tardive à se mettre en place. Ce manque de reconnaissance officielle, ainsi que le manque de modèles et d'études fiables, sont sûrement la source d'une certaine défiance vis-à-vis de la muséothérapie.

« Lorsque nous demandions aux personnels des musées pour quelles raisons cette offre avait été développée et s'il était possible qu'elle témoigne d'une quelconque approche thérapeutique, la réponse fut unanime. L'offre ne répondait en aucun cas à des objectifs thérapeutiques visant à réduire les effets de la maladie. L'accessibilité fut le premier argument à nous être systématiquement communiqué. Pour les musées, tous confondus, il s'agissait de s'adapter aux spécificités d'un public malade, certes, mais envers lequel le musée s'engageait uniquement à rendre ses collections physiquement et intellectuellement accessibles. »<sup>61</sup>. Il est certain que le musée ne peut pas affirmer seul qu'un programme a des vertus thérapeutiques, puisqu'il n'est pas légitime pour le déterminer. Cependant, s'il s'accompagne de professionnels, s'appuie sur des études fiables et sur une reconnaissance officielle alors, il est plus facile pour lui de s'engager dans cette voie.

En résumé, il est possible de dire que la muséothérapie s'est mise en place progressivement, à partir d'expérimentations, de programmes et de théories qui ont abouti à la création d'un véritable champ de recherche, appelé *Museum in Health* au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Dans ces pays on a également vu des organismes et une institutionnalisation plus rapide qu'en France, restée un peu en retrait du développement de ce domaine. Toutefois, la grande communication autour des projets américains des années 2010 ont permis d'atteindre la France. Le développement de documents francophones sur le sujet ont également permis un éveil et la naissance du terme « muséothérapie » en français. Cependant cet éveil reste timide et, même si des programmes existent en France, la recherche et la communication autour de ces projets n'est que très peu voire pas du tout développée.

---

<sup>61</sup> NAULEAU MéliSSa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, op. cit., p.84

### III/ La muséothérapie : un des rôles du musée ?

La muséothérapie, telle qu'envisagée dans ce mémoire, est donc la thérapie par le musée, dans l'environnement du musée. Cependant, la question se pose de savoir pourquoi le musée devrait mettre en place des programmes à visée thérapeutique : en quoi la muséothérapie fait-elle aujourd'hui partie des rôles du musée ?

Ce type d'action pour le musée peut correspondre, dans un premier temps, à la conquête de nouveaux publics et à la réalisation de deux de ses missions fondamentales qui sont de « Rendre leurs collections accessibles au public le plus large »<sup>62</sup> et de « Concevoir et mettre en oeuvre des actions d'éducation et de diffusion visant à assurer l'égal accès de tous à la culture »<sup>63</sup>. En effet, les personnes hospitalisées constituent un public, de fait captif et très divers, auprès duquel il est aisé de sensibiliser à la culture et au musée : « De la même façon le milieu culturel s'intéresse à l'hôpital car celui-ci réunit des publics potentiels de tous âges et de toutes origines sociales. »<sup>64</sup>. Faire venir au musée des personnes qui n'y viendraient peut-être pas d'elles-mêmes fait partie des missions de démocratisation culturelle que porte le musée. Cependant, la muséothérapie peut aller au-delà de la démocratisation culturelle, et s'établir comme véritable aide au soin des personnes. Il s'agit ici de réfléchir à la raison pour laquelle le musée devrait permettre ou mettre en place des programmes à visée thérapeutique en son sein, donc aller au-delà d'un simple rôle de démocratisation culturelle en exerçant une véritable action sur les publics reçus, ici une action sur leur bien-être ou leur rétablissement.

Pour cela il faut rappeler la définition actuelle du musée : « Un musée est une institution permanente sans but lucratif au service de la société et de son développement, ouverte au public, qui acquiert, conserve, étudie, expose et transmet le patrimoine matériel et immatériel de l'humanité et de son environnement à des fins d'études, d'éducation et de délectation. »<sup>65</sup>. Cette définition est celle de l'ICOM datant du 9 juin 2007. Si celle-ci est en discussion en vue d'une actualisation, elle comporte

---

<sup>62</sup> Loi n° 2002-5 du 4 janvier 2002 relative aux musées de France, Article 2, JORF du 5 janvier 2002, p.305

<sup>63</sup> Idem

<sup>64</sup> Convention entre Le ministère de la Culture et de la Communication et Le secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale, 4 mai 1999, op.cit.

<sup>65</sup> ICOM, *Statuts, Tels qu'amendés et adoptés par l'assemblée générale extraordinaire*, le 9 juin 2017, Article 3. Définition des termes, Paris, France, 9 juin 2017

des éléments qui peuvent être intéressants vis-à-vis du sujet traité dans ce mémoire. L'extrait « au service de la société et de son développement » montre que le musée doit avoir une action au sein de la société qui l'abrite. Cependant, si cette définition fait référence à l'international, chaque pays l'adapte pour donner sa propre signification du musée. De plus, ce service rendu à la société peut être de nature très diverse et donc être interprété de manière différente par chaque pays. En France, cela se traduit principalement par de la « démocratisation culturelle » avec la loi « Musée de France » 2002-5 du 4 janvier 2002 qui envisage l'action que le musée doit avoir au sein de la société comme une mission « d'éducation », de « diffusion » et « [d']égal accès de tous à la culture ». Ainsi, la définition de l'ICOM et les possibilités diverses d'interprétation qu'elle offre ne permettent pas de dire que c'est le rôle du musée de s'engager, au-delà de la démocratisation culturelle dans la société. Cependant, la « Mission Musées XXI<sup>e</sup> siècle » a formulé de nouveaux horizons pour les musées et leur place au sein de la société. Dans le rapport de cette mission intitulé « Inventer des musées pour demain »<sup>66</sup>, on trouve un certain nombre de nouvelles orientations des rôles du musée qui pourraient justifier le développement de programmes de muséothérapie en son sein. En reprenant la définition de l'ICOM ce rapport insiste sur le fait que le musée est un service public et qu'il est au service de la société : « Le musée se présente comme une « institution permanente, au service de la société et de son développement » (c'est le début de la définition par l'Icom du musée). Ce principe semble parfois avoir été pris comme une figure de style, mais un grand nombre d'établissements en ont fait leur principe fondateur : le musée se présente comme un socle, stable, au sein d'un territoire, au service de la société dans laquelle il est situé et, cherchant à accompagner ou à favoriser son développement culturel, social et économique. »<sup>67</sup>. Le musée entre donc dans une logique territoriale et doit avoir une utilité publique qui va au-delà de son rôle culturel. Le musée du XXI<sup>e</sup> siècle doit jouer un véritable rôle économique et social au sein des territoires, et être pleinement ancré dans la réalité qui l'entoure.<sup>68</sup> Ainsi, actuellement une « porosité des fonctions du musée s'amorce »<sup>69</sup> en faisant de ce lieu un acteur public local à part entière. Il tend alors à devenir : « Un musée ouvert

---

<sup>66</sup> EIDELMAN Jacqueline (dir.), *Inventer des musées pour demain*, Rapport de la mission musée XXI<sup>e</sup> siècle, La documentation française, Paris, mars 2017

<sup>67</sup> Idem, p.76

<sup>68</sup> EIDELMAN Jacqueline (dir.), *Inventer des musées pour demain*, op.cit.

<sup>69</sup> Idem p.47

aussi bien aux plus âgés qu'aux plus jeunes, aux publics traditionnels mais aussi aux publics du champ social, se réinventant sans cesse, développant des partenariats avec les milieux scientifiques mais aussi éducatifs, médicaux, sociaux, etc. »<sup>70</sup>. On voit donc qu'en partant de cette idée du musée comme service public, ancré dans un territoire, accessible au plus grand nombre, développer des programmes de muséothérapie en partenariat avec des milieux médicaux devient une action logique. « Chaque musée, qu'il soit local ou national, se doit de réfléchir à toutes les possibilités d'explorer et de créer ces nouveaux liens afin de s'ancrer sur son territoire. C'est ce principe, nous en sommes persuadés, qui donne sa réelle légitimité au musée comme institution pérenne, au sein de notre société. »<sup>71</sup>. Le musée du XXI<sup>e</sup> siècle est donc appelé à s'ouvrir sur des actions telles que la muséothérapie qui favorisent son ancrage territorial et sociétal. C'est aujourd'hui dans son intérêt et cela entre dans la diversification de ses fonctions. Le développement de la muséothérapie est finalement caractéristique de l'évolution du rôle du musée au sein de la société et de son territoire au XIX<sup>e</sup> siècle. Son apparition est symptomatique d'un changement de paradigme au sein des musées et de leurs rôles.

---

<sup>70</sup> Idem p.88

<sup>71</sup> Idem p.88

## B. La thérapie

### I/ Thérapie : définition

#### 1/ La thérapie, qu'est-ce que c'est ?

Si nous choisissons d'étudier la « muséothérapie » il est nécessaire de définir ce qu'est la thérapie avant de l'appliquer au musée. Qu'entend-t-on par thérapie ? Nous avons tous une idée de ce dont il peut s'agir : un moyen employé pour nous guérir, pour aller mieux, pour être en meilleure santé. Pourtant la définition de ce terme n'est pas si simple qu'il y paraît. Ce terme a pour origine le grec *Therapeia* (θεραπεία) qui selon Le Petit Robert signifie « soin, cure »<sup>72</sup>. Ce terme désignait le soin donné aux statues des dieux par des serviteurs désignés comme « thérapeutes » pour maintenir de bonnes relations entre les hommes et les dieux.<sup>73</sup> Si la thérapie est une action de soin, alors cela désigne un champ très large d'actions possibles. Ce terme a d'abord été utilisé dans le domaine de la psychiatrie et y trouve une définition ou une application plutôt précise : le terme thérapie désigne, en psychiatrie, un processus défini pour le traitement d'un symptôme précis par une action ciblée.<sup>74</sup> Cependant, la prise en compte de problématiques annexes et leur intégration à un processus de soin apparaissent de plus en plus dans les thérapies. Ces problématiques peuvent être de l'ordre du bien-être, de l'estime de soi, du sentiment d'efficacité personnelle, ... Tout ce qui peut aider à « aller mieux » sans pour autant viser directement les symptômes précis d'une maladie. Un des mots dérivé de « thérapie » est « thérapeutique ». Ce dernier est utilisé dans tous les domaines de la santé et fait l'objet d'une définition plus proche de ce que semble vouloir désigner la muséothérapie. C'est aussi le mot utilisé dans la problématique qui nous occupe : dans quelle mesure le musée peut-il être thérapeutique ? Le Petit Robert 2013 définit ce mot ainsi : « 1. Qui concerne l'ensemble des actions destinées

---

<sup>72</sup> Thérapie, *Le Petit Robert 2013*, Le Robert, 2012

<sup>73</sup> GINGER Serge, « Place de la psychothérapie dans la société d'aujourd'hui », *Colloque national de la ffdp Paris*, palais du Luxembourg, le 19 octobre 1997, in *Journal français de psychiatrie*, n°21, 2004, pp.14-16

<sup>74</sup> Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, psychiatre à l'hôpital Gérard Marchant, le 24 février 2020, Annexe 5

à guérir, à traiter les maladies ; apte à guérir (syn : curatif, médical, médicinal). 2. Partie de la médecine qui étudie et met en application les moyens propres à guérir et à soulager les malades »<sup>75</sup>. Dès lors, cela va au-delà du simple soin : on place, par ce terme, notre propos dans le domaine médical. L'OMS définit l'activité thérapeutique ainsi : « Par activité thérapeutique, on entend la prévention, le diagnostic et le traitement de maladies physiques et psychiques, l'amélioration d'états pathologiques, ainsi que le changement bénéfique d'un état physique ou mental. »<sup>76</sup>. On voit dès lors que l'utilisation du terme « thérapeutique » apparaît lorsqu'un objectif médical est présent : il ne s'agit pas de simples soins, mais de soins en vue de l'amélioration d'un état identifié à l'avance. On remarque également que la thérapie ne s'arrête pas au simple traitement d'un état pathologique mais qu'elle englobe sa prévention, son diagnostic tout comme l'amélioration d'états annexes. Il est important de rappeler que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »<sup>77</sup>. Si la thérapie commence quand il y a une maladie ou un état pathologique, elle ne vise pas seulement la résolution des symptômes de cette maladie mais englobe des soins et points d'attentions beaucoup plus larges qui visent l'amélioration de l'état de santé de l'individu. Cependant, elle doit avoir une valeur scientifique : « Lorsqu'on parle de thérapie on parle de techniques qui ont été éprouvées, qui ont été reproduites avec des critères spécifiques de sensibilité et de fiabilité. »<sup>78</sup>. Cela rend l'importance de l'évaluation de ce type d'action primordiale. Dans le cadre de la muséothérapie, il ne s'agit pas seulement d'une évaluation muséale classique mais bien d'une évaluation médicale, réalisée par ou avec des professionnels de santé, qui doivent suivre une méthodologie précise, et qui peuvent attester de l'efficacité ou de la non-efficacité de la technique employée. Il existe encore peu d'évaluations scientifiques sur ce sujet, elles restent souvent internes aux établissements et difficiles à trouver.

Cette valeur scientifique et ce contrôle, en attendant une validation et

---

<sup>75</sup> « Thérapeutique », *Le Petit Robert* 2013, Le Robert, 2012

<sup>76</sup> OMS, « Médecine traditionnelle : définitions », *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle*, Organisation Mondiale de la Santé Genève, 2000

<sup>77</sup> OMS, *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 22 juillet 1946, New York, juillet 1946, p.1

<sup>78</sup> Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020, Annexe 6

reconnaissance officielle, peuvent être présents à partir du moment où un professionnel de santé, reconnu et possédant des diplômes lui permettant d'entreprendre ce genre d'action, accompagne l'activité : « 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. »<sup>79</sup>. Une personne qualifiée peut alors organiser des activités à visée thérapeutique.

## 2/ Différence entre activité ludique et activité thérapeutique

De nombreux ouvrages qualifient les bénéfices de la visite au musée comme une activité permettant de « distraire » les personnes malades. Il est important de distinguer une « activité ludique » d'une « activité thérapeutique » pour comprendre quelles sont les conditions nécessaires pour faire réellement de la « muséothérapie ». Une activité ludique n'est pas nécessairement encadrée par des professionnels de santé, alors que c'est une exigence pour l'activité thérapeutique. Si ces deux types d'activités peuvent avoir des objectifs communs, comme améliorer le bien être ou la qualité de vie, les activités thérapeutiques vont plus loin y ajoutant des objectifs de rééducation, de réadaptation, de soulagement et de soins, en lien direct avec la pathologie du patient.<sup>80</sup> « Les outils peuvent être les mêmes, mais les objectifs et les compétences professionnelles requises sont différents. »<sup>81</sup>. Pour illustrer cela Natividad Alarcon, psychologue, donne un exemple avec les « déjeuners thérapeutiques » : « Déjeuners thérapeutiques, vous et moi on déjeune, il 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. [...] 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. [...] 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

---

<sup>79</sup> Ibidem

<sup>80</sup> Poster « Être ou ne pas être un atelier thérapeutique ? », par ALARCON Natividad, TRUONG-MINH Emmanuelle, SOUBIGOU Anna, Hôpital Emile-Roux, AP-HP, Limeil-Brévannes, Annexe 3

<sup>81</sup> Ibidem

notion d'évaluation aussi, de voir si ça a porté ses fruits ou pas. »<sup>82</sup>. Une activité, quelle qu'elle soit, peut donc devenir thérapeutique à partir du moment où elle vise des objectifs thérapeutiques déterminés par un professionnel de santé et évalués par lui. Ainsi, le musée peut devenir un outil, un moyen de mettre en place une thérapie sans être «thérapeutique» en lui-même. La question est donc de savoir quelles caractéristiques possède-t-il qui peuvent permettre de mettre en place des activités thérapeutiques. Quelles spécificités comporte le musée, que ne comportent pas d'autres lieux, qui en feraient, éventuellement, un lieu privilégié pour un accompagnement thérapeutique ?

Pour clore cette question à propos de la définition de la thérapie il est possible d'en proposer une, issue des réflexions précédentes : la thérapie est un ensemble de soins ou activités qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé de personnes atteintes ou en voie d'être atteintes par une maladie. Elle est mise en place et encadrée par des professionnels de santé diplômés ayant des objectifs thérapeutiques précis. Ses effets doivent avoir été prouvés et reconnus pour lui donner une fiabilité scientifique, ou bien elle doit faire l'objet d'une évaluation fiable pour en mesurer l'impact.

### 3/ Thérapie et bien être

Dans les références autour des bénéfices des musées sur la santé ou plus généralement dans le domaine des *Arts in Health* on trouve souvent la notion de « bien-être » et la notion de « santé » mélangées, sans réelle distinction. Pourquoi cela ? Pour comprendre, il s'agit d'abord de définir ce qu'est le bien-être. C'est dans le domaine de la psychologie positive que se développent les premières recherches sur la notion de bien-être<sup>83</sup>. Il a alors été étudié sous deux angles différents : le bien-être « subjectif » et le bien-être « psychologique », constituant chacun un domaine de recherche spécifique.<sup>84</sup> Le bien-être « subjectif » ou « hédonique » correspond à un bonheur éphémère, une sensation de plaisir, un sentiment de

---

<sup>82</sup> Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020, Annexe 6

<sup>83</sup> VENUAT Camille, *Au son de l'immersion résonne le bien être, Étude de l'expérience intense, sonore, visuelle au musée des Musiques Populaires de Montluçon (MuPop)*, mémoire d'étude, O'NEILL Marie-Clarté (dir.), Ecole du Louvre, mai 2019

<sup>84</sup> SHANKLAND Rebecca, *La psychologie positive*, Dunod, 3<sup>e</sup> édition, Paris, 2019



satisfaction ou de bonheur.<sup>85</sup> C'est un bien-être de l'instant, du moment, il correspond à la satisfaction de désirs et de plaisirs. Le bien-être « psychologique » ou « eudémonique », quant à lui, correspond plutôt à un bonheur durable et authentique, il est relatif à de nombreux paramètres. Selon Martin Seligman, chercheur en psychologie et professeur à l'Université de Pennsylvanie, ces paramètres peuvent être synthétisés sous le modèle PERMA : des émotions positives (P), une vie engagée (E), des relations positives avec autrui (R), une vie pleine de sens (M) et un sentiment d'accomplissement (A).<sup>86</sup> Cela fait écho à d'autres modèles qui énoncent les besoins fondamentaux de chaque être humain qui sont développés plus loin dans ce mémoire.

Rébecca Shankland, professeure des universités en psychologie du développement, évoque ces deux modèles comme deux champs de recherche constitués, mais parle également de « bien-être global » qui rassemblerait les deux perspectives et serait synonyme du terme « qualité de vie ». Selon elle, il faudrait prendre l'ensemble des dimensions de bien-être « subjectif » et « psychologique » pour atteindre cette vision du bien-être, plus générale et globalisante. Ce bien-être « global » ou « optimal » rejoint alors le thème de la santé qui nous préoccupe ici. En effet, comme elle le souligne, « Le terme « bien-être » recouvre ce qui était précédemment appelé « qualité de vie », une notion définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1994 comme « englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ». La notion de qualité de vie était utilisée dans la recherche et la pratique clinique en particulier pour évaluer l'effet de certains troubles -- physiques ou psychiques -- sur la vie quotidienne des patients. »<sup>87</sup>. Dès lors on voit que le terme « qualité de vie », que Rébecca Shankland pose comme synonyme du bien-être global, est une composante des domaines de la santé et du soin, il s'agit de vocabulaire médical. De plus, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »<sup>88</sup>. Le bien-être apparaît ici comme la composante principale de la santé. Mélissa

---

<sup>85</sup> VENUAT Camille, *Au son de l'immersion résonne le bien être*, op. cit.

<sup>86</sup> Ibidem

<sup>87</sup> SHANKLAND Rebecca, *La psychologie positive*, op.cit., p.82

<sup>88</sup> OMS, *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*, op.cit.

Nauleau souligne cependant que la notion de « bien-être » et la notion de thérapie restent distinctes « Le bien-être est une notion qui implique une harmonie et un équilibre quotidien, d'ordre préventif, et permettant de préserver et d'améliorer la santé plutôt que de la rétablir. Il s'agit d'un travail sur le long terme dans lequel toutes sortes de composantes, extérieures à l'individu, interviennent. La notion de thérapie, elle, renvoie à l'état de santé précis de l'individu, atteint d'une pathologie ou d'un trouble diagnostiqué médicalement. La thérapie implique, comme le bien-être, une dynamique de soin. Mais elle constitue un processus particulier qui vise à traiter spécifiquement la pathologie ou le trouble en question, selon des objectifs définis et des résultats attendus. ». Pour autant, il semble essentiel lors d'une thérapie d'envisager et d'intégrer le bien-être de la personne, peut-être pas comme un objectif principal, mais comme un paramètre qui va encourager et permettre d'atteindre cet objectif.

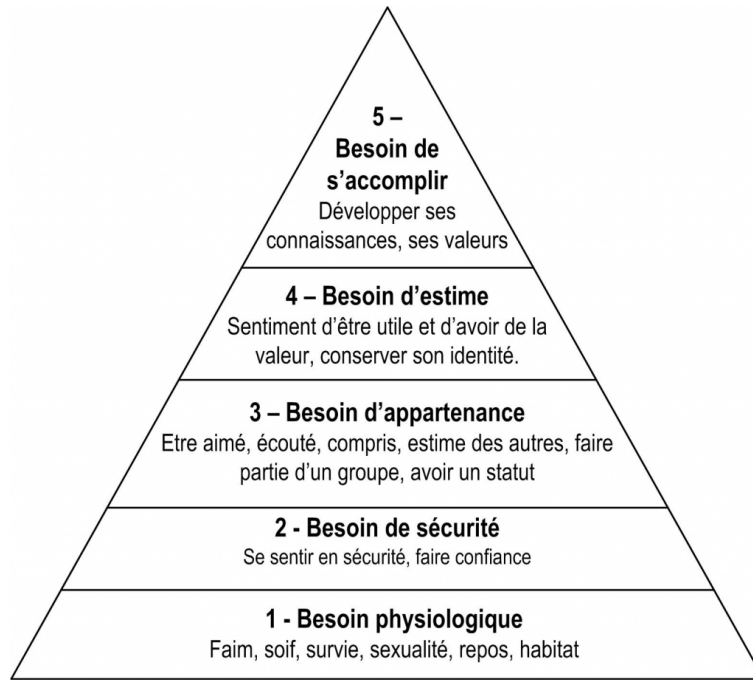
## II/ Soigner

### 1/ Les besoins fondamentaux des patients

Si la prise en charge thérapeutique ne consiste pas seulement en des soins ciblés sur les symptômes directs d'une maladie mais à un ensemble comprenant la qualité de vie et le bien-être, alors il est important de s'intéresser plus précisément aux besoins humains auxquels il est nécessaire de répondre. En 1943, Abraham Maslow, célèbre psychologue américain, met en avant l'existence de cinq groupes de besoins fondamentaux pour tout être humain.<sup>89</sup> Ces besoins ont par la suite été organisés selon une pyramide dans le domaine de la psychologie. Il est impossible de satisfaire un besoin tant que celui qui lui est inférieur n'est pas rempli.

---

<sup>89</sup> MASLOW Abraham, « A Theory of Human Motivation », *Psychological Review*, n° 50, 1943, pp. 370-396



Représentation de la pyramide de Maslow<sup>90</sup>

Si cette théorie des besoins a largement été remise en question, elle a été la base de nombreuses réflexions, notamment pour penser les besoins fondamentaux des patients et développer le savoir infirmier. Les caractéristiques thérapeutiques du musée qui sont développées lors de ce mémoire montrent que le musée répond à ces besoins, ou doit leur répondre pour pouvoir être thérapeutique. Il est déjà possible de souligner quelques correspondances qui sont développées plus amplement par la suite. Le « Besoin de s'accomplir » semble le plus évident des besoins pouvant être rempli par une visite au musée : « développer ses connaissances, ses valeurs ». Le musée est un lieu souvent reconnu comme un lieu de connaissances et, si quelques études peuvent remettre en cause la capacité d'apprentissage par le musée, c'est souvent un des objectifs du lieu. Le « Besoin d'estime » peut également être rempli par le musée : c'est un lieu symbolique qui peut parfois sembler inaccessible et réservé à des privilégiés, aller au musée peut donc être valorisant. De plus, c'est un lieu où l'on peut trouver des éléments historiques se rattachant à l'identité de certaines communautés. Enfin, le « Besoin d'appartenance » est particulièrement rempli au musée lors de visites en groupes : elles encouragent l'échange entre les personnes et peuvent permettre de renforcer les liens entre elles par la découverte d'intérêts communs et d'affinités.

<sup>90</sup> Image accessible à <http://produistavie.com/pyramide-de-maslow/>

A partir de cette théorie, Virginia Henderson (1897-1996), infirmière, enseignante et chercheuse aux Etats-Unis, développe un modèle qui fait émerger 14 besoins fondamentaux qui sont devenus une des bases du savoir infirmier.<sup>91</sup> Ce modèle est diffusé en 1960 par le Conseil International des Infirmières partout dans le monde<sup>92</sup>. Ces besoins, quand ils sont satisfaits, permettent à l'homme d'être un être accompli. Il faut cependant alerter sur le risque d'un modèle et d'une généralisation et ne pas perdre de vue que chaque personne a des besoins différents, à des degrés différents et désire l'indépendance. Le musée pourrait répondre à six de ces quatorze besoins fondamentaux. Ils sont cités ici dans l'ordre dans lequel ils seront développés lors de ce mémoire :

- **Se mouvoir et maintenir une bonne posture** : « 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. »<sup>93</sup>

Même si, lors de la venue de patients, une attention particulière est portée à la possibilité qu'ils se reposent, sans s'en rendre compte, les patients effectuent lors de la visite de nombreux mouvements, les lieux et les œuvres motivant le déplacement. Cela va participer à la rééducation de certains patients et au maintien de leur capacité à se mouvoir. La vie, quand on est malade, peut s'avérer parfois très statique, or la visite au musée permet le déplacement, le mouvement. Le musée est avant tout un lieu à parcourir et se déploie sur un espace étendu.

- **Être propre, soigné et 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. »<sup>94</sup>

Si cela est un rôle beaucoup moins évident lors de la visite au musée, il est pourtant présent. En effet, se rendre au musée c'est sortir de l'hôpital et se confronter à la société. De nombreux patients peuvent avoir du mal à garder une apparence

---

<sup>91</sup> Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson, Annexe 2

<sup>92</sup> INFIRMIER.COM, « Cours - Soins Infirmiers - Virginia Henderson et sa conception de la profession infirmière », publié le 2 février 2015 accessible à <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

<sup>93</sup> Ibidem

<sup>94</sup> Ibidem

soignée au sein de l'hôpital dans lequel l'intimité est parfois compliquée à préserver et où l'environnement n'est pas toujours propice au désir de prendre soin de son image. Or, sortir de l'enceinte de l'hôpital, retourner à la vie sociale, est pour de nombreux patients une motivation voire une injonction à soigner son apparence comme ils le faisaient avant d'être hospitalisés. Ainsi, le patient va se préparer pour la visite, « se faire beau », cela remplira alors son besoin d'être propre, soigné et peut contribuer à améliorer la perception qu'il a de lui-même.

- **Se divertir, se récréer** : « nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit. »<sup>95</sup>

Le musée peut être un lieu de loisir et de détente. Le contact avec les œuvres d'art peut être une occupation considérée comme agréable car elle peut procurer un bien-être. La visite au musée peut également être un moyen de se divertir, de vivre quelque chose en dehors de l'hôpital et qui ne soit pas en rapport avec la maladie, s'éloigner pour un temps de sa condition de malade.

- **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. »

La visite au musée est en général une bonne occasion pour toute personne d'apprendre de nouvelles choses ou, en tout cas, d'avoir l'impression de le faire. Peu importe si le contenu de la visite est retenu et réellement appris, l'important, c'est la participation de la personne et son sentiment d'avoir découvert quelque chose de nouveau et de se l'être approprié. Elle a alors l'impression d'avoir appris quelque chose, d'avoir progressé dans un domaine et son besoin d'apprendre est alors rempli. L'apprentissage entraîne l'envie d'apprendre et favorise une dynamique propice aux projets et donc à l'amélioration de l'état de santé. Le musée est un lieu de connaissance, reconnu comme tel, et peut donc répondre, de manière évidente, à ce besoin.

- **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

---

<sup>95</sup> Ibidem

croyances et d'intentions. »<sup>96</sup>

La visite au musée peut permettre au patient de communiquer quand elle est effectuée en groupe. D'autant plus, si la visite est dispensée par un médiateur, le visiteur est invité à réagir, à échanger avec celui-ci. Pour les musées de Beaux-Arts, l'œuvre d'art est un sujet de discussion qui peut s'avérer riche : elle invite chacun à exprimer son sentiment face à elle, tant par sa forme que par son sujet, elle peut être source d'émotion et de réactions diverses, elle est un outil de communication. Le musée est réellement un lieu qui peut inviter au dialogue et donc à la communication. La visite au musée peut aussi faire l'objet de conversation avec les soignants, la famille, et permettre au patient de parler, lui aussi, d'une expérience vécue hors de l'hôpital.

Ces besoins fondamentaux constituent un point de départ pour comprendre en quoi la visite au musée peut avoir des effets thérapeutiques. Soigner, ce n'est pas seulement s'occuper de l'état physique du sujet ou de ses sensations somatiques. Même si ces deux préoccupations sont des priorités, et que certains besoins sont directement liés à la survie physique du patient, chaque besoin cité ici entre en considération dans la prise en charge d'un patient et contribue à sa guérison. Il est certain que chaque patient a des besoins différents à des degrés différents suivant sa pathologie et ses désirs individuels. ( Il s'agit ici de s'intéresser à des prises en charge médicales sur le temps moyen ou long<sup>97</sup>, qu'il s'agisse d'une hospitalisation ou non. Il semble évident que pour certaines maladies passagères, comme le rhume, le musée n'est pas vraiment d'une grande utilité. )

## 2/ Le musée : une thérapeutique non médicamenteuse ?

La muséothérapie entre dans le spectre de ce qu'on appelle les « thérapeutiques non-médicamenteuses ». Ces thérapeutiques consistent en des prescriptions et pratiques qui n'impliquent pas la prise de médicament et qui contribuent, à terme, au rétablissement de la personne. Ces thérapies non-médicamenteuses peuvent être prescrites seules ou couplées à un

---

<sup>96</sup> Ibidem

<sup>97</sup> Pour les hospitalisations les « moyens séjours » durent environ 21 jours et les longs séjours peuvent durer jusqu'à la fin de la vie du patient.

accompagnement médicamenteux.<sup>98</sup> Elles peuvent également être utilisées, pour certaines, pour retarder l'échéance d'une prescription médicamenteuse.<sup>99</sup> Ces thérapeutiques médicamenteuses sont très variées : il peut s'agir par exemple de règles hygiéno-diététiques (régimes diététiques, activités physiques et sportives,...), de traitements psychologiques (thérapies cognitivo comportementales par exemple) ou de thérapeutiques physiques (techniques de rééducation comme la kinésithérapie ou l'ergothérapie).<sup>100</sup> Cependant, bien évidemment, ces thérapeutiques non-médicamenteuses peuvent s'étendre à d'autres domaines et activités.

Comme toute thérapie, une thérapeutique non-médicamenteuse doit avoir fait l'objet d'études validées et reconnues pour pouvoir être prescrite : « [...] l'évaluation de la pertinence du recours aux thérapeutiques non médicamenteuses doit être réalisée sur un schéma comparable à l'évaluation de toutes les autres stratégies de santé, i.e. pathologie par pathologie. Elle est conditionnée par l'obtention de preuves sur leur efficacité comparative grâce à l'utilisation de méthodes d'évaluation adaptées aux caractéristiques spécifiques de ces thérapeutiques. »<sup>101</sup>. Or, c'est ce qui fait encore défaut à la muséothérapie et qui, de ce fait, freine sa généralisation en France. Comme c'est un domaine d'étude récent, surtout dans le monde francophone, on trouve peu d'études réellement scientifiques à son sujet. Cependant, des pays comme le Canada l'ont expérimentée de manière « empirique » tout en produisant quelques études à son sujet et désormais reconnaissent la muséothérapie comme pouvant être une thérapeutique non-médicamenteuse à part entière.

S'il est important d'insister sur la possible appartenance, à terme, de la muséothérapie au spectre des thérapeutiques non-médicamenteuses, c'est pour souligner le fait que la prescription de ce type de thérapie n'est pas nouvelle. La muséothérapie apparaît donc comme une nouvelle possibilité de prescription et de soin au milieu de pratiques déjà présentes et recommandées par des autorités de santé pour éviter les prescriptions médicamenteuses systématiques. Des activités de muséothérapie sont déjà prescriptibles à Montréal. Le chemin à faire pour que celle-ci soit reconnue n'est donc pas si long qu'il n'y paraît : il faudrait multiplier les

---

<sup>98</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, « Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées », *Rapport d'orientation*, Avril 2011

<sup>99</sup> Ibidem

<sup>100</sup> Ibidem

<sup>101</sup> Idem p.9

études à son propos, surtout médicales, pour valider ou non ses effets.

### 3/ L'effet du psychologique sur le physiologique

Le musée semble n'avoir que peu d'impact physiologique, mais agirait plutôt sur le volet psychologique et le bien être. S'il ne s'agit pas ici de développer les effets psychologiques concrets du musée sur les personnes, il est important cependant de rappeler l'impact que le psychologique peut avoir sur le physiologique. L'OMS, la première, affirme ce lien entre santé mentale et santé physique «Souvent, les troubles mentaux ont une influence sur d'autres maladies, par exemple le cancer, les maladies cardiovasculaires et l'infection à VIH/sida, et sont influencés par elles, d'où la nécessité de services communs et d'efforts communs de mobilisation des ressources. Il est ainsi prouvé que la dépression prédispose au diabète et à l'infarctus du myocarde et, qu'inversement, ceux-ci accroissent le risque de dépression. »<sup>102</sup>. De nombreuses études ont été réalisées sur le sujet comme le soulignent Guy Noble et Helen Chatterjee en citant l'une d'entre elles dont les chiffres sont très parlants : « Studies by Mykletun et al. (2007, 2009), for example, showed the sobering statistics : « Depression is associated with 50% increased mortality after controlling for cofounding factors (such as lifestyle), 67% increased mortality from cardiovascular disease, 50% increased mortality from cancer, two-fold increased mortality from respiratory disease and three-fold increased mortality from metabolic disease. (Royal College of Psychiatrists 2010 : 14). » »<sup>103</sup>. Ces pourcentages montrent que l'impact n'est pas minime et que la santé mentale des patients, ainsi que leur bien-être, sont essentiels à prendre en compte dans la mise en place de leur thérapie. Si l'état psychologique est capable d'augmenter le risque de maladie physiologique, on voit également qu'il peut être un empêchement à la guérison puisque, par exemple, la mortalité du cancer est augmentée en cas d'état dépressif : l'état psychologique n'est pas seulement déterminant de l'apparition de ce

---

<sup>102</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Plan d'action global pour la santé mentale 2013 - 2020*, Genève, 2013

<sup>103</sup> « Les études de Mykletun et al. (2007, 2009), par exemple, ont montré des statistiques qui donnent à réfléchir : « La dépression est associée à une augmentation de 50 % de la mortalité après contrôle des facteurs cofondateurs (tels que le mode de vie), à une augmentation de 67 % de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires, à une augmentation de 50 % de la mortalité due au cancer, à une augmentation de deux fois la mortalité due aux maladies respiratoires et à une augmentation de trois fois la mortalité due aux maladies métaboliques. (Royal College of Psychiatrists 2010 : 14). » » CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, *Museums, health and well being*, Ashgate, 2013, Londres, p.36



cancer mais aussi du degré de risque qu'il fait encourir à la personne.

De plus, il ne s'agit pas seulement de troubles mentaux ou de maladies psychologiques, le stress, que tout-un-chacun a connu et peut ressentir de manière régulière dans son quotidien, peut également avoir de lourds impacts sur l'état de santé physique : « Nombre de recherches ont souligné l'impact physiologique du stress, comme l'accélération du rythme cardiaque ou la réduction de l'efficacité des défenses immunitaires. Si l'individu se trouve en état de stress chronique sans parvenir à rétablir un équilibre physiologique en régulant le stress par de l'activité physique, de la relaxation ou de la méditation, par exemple, il augmente -- entre autres -- ses risques de maladies cardiovasculaires. »<sup>104</sup>. Or, les affects positifs, les émotions positives, l'accomplissement des plaisirs et désirs (qui constituent le bien-être « subjectif ») pourraient permettre de réguler le niveau de stress des individus : « Or, pour rétablir le fonctionnement physiologique rapidement après un événement stressant, il a été démontré que les émotions positives étaient particulièrement efficaces. C'est ce que Fredrickson et Levenson (1998) ont nommé *undo effect*, c'est-à-dire que cela permet de « défaire » ce qui vient d'être produit.»<sup>105</sup>. Il semble donc clair que la santé physiologique d'un individu ainsi que sa capacité à guérir sont également conditionnées par son bien-être psychologique et sa santé mentale. C'est pour cela que soigner quelqu'un, quelle que soit sa pathologie, comprend les notions de qualité de vie et de bien-être et que la santé ne se définit pas par la seule absence de maladie.

Il y a beaucoup d'autres paramètres qui influent sur notre santé et nos chances de guérir d'une maladie identifiée. « 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. »<sup>106</sup>. Il est ainsi possible de remarquer qu'il existe énormément de facteurs psychologiques ou, en tout cas, n'agissant pas directement de manière physique, qui ont un impact important sur la réponse d'une personne à une pathologie.

---

<sup>104</sup> SHANKLAND Rebecca, *La psychologie positive*, Dunod, 3e édition, Paris, 2019, p.80

<sup>105</sup> Ibidem

<sup>106</sup> Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, psychiatre à l'hôpital Gérard Marchant, le 24 février 2020, Annexe 5

C'est pourquoi aujourd'hui dans le domaine du soin, on intègre de plus en plus la notion de « santé perceptuelle » à la mesure de la qualité de vie : « Il convient également de prendre en compte le sentiment de bien-être qu'éprouvent les individus, c'est-à-dire de faire une place à la santé perçue, autrement appelée « santé perceptuelle », ainsi qu'à la dimension subjective de la satisfaction et au contentement subjectif immédiat. »<sup>107</sup>. On cherche alors à « refléter l'impact des maladies et des interventions de santé sur la vie quotidienne des patients du point de vue des intéressés eux-mêmes. »<sup>108</sup>. Avoir à affronter une maladie peut avoir un impact important sur le quotidien et l'état psychologique d'une personne, ce qui a un impact direct sur la capacité de cet individu à affronter correctement la maladie en question. Du point de vue de certains, la médecine n'est qu'un adjuvant extérieur à la guérison : « En d'autres termes, toute guérison obtenue par voie médicale est en réalité une autoguérison de la nature elle-même. Les adjuvants médicaux ont beau venir du dehors, le processus de guérison va de la nature (malade) à la nature (saine). Le principe est intérieur. »<sup>109</sup>. C'est donc du patient directement que doit venir la guérison. Si les principes actifs des médicaments sont des adjuvants extérieurs souvent très puissants, il ne semble pas absurde, de ce point de vue, de pouvoir intégrer un élément comme le musée dans le processus de guérison. Si la visite au musée fait du bien au malade, si elle renforce son bien-être, améliore son état psychologique, alors elle est déjà là, adjuvante à la guérison du patient. C'est pourquoi, dans ce mémoire, il a été choisi de voir le soin et le processus thérapeutique comme un ensemble d'actions, de différentes natures, menant à une guérison, qui, elle, vient *in fine* toujours du patient lui-même.

---

<sup>107</sup> GUIBET LAFAYE Caroline, « Bien-être et qualité de vie en santé : l'approche par les capacités », *Cinquième Conférence Internationale sur l'Approche par les Capacités*, Paris, Septembre 2005, p.5

<sup>108</sup> Ibidem

<sup>109</sup> FOLSCHEID Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », *Actes du colloque international « Sens et Savoir » à l'occasion du cinquantième de la revue*, Faculté de philosophie, Université Laval, *Laval théologique et philosophique*, n°52, juin 1996, p.506

## C. Le musée : un espace thérapeutique

### I/ Sortir au musée : un moyen de se soigner ?

#### 1/ L'influence de l'environnement sur la santé

De nombreux auteurs reconnaissent que l'environnement dans lequel se trouve le patient a des influences sur sa qualité de vie et sur sa capacité à guérir.<sup>110</sup> Dès le XIX<sup>e</sup> siècle on porte attention à l'environnement dans lequel on place le patient pour lui permettre de guérir. « Dans [...] *Éléments et théorie de l'architecture*, plus loin, s'adressant toujours à ses étudiants Guadet persiste : « Deux pensées doivent vous guider : votre hôpital doit satisfaire à toutes les prescriptions de l'hygiène, aucune préoccupation ne peut primer celle-là ; il doit être un aspect encourageant pour le malade. Ces deux pensées se résument en une seule et même idée dominante : guérir. »<sup>111</sup>. Il y a une vision très hygiéniste au XIX<sup>e</sup> siècle quand on réfléchit à la conception de l'environnement du patient. Par exemple, les hôpitaux sont créés avec de grandes ouvertures pour faciliter la circulation de l'air que l'on pense essentielle à l'hygiène dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle.<sup>112</sup> Cependant, une attention particulière est également portée sur l'esthétique et la diversité de cet environnement. Il y a l'idée selon laquelle le patient doit s'y sentir bien pour pouvoir guérir. En 1860, Florence Nightingale, infirmière britannique, pionnière des soins infirmiers modernes, écrit *Notes on Nursing*<sup>113</sup>, qui est, encore aujourd'hui, une référence en termes de réflexions sur le soin infirmier. Elle y explique notamment l'importance de la variété et de l'esthétique dans l'environnement des patients : « I incline to think that the majority of cheerful cases is to be found among those patients who are not confined to one room, whatever their suffering, and that the majority of depressed cases will be seen among those subjected to a long monotony

---

<sup>110</sup> CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, *Museums, health and well being*, Ashgate, 2013, Londres

<sup>111</sup> MARTEL Pierre, SAINTE FARE GARNOT Nicolas, *L'architecture hospitalière au XIX<sup>e</sup> siècle : L'exemple parisien*, catalogue de l'exposition du 18 octobre 1988 au 22 janvier 1989, Musée d'Orsay Les dossiers du Musée d'Orsay, Édition de la Réunion des musées nationaux, Paris, 1988

<sup>112</sup> CHEMINADE Christian, « Architecture et médecine à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle : la ventilation des hôpitaux, de l'Encyclopédie au débat sur l'Hôtel-Dieu de Paris », *Recherches sur Diderot et sur l'Encyclopédie*, n°14, pp. 85-109, 1993

<sup>113</sup> NIGHTINGALE Florence, *Notes on nursing, What it is, and what it is not*, D. Appleton and Company, New York, 1860

of objects about them. »<sup>114</sup>. Le manque de variation dans l'environnement pourrait alors, selon elle, augmenter les risques de dépression chez le patient. Ainsi, le rétablissement serait plus long avec un environnement qui ne varie pas et/ou qui ne présente aucune stimulation esthétique : « I have seen, in fevers (and felt, when I was a fever patient myself), the most acute suffering produced from the patient (in a hut) not being able to see out of window, and the knots in the wood being the only view. I shall never forget the rapture of fever patients over a bunch of bright-coloured flowers. I remember (in my own case) a nosegay of wild flowers being sent me, and from that moment recovery becoming more rapid. »<sup>115</sup>. Si Florence Nightingale se

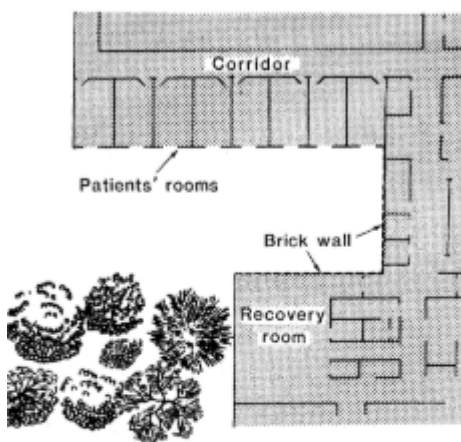


Fig. 1. Plan of the second floor of the study hospital showing the trees versus wall window views of patients. Data were also collected for patients assigned to third-floor rooms. One room on each floor was excluded because portions of both the trees and wall were visible from the windows. Architectural dimensions are not precisely to scale.

base surtout sur des observations empiriques, ce sont des théories qui ont été confirmées par la suite à de multiples reprises. Roger S. Ulrich a par exemple réalisé, entre 1972 et 1981, une étude basée sur 46 patients en soin post-opératoire après une cholécystectomie (une ablation de la vésicule biliaire).<sup>116</sup> 23 patients étaient placés dans une chambre avec une fenêtre qui donnait sur une vue arborée (l'étude a été réalisée entre mai et octobre de chaque année, pendant que les arbres avaient un feuillage) et les 23 autres étaient placés dans des chambres avec vue sur un mur de brique, comme le montre le schéma ci-contre.<sup>117</sup> Ulrich a réalisé des

paires avec ces patients, composées de deux patients dans une situation très proche (en âge, habitudes quotidiennes, couleur de la chambre, etc...), l'un ayant une

<sup>114</sup> « J'ai tendance à penser que la majorité des cas joyeux se trouve chez les patients qui ne sont pas confinés dans une chambre, quelle que soit leur souffrance, et que la majorité des cas dépressifs se trouve chez ceux qui sont soumis à une longue monotonie d'objets les concernant. » ibidem

<sup>115</sup> « J'ai vu, lors des fièvres (et ressenti, quand j'en étais moi-même atteinte), les souffrances les plus aiguës produites par le fait que le patient (dans une hutte) ne pouvait pas voir par la fenêtre, et que les nœuds dans le bois étaient leur seule vue. Je n'oublierai jamais le ravissement des patients fiévreux devant un bouquet de fleurs aux couleurs vives. Je me souviens (dans mon propre cas) qu'un bouquet de fleurs sauvages m'a été envoyé, et que depuis cet instant, la guérison s'était accélérée. » Ibidem

<sup>116</sup> ULRICH Roger, « View through a window may influence recovery from surgery », *Science, New Series*, Vol. 224, 27 avril 1984, pp. 420-421

<sup>117</sup> Idem, p.421, la notice descriptive signifie « Fig.1. Plan du deuxième étage de l'hôpital d'étude montrant les arbres par rapport à la vue des patients par les fenêtres murales. Les données ont également été recueillies pour les patients affectés aux chambres du troisième étage. Une chambre à chaque étage a été exclue car des parties des arbres et des murs étaient visibles depuis les fenêtres. Les dimensions architecturales ne sont pas précisément à l'échelle. »

fenêtre donnant sur les arbres, l'autre ayant une fenêtre donnant sur le mur de brique. Les différences entre les deux groupes de patients ont été significatives. « In summary, in comparison with the wall-view group, the patients with the tree view had shorter postoperative hospital stays, had fewer negative evaluative comments from nurses, took fewer moderate and strong analgesic doses, and had slightly lower scores for minor postsurgical complications. Although the findings suggest that the natural scene had comparatively therapeutic influences, it should be recognized that the « built » view in this study was a comparatively monotonous one, a largely featureless brick wall. »<sup>118</sup>. Ulrich, par cette étude, montre clairement que l'environnement influence la capacité de rémission d'un patient en soin post-opératoire. Cela permet de constater également que les effets ne sont pas seulement d'ordre psychologique mais également physiologiques, les patients prenant moins d'antalgiques et présentant moins de complications post-opératoires. D'autres études, plus récentes, viennent confirmer la thèse selon laquelle l'environnement du patient a une influence directe sur sa capacité de guérison. Certaines abordent même le sujet sous l'angle de l'architecture des lieux, et vont donc au-delà de la question de la décoration, de l'agencement des objets, etc... s'attachant à décrire l'influence de la structure même du bâtiment et de son allure architecturale propre. Des recherches, menées sous les auspices de l'initiative *Enhancing the healing Environment*<sup>119</sup>, mettent également en avant le fait que les patients sont sensibles à l'architecture qui les entoure et ont de meilleures capacités de rémission dans des bâtiments modernes que dans des bâtiments anciens.<sup>120</sup> Dans ce contexte, une étude menée dans les nouveaux bâtiments du *Poole Hospital Trust* et du *South Downs Health Trust* à Brighton a permis de voir les effets

---

<sup>118</sup> « En résumé, par rapport au groupe avec vue sur le mur, les patients avec la vue sur l'arbre ont eu des séjours hospitaliers postopératoires plus courts, ont eu moins de commentaires évaluatifs négatifs de la part des infirmières, ont pris moins de doses modérées et fortes d'analgésiques, et ont eu des scores légèrement plus bas pour des complications postopératoires mineures. Bien que les résultats suggèrent que la scène naturelle a eu des influences comparativement thérapeutiques, il faut reconnaître que la vue « construite » dans cette étude était relativement monotone, un mur de briques largement dépourvu de caractéristiques. », Idem, p.421

<sup>119</sup> Une initiative de l'organisation King's Fund, en Angleterre, qui encourage et permet à des équipes menées par des infirmières de travailler en partenariat avec les patients afin d'améliorer les environnements de soin. Accessible à :

<https://www.kingsfund.org.uk/projects/enhancing-healing-environment#our-work>

<sup>120</sup> ARTS COUNCIL ENGLAND, *The power of art visual arts : evidence of impact*, partie 2, 28 juin 2006, accessible à <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160204123256/http://www.artscouncil.org.uk/advice-and-guidance/browse-advice-and-guidance/the-power-of-art-visual-arts-evidence-of-impact-regeneration-health-education-and-learning>

significatifs et positifs du nouveau bâtiment par rapport à l'ancien<sup>121</sup> :

« • in the mental health sector, patient treatment times were reduced by 14% and patients were less abusive

• in the general medical sector, non-operative treatment times fell by 21% and patients required less analgesic medication

• patients and staff rated treatment and staff caring as better than before

• costs were not significantly higher »<sup>122</sup>

Ces études mettent en avant des résultats très concrets des effets, à la fois psychologiques et physiologiques, de l'environnement immédiat de la personne bénéficiant d'une prise en charge médicale. Elles ont parfois aussi pris en compte l'influence sur le bien-être du personnel, comme le signale le *Report of the review of Arts and Health Working Group* « The King's Fund's *Enhancing the Healing Environment* now has over 100 schemes. Formal evaluations demonstrate how transforming environments delivers therapeutic benefits, reduces staff and patient stress, supports staff development, and improves retention and recruitment. »<sup>123</sup>. Si dans ce mémoire il a été décidé de ne pas étudier en détail les potentielles influences sur le personnel de structure de soin, il est important de l'évoquer comme un facteur permettant une meilleure prise en charge du patient et donc ayant également un impact sur sa capacité de rémission. Ces études peuvent servir aux lieux de soin pour améliorer leur environnement de prise en charge, mais elles sont utiles également à ce mémoire puisque l'environnement muséal est particulier et présente ses caractéristiques propres. Savoir que l'environnement peut avoir une influence directe sur la santé et la rémission des patients, justifie l'étude de celui-ci et donc des caractéristiques potentiellement thérapeutiques de l'espace muséal.

---

<sup>121</sup> Ibidem

<sup>122</sup> « - dans le secteur de la santé mentale, la durée de traitement des patients a été réduite de 14 % et les patients étaient moins violents

- dans le secteur de la médecine générale, la durée des traitements non chirurgicaux a diminué de 21 %, et les patients ont eu besoin de moins de médicaments analgésiques

- les patients et le personnel ont estimé que le traitement et l'attention du personnel étaient meilleurs qu'auparavant.

- les coûts n'étaient pas sensiblement plus élevés. », idem, p.47

<sup>123</sup> « Le programme du *King's Fund, Enhancing the Healing Environment* compte désormais plus de 100 programmes. Des évaluations formelles ont pu démontrer comment les environnements de transformation apportent des avantages thérapeutiques, réduisent le stress du personnel et des patients, soutiennent le développement du personnel et améliorent la fidélisation et le recrutement » CAYTON Harry (dir.), *Report of the Review of Arts and Health Working Group*, Department of Health, Mars 2007 accessible à

<http://www.artsandhealth.ie/wp-content/uploads/2011/09/Report-of-the-review-on-the-arts-and-health-working-group-DeptofHealth.pdf>

## 2/ Sortir de l'espace de soin ou de l'espace quotidien

Si l'environnement a un impact important sur la capacité de rémission et le bien-être d'un patient alors, changer d'environnement a nécessairement une influence. Sortir au musée pour le patient signifie, avant tout, sortir des lieux quotidiens qu'il fréquente. S'il est hospitalisé dans une structure de soin pour une longue période, ce lieu devient alors son lieu de vie. Or, les structures médicalisées, malgré leurs efforts pour faire que les espaces deviennent des lieux agréables et moins anxiogènes, ceux-ci restent, par leurs odeurs, leurs bruits, leurs fonctions, associés à la maladie : sortir de cet endroit c'est donc en un sens s'éloigner du « lieu de la maladie », pour un temps. Si la personne est prise en charge à domicile, sortir de la maison correspond tout de même à s'éloigner d'un environnement qui est devenu celui de la maladie, c'est un changement au milieu d'un quotidien souvent rythmé par les soins. Juliette Carvunis a réalisé une étude sur le programme « Le Louvre à l'hôpital »<sup>124</sup> et compare « les conversations », interventions du médiateur au sein de l'hôpital, avec les visites au sein du musée : « Les conversations convoquent rarement ce sentiment d'oubli. Les notions d'évasion et d'oubli sont évoquées dans un seul questionnaire. Cette activité étant organisée au sein de l'hôpital, elle n'est pas aussi dépayssante que la visite. »<sup>125</sup>. Elle fait ainsi remarquer deux aspects de la sortie de l'espace de soin au musée. D'abord le « sentiment d'oubli », oubli de la maladie, de l'état dans lequel la personne se trouve car, comme nous le suggérons, sortir de l'espace dans lequel on reçoit des soins c'est sortir du lieu quotidien de la maladie. Mais aussi, elle évoque le « dépaysement » que peut provoquer le musée en tant que lieu qui n'est pas, et n'a souvent jamais été, un lieu du quotidien. Il constitue donc un endroit « hors-du-commun » et peut provoquer un sentiment de dépaysement. D'ailleurs, Stephen Kaplan, Lisa Bardwell et Deborah Slakter identifient ce « dépaysement » comme un facteur nécessaire pour qu'un environnement soit qualifié de « restaurateur » selon leur théorie : « The first of these factors, Being Away, requires that the environment be different from the usual, away from one's everyday cares and concerns. An environment that is away is a distinct

---

<sup>124</sup> Un programme mené en collaboration entre le musée du Louvre et l'APHP proposant aux hôpitaux 3 visites par an au musée et 3 interventions à l'hôpital appelées « conversations ».

<sup>125</sup> CARVUNIS Juliette, *Hors les murs et entre les murs : la culture pour les patients, l'exemple du Louvre à l'hôpital, partenariat entre l'AP-HP et le musée du Louvre*, LESEUR Frédérique (dir.), mémoire de stage de M2, Ecole du Louvre, 2017

and separate environment. »<sup>126</sup>. Cette théorie des *restorative environments* est développée en détail plus tard dans ce mémoire pour comprendre la façon dont elle est applicable au musée. Cependant, il est déjà possible de qualifier la sortie de l'espace de soin comme quelque chose qui permet au patient de s'évader et d'être dans une configuration différente de celle qu'il a depuis qu'il est malade. C'est d'ailleurs ce que confirme le propos d'un patient ayant participé en 1996 au programme d'art thérapie et d'éducation muséale de la Collection McMichael d'art canadien<sup>127</sup> : « Lorsque je suis arrivé, le cadre était si serein, vous savez, et si étranger à tout ce qui va de pair avec le cancer... Loin de l'odeur caractéristique de l'hôpital... [...] »<sup>128</sup>. Ce dépaysement, cet éloignement du lieu de soin, est aussi un éloignement temporaire de la maladie et donc peut être une clef pour améliorer un processus thérapeutique.

Au-delà du fait que le lieu quotidien est devenu le lieu de la maladie et du soin, la maladie entraîne souvent une sédentarité et un isolement du fait du peu de changement régulier de cadre. Comme le souligne Florence Nightingale dès 1860<sup>129</sup>, ne pas varier son environnement, ne pas en sortir, et rester de manière complètement sédentaire entre les mêmes murs pendant plusieurs jours ou semaines, peut avoir des conséquences sur la santé mentale et le niveau d'anxiété. En cette année 2020, assez exceptionnelle en raison des confinements des personnes liés à la pandémie de Covid-19, il semble aisé pour chacun d'approuver ce constat. Il faut ajouter à ce poids de la sédentarisation, le poids de la maladie et le mal-être qu'elle peut entraîner. Sortir au musée, c'est donc avant tout sortir et changer d'horizon.

Cependant, sortir n'est parfois pas si simple. De nombreuses contraintes peuvent apparaître et freiner ce type de sortie. D'abord, des contraintes liées à l'état des patients : certains ne sont pas médicalement en état de s'éloigner de l'espace de soin ou de leur espace quotidien. Et, même pour ceux qui le peuvent, toute sortie

---

<sup>126</sup> « Le premier de ces facteurs, la mise à distance, requiert que l'environnement soit différent de l'habituel, loin des soucis et préoccupations du quotidien. Un environnement éloigné est un environnement distinct et séparé. » BARDWELL Lisa V., KAPLAN Stephen, SLAKTER Deborah B., «The museum as a restorative environment», *Environment and Behavior*, Vol. 25, n°6, 1993

<sup>127</sup> Un programme d'art thérapie et d'éducation muséale de la *Collection McMichael* d'art canadien en collaboration avec le *Bayview Cancer Support Network* visant des participants atteints de cancer ayant eu lieu à trois reprises sur le lieu même du musée en 1995 et 1996.

<sup>128</sup> DEANE Karen, CARMAN Marianne, FITCH Margaret, « Le rapprochement entre l'art-thérapie et l'éducation muséale dans le contexte du vécu du cancer », *Canadian Oncology Nursing Journal*, pp. 143-146, 2000, p.144

<sup>129</sup> NIGHTINGALE Florence, *Notes on nursing, What it is, and what it is not*, op. cit.



doit être préparée en amont, notamment du côté des structures soignantes : il faut que les infrastructures et l'accueil du musée soient adaptés, il faut prévoir et rendre disponible du personnel pour accompagner les patients, il faut réfléchir aux modes de transports, etc... Une préparation des patients eux-mêmes est parfois nécessaire. Sortir de son quotidien n'est pas évident pour tous les patients et tous les types de pathologies. C'est notamment le cas de certains patients souffrant de troubles psychiatriques : Laurence Paquier, psychologue, explique qu'une exposition de musée « peut parfois être vécue comme une menace : lieu inconnu, présence éventuelle d'une foule, absence des repères habituels... De plus, l'art en lui-même est une construction particulière, qui peut être vécue comme envahissante et déstructurante par les psychotiques. L'équipe prépare les participants à y être confrontés. »<sup>130</sup>.

Si la sortie de l'espace de soin peut donc être bénéfique pour les patients car elle les éloigne de leur quotidien et peut leur permettre, juste par le fait de sortir, de s'évader, il est cependant important de la préparer en amont à la fois dans ses aspects logistiques que dans la préparation des patients à une telle activité. Il est également important de ne pas perdre de vue que ces sorties sont impossibles pour certains patients en raison de leurs pathologies ou de leur état de fatigue.

## II/ Architecture et espace

### 1/ Un lieu architecturalement spécifique

Les musées se trouvent bien souvent dans des lieux spécifiques et facilement repérables dans l'environnement. Il est compliqué de faire des généralités sur les architectures de musées tant elles sont diverses : certains musées se trouvent dans des monuments historiques anciens, d'autres dans des anciens lieux industriels, d'autres sont des œuvres architecturales spécialement pensées pour l'institution, etc... Cependant, il y a peu de musées dont l'architecture intérieure ou extérieure ne sort pas de l'ordinaire. « The architectural boundaries of a museum (scale, lighting, temperature, circulation, display, etc.), along with the appraisals visitors make of

---

<sup>130</sup> PAQUIER Laurence, « Les sorties culturelles à visée thérapeutique », *Le Journal des Psychologues*, n°289, pp 43 à 47, 2011

these elements, mark a clear difference between the museum and the world outside of it. »<sup>131</sup> . Sortir au musée ce n'est donc pas seulement aller dans un environnement autre, c'est aller dans un environnement extra-ordinaire. Un espace repérable, à part, un type de lieu unique, ce qui le rend d'autant plus dépaysant pour le patient, lui permettant ainsi de s'extraire de son quotidien.

## 2/ Un espace à parcourir

Le musée est un espace souvent vaste. C'est un espace de promenade en intérieur, un des rares lieux en intérieur où le visiteur est appelé à autant se déplacer. « Contrairement au cinéma, à la lecture, aux spectacles, la culture s'y pratique non pas assis mais debout et mobile »<sup>132</sup>. Si cela peut être un obstacle à la visite de certains patients, entraînant une trop grande fatigabilité, cela répond cependant au besoin fondamental de l'homme développé par Virginia Henderson : « Se mouvoir et maintenir une bonne posture ». Il est essentiel pour le bien-être et la bonne santé de continuer à mobiliser les différents muscles du corps. Le mouvement stimule des fonctions corporelles comme la respiration, la circulation sanguine, la digestion et l'élimination.<sup>133</sup> Entretenir la capacité à se mouvoir permet également à la personne de continuer à être autonome dans ses déplacements et, ainsi, de créer et/ou de maintenir plus facilement des contacts sociaux en allant vers les autres.<sup>134</sup> Les patients font parfois face à une sédentarité et à une immobilité importante qui sont des obstacles à leur rémission et peuvent détériorer leur état de santé. Cependant, mobiliser son corps, quand on est malade, ce n'est pas toujours évident et, même quand elle est prescrite par un médecin, « L'activité physique peut être perçue comme une contrainte imposée par la maladie et une obligation pour se soigner. Le sentiment d'obligation est une caractéristique de la régulation externe et ancre la

---

<sup>131</sup> « Les limites architecturales d'un musée (échelle, éclairage, température, circulation, exposition, etc.), ainsi que les appréciations que les visiteurs portent sur ces éléments, marquent une nette différence entre le musée et le monde extérieur de ce dernier. » SALOM Andrée, « The therapeutic potentials of a museums visit », *International Journal of Transpersonal Studies*, Vol. 27, article 13, pp. 98-103, 2008, p.98

<sup>132</sup> BONDIL Nathalie (dir.), *Pavillon pour la paix : Michal et Renata Hornstein art international et éducation : Atelier international d'éducation et d'art thérapie Michel de la Chenelière*, Musée des Beaux arts de Montréal, Montréal, 2016, p.24

<sup>133</sup> KLEIN Nicole, *Le besoin fondamental de l'homme de se mouvoir et de maintenir une bonne posture*, Lycée Technique pour Professions de Santé Année scolaire 2009-2010, PIRARD Brigitte (Trad.), 2010

<sup>134</sup> Ibidem

motivation dans une forme non autodéterminée. »<sup>135</sup> Motiver les patients à effectuer une activité physique n'est donc pas toujours évident. Or, visiter un musée peut permettre une mobilisation du corps et des muscles de manière inconsciente, comme le souligne la psychomotricienne interrogée lors de la visite de l'exposition Hans Hartung avec l'association Culture et Hôpital qui remarque une spontanéité dans le déplacement : « 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. »<sup>136</sup>. Si on ne peut pas la considérer comme une véritable activité physique, cela reste une mobilisation non négligeable des différents muscles du corps. Lors de l'observation de la visite de patients Alzheimer au Musée d'Orsay pour l'exposition « Degas à l'Opéra », il a été observé que, même s'ils avaient des sièges à disposition pour pouvoir se reposer lorsque le médiateur parlait devant une oeuvre, l'activité physique était présente : les visiteurs devaient régulièrement se lever et s'asseoir de leur siège puis se déplacer d'une oeuvre à une autre.<sup>137</sup> Inconsciemment, ils mobilisaient donc leurs muscles et faisaient des efforts physiques. Pour certains patients, ce genre d'effort est déjà un pas certain vers ce besoin nécessaire.

### 3/ La salutogenèse, concept applicable à la muséographie

Si l'environnement a une telle influence sur les individus, alors il semble logique que l'on puisse penser des lieux, architectures et design qui soient favorable pour la santé. De nombreuses réflexions ont été menées en ce sens directement dans les enceintes hospitalières pour apporter au sein de l'hôpital un design qui aide le patient dans sa rémission. Ces réflexions se sont progressivement étendues à l'ensemble du domaine de l'architecture.

On trouve notamment des réflexions sous le nom de *salutogenic design* que

---

<sup>135</sup> DUBOIS DE LA PATELLIERE Arthus, *Comment favoriser le maintien d'une activité physique régulière ?*, Application lors d'une prise en charge en réhabilitation respiratoire, Travail écrit en vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur kinésithérapeute 2015, Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale, mars/avril 2014, p. 25

<sup>136</sup> 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, Annexe 7

<sup>137</sup> 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, Annexe 10

l'on peut traduire par « design salutogénique » ou « design du salut ». Ces réflexions sont tirées de la thèse de Aaron Antonovsky, un sociologue israélien et américain, qui a élaboré une théorie de la santé en 1979 dans son livre *Health, Stress and Coping*, proposant un nouveau paradigme. Alors qu'il s'intéresse à des femmes ayant vécu des événements parfois terribles, comme une déportation lors de l'holocauste, il se demande comment elles ont fait pour traverser ces épreuves et continuer de vivre une vie classique.<sup>138</sup> Pour lui, l'état de santé d'un individu se trouve sur un continuum entre la bonne santé et la maladie, et il est soumis à de nombreux « facteurs de stress » au quotidien qui peuvent l'affecter. « Sous l'influence de ces facteurs de stress, un individu se retrouve sous tension. Dès lors, soit il succombe à cette tension et se dirige vers une direction dite « pathogénique », soit il la surmonte et se dirige à l'opposé vers un pôle dit « salutogénique » d'un continuum santé-maladie. »<sup>139</sup> La santé n'est alors plus dans un état dichotomique, soit absente soit présente, mais se place sur un continuum.<sup>140</sup>

Contrairement à la majorité de la pensée médicale à ce moment-là, Aaron Antonovsky ne s'intéresse pas aux facteurs pathogènes qui affectent un corps humain en parfait fonctionnement, mais aux facteurs qui font qu'une personne réussit à rester en bonne santé malgré les facteurs de stress. Il remarque alors, en posant des questions aux femmes auxquelles il s'intéresse pour son étude, qu'elles réussissent toutes, à travers leurs expériences, à donner du sens au monde. De là il tire un des fondements principaux de sa théorie : le « sentiment de cohérence », abrégé en SOC (Sens of Coherence). La solidité du sentiment de cohérence chez une personne serait alors un facteur déterminant pour faciliter son mouvement vers un état de bonne santé.<sup>141</sup> « Le sentiment de cohérence se définit comme: Une prédisposition exprimant le degré selon lequel un individu a confiance (1) que les stimuli de son environnement seront structurés, prévisibles et explicables, (2) que des ressources seront disponibles pour satisfaire aux exigences posés par ces stimuli et (3) que ces exigences seront dignes d'investissement et d'engagement. (Antonovsky, 1987, traduction libre) [...] Trois dimensions composent donc le sentiment de cohérence: (1) l'intelligibilité, (2) la capacité de contrôle sur sa

---

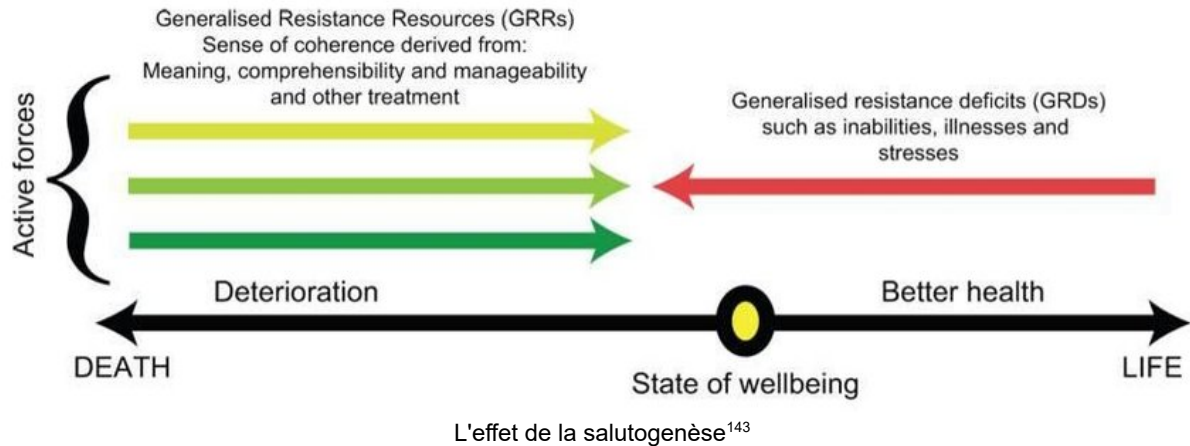
<sup>138</sup> ROY Matthieu, « Pour une promotion de la santé : La salutogénèse », *Spiritualitésanté*, Janvier 2013, pp. 44-47

<sup>139</sup> Ibidem

<sup>140</sup> Ibidem

<sup>141</sup> ANTONOVSKY Aaron, « The salutogenic model as a theory to guide health promotion », *Health promotion international*, Voll. 11, n°1, Oxford University Press, 1996

vie et (3) sa signification. »<sup>142</sup>. Ce sentiment de cohérence serait alors une force active permettant la résistance aux facteurs de stress et maladies qui peuvent affecter une personne, et sa progression sur le continuum de la santé.



Cette théorie apporte un nouveau point de vue sur l'état de santé et c'est notamment à partir de celle-ci que certains architectes vont penser une architecture « salutogénique ».

C'est ce sentiment de cohérence et les trois dimensions qu'il comporte que certains vont reprendre pour penser l'architecture. Jan Golembiewski, architecte, chercheur en *Psychological Design*, reprend cette théorie pour penser une meilleure architecture, dans les lieux de soins notamment. Il l'utilise pour penser l'architecture des lieux de soins psychiatriques qui traitent des patients dont certains peuvent avoir une perception altérée de la réalité, avec des distorsions ou des hallucinations, et rencontrer des difficultés à cause de cela.<sup>144</sup> Ainsi, il reprend les trois caractéristiques qui composent le sentiment de cohérence pour les appliquer à l'architecture d'un lieu de soin psychiatrique :

« Comprehensibility : making sure that perceptual cues are present to assist perceptual processes. These include attention to texture and materiality, controlling the size of spaces and the numbers of patients and expressing environmental features in a normal way. [...]

<sup>142</sup> ROY Matthieu, « Pour une promotion de la santé : La salutogénèse », op. cit.

<sup>143</sup> Image tirée de GOLEMBIEVSKY Jan, « Start making sense applying a salutogenic model to architectural design for psychiatric care », *Facilities*, pp. 100-117, 2010

<sup>144</sup> Ibidem

Manageability : that is allowances for patients to exercise control of the environment, details such as opening windows and the provision of ADL and sporting facilities. [...]

Meaningfulness : enriching the environment with complexity, order and aesthetic considerations as well as providing good spaces for visitors special personal belongings and possibly even for pets.

All of these approaches come together to create an architecture that really serves the needs of mental health patients, fortifying their overall sense of coherence and mental wellbeing and improving recovery. »<sup>145</sup>.

Cette approche de l'architecture à partir du concept de salutogenèse s'est étendue hors des lieux de soin et est appliquée aujourd'hui à des espaces comme des aéroports, des bureaux ou des écoles par exemple.<sup>146</sup> Certains, n'hésitent pas à l'utiliser pour penser l'architecture à l'échelle de la ville : l'organisation de ses infrastructures, de ses transports,...<sup>147</sup>

Ainsi, il serait possible d'appliquer cette théorie à une pensée muséographique et scénographique. S'il ne s'agit pas de transformer le musée en lieu de soin, il est sans doute intéressant de noter qu'il peut influencer la santé de ses visiteurs en fonction de sa muséographie. Il serait donc théoriquement possible de scénographier une exposition de manière à ce qu'elle soit la plus salubre possible.

Des ouvrages résumant les caractéristiques favorisant le bien-être et la santé mettent en avant certains points d'attention : par exemple, la lumière influencerait la santé et le bien-être selon qu'elle est naturelle ou artificielle, chaude ou froide,

---

<sup>145</sup> « Intelligibilité : s'assurer que les indices perceptifs sont présents pour aider les processus perceptifs. Il s'agit notamment de prêter attention à la texture et à la matérialité, de contrôler la taille des espaces et le nombre de patients et d'exprimer les caractéristiques de l'environnement d'une manière normale [...]

Capacité de contrôle : c'est-à-dire la possibilité pour les patients d'exercer un contrôle sur l'environnement, des détails tels que l'ouverture des fenêtres et la mise à disposition d'AVQ [Activités de la Vie Quotidienne] et d'installations sportives [...]

Signification : enrichir l'environnement par la complexité, l'ordre et des considérations esthétiques, tout en offrant de bons espaces aux visiteurs, aux objets personnels spéciaux et éventuellement aux animaux de compagnie.

Toutes ces approches se rejoignent pour créer une architecture qui répond réellement aux besoins des patients en santé mentale, en renforçant leur sentiment général de cohérence et de bien-être mental et en améliorant leur rétablissement » idem p.114

<sup>146</sup> TOWERY Chris, « Salutogenic design : building better health », *Owners perspective*, 30 juin 2012

<sup>147</sup> EPNES Geir Arild, LILLEFIELL Monica, MAASS Ruca, « The Application of Salutogenesis in Cities and Towns », *The Handbook of Salutogenesis*, pp. 171-179, 2017

puissante ou tamisée.<sup>148</sup> Les couleurs auraient également un impact sur les comportements et les humeurs<sup>149</sup>, allant même jusqu'à influencer l'efficacité de certains médicaments,<sup>150</sup> ainsi, à Tokyo, des lumières bleues sont utilisées dans les rues pour réduire les crimes et éviter les suicides.<sup>151</sup> On peut également souligner l'importance des textures qui stimulent le sens du toucher, sans le mobiliser.<sup>152</sup> L'utilisation de certaines textures et leur diversité aideraient alors à se concentrer sur le moment présent et ceci peut être bénéfique pour la santé mentale.<sup>153</sup>

S'il s'agit plutôt ici de bien-être que de thérapie en elle-même, le bien-être, comme cela a été montré précédemment, contribue à la rémission et à la bonne santé. Le musée, en dehors des visites, dans ses expositions, sa scénographie, sa conception même, peut effectuer des actions en faveur du mieux être pour tous.

#### 4/ Un lieu qui encourage la contemplation

L'espace du musée encourage le calme et la contemplation. En voulant mettre en avant les artefacts qu'il présente ou les informations qu'il veut transmettre, le musée accroît l'attention du visiteur. En ce sens, les musées sont souvent comparés à des sanctuaires et certains n'hésitent pas à rapprocher l'expérience de visite d'une expérience parfois méditative.<sup>154</sup> Par cette atmosphère, c'est toute la sensibilité du visiteur qui peut alors être accrue et cela peut l'aider à se reconnecter avec ses propres sensations et pensées : « Museums seek for clarity of perception by providing carefully chosen stimuli presented in controlled doses. This makes them advantageous environments for exploring the interaction between surroundings and their influence on inner life. Through the contemplative nature of the environment, visitors may be cued into an acute sensitivity that is beneficial for exploring the total setting and the parts that make it up: a beam of light, the chit-chat of nearby visitors,

---

<sup>148</sup> CHANNON Ben, *Happy by design, A Guide to Architecture and Mental Wellbeing*, Riba publishing, Londres, juillet 2019

<sup>149</sup> Ibidem

<sup>150</sup> CRAEN Anton J. M., DE VRIES Leonard A., KLEIJNEN Jos, «Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness», *British Medical Journal (BMJ)*, Vol.313,21, pp. 1624 - 1626, 28 décembre 1996

<sup>151</sup> CHANNON Ben, *Happy by design*, op. cit.

<sup>152</sup> Ibidem

<sup>153</sup> Ibidem

<sup>154</sup> FARRIER Alan, FROGETT Lynn, HACKING Susan, POURSANIDOU Konstantina, SAGAN Olivia, *Who cares ? Museums, Health and Wellbeing Research project, A Study of the Renaissance North West Programme*, University of Central Lancashire, Mars 2011

the lines on a painting, the smell of coffee, the view from a stairway. »<sup>155</sup> Cela contribue également à le distinguer des autres lieux quotidiens, qui sont souvent très actifs et n'ont pas ces mêmes caractéristiques contemplatives. Même l'hôpital, lieu de repos et de récupération pour de nombreuses personnes malades, peine à créer une atmosphère calme et contemplative comme le musée. L'hôpital n'est pas vraiment un lieu de calme : le patient peut être relié à des machines qui peuvent faire du bruit en cas de problème ou, même quand ce n'est pas le cas, les couloirs sont souvent très animés en raison des nombreuses tâches et urgences qui se présentent.

Cet aspect contemplatif est aussi permis par l'aspect sécurisé et sécurisant du musée. Le musée est un lieu où sont souvent conservés des objets de très grande valeur dans une atmosphère protectrice qui se transmet au visiteur. « This atmosphere of safety has the potential to create a sense of security in guests who visit, perhaps allowing them to risk experiences such as aloneness. [...] The protective limits, created to optimize attention, bid the mind to expand beyond its usual internal dialogues, and be present with and in the environment. »<sup>156</sup>. Cette atmosphère sécurisante permet donc au visiteur de se relâcher et de s'autoriser des expériences différentes par rapport aux autres lieux. Ce cadre sécurisant permet le calme, et l'atmosphère particulière présente dans un musée invite le visiteur à se laisser aller à la contemplation.

Cette atmosphère est aussi permise par un rapport au temps complètement différent de celui du quotidien. Comme Nathalie Bondil le souligne dans *Manifeste pour un musée des beaux-arts humaniste* : « Le musée pense à l'échelle de l'éternité, c'est assez rare comme perspective pour le souligner »<sup>157</sup>. Si cela concerne surtout la protection des objets, la transmission du patrimoine au futur, c'est nécessairement quelque chose qui se ressent en son sein, dans son espace même.

---

<sup>155</sup> « Les musées recherchent la clarté de la perception en fournissant des stimuli soigneusement choisis et présentés en doses contrôlées. Cela en fait des environnements avantageux pour explorer l'interaction entre les environnements et leur influence sur la vie intérieure. Grâce à la nature contemplative de l'environnement, les visiteurs peuvent être amenés à une sensibilité aiguë qui est bénéfique pour explorer l'ensemble du décor et les parties qui le composent : un faisceau de lumière, le bavardage des visiteurs voisins, les lignes d'un tableau, l'odeur du café, la vue depuis un escalier. » SALOM Andrée, « The therapeutic potentials of a museums visit », op. cit., p.100

<sup>156</sup> « Cette atmosphère de sécurité a le potentiel de créer un sentiment de sécurité chez les visiteurs, leur permettant peut-être de risquer des expériences telles que la solitude. [...] Les limites de protection, créées pour optimiser l'attention, incitent l'esprit à aller au-delà de ses dialogues internes habituels, et à être présent avec et dans l'environnement », Idem p.98

<sup>157</sup> BONDIL Nathalie (dir.), *Pavillon pour la paix : Michal et Renata Hornstein art international et éducation : Atelier international d'éducation et d'art thérapie Michel de la Chenelière*, op.cit.



Le musée est un lieu qui change peu, ou lentement, ce qui le différencie encore une fois de nombreux lieux du quotidien. Il semble donc logique qu'une fois à l'intérieur, les visiteurs arrivent à adopter un rythme plus lent qu'à leur habitude et à s'entendre penser pour se reconnecter à eux-mêmes.<sup>158</sup> Cette possibilité d'introspection est appréciée des visiteurs au sein des musées : « Studies demonstrate that visitors use and appreciate museums for the experience of introspection (Pekarik et al. 1999; Packer 2008), defined as turning « inward, to feelings and experiences that are essentially private, usually triggered by an object or a setting in the museum » (Pekarik et al. 1999: 158). »<sup>159</sup>. Et elle est également bénéfique à leur santé mentale : « As social work defines it, introspection is a critical component of mental health and a process that involves identifying, reflection upon, and understanding one's own feelings, experiences, and thoughts. »<sup>160</sup>. Si cette caractéristique est évidemment bénéfique à tout visiteur, les personnes bénéficiant d'une prise en charge médicale sont souvent dans une période de vulnérabilité où ils ont particulièrement besoin de ce type de moment de repos, de contemplation, et de reconnexion avec eux-mêmes.

Certains musées ont même poussé cette atmosphère contemplative en créant des espaces spécifiques. C'est le cas par exemple de la *National Gallery* de Londres qui a proposé, en 2018, des événements appelés « Looking without talking » qui proposait de s'asseoir en silence face à une œuvre, sans cartel, seul, dans une pièce fermée et isolée, avec la lumière ajustée, pour créer une atmosphère calme et méditative.<sup>161</sup> Comme beaucoup d'événements de ce type, on ne trouve que peu de documentation à leur propos et cela ne semble pas avoir été suivi d'une évaluation, ce qui ne permet donc pas d'en faire une analyse plus approfondie. En 2020, le musée des Beaux-Arts de Lyon a commencé à proposer des séances de médiation au musée<sup>162</sup>. Si le musée oriente les séances de médiation autour des œuvres d'art,

---

<sup>158</sup> WOOD Chris, « Museums of the mind, Mental Health, Emotional Wellbeing and Museums, Summary », *Culture unlimited*, Edition Nicola Nuttal, Décembre 2010

<sup>159</sup> « Des études montrent que les visiteurs utilisent et apprécient les musées pour l'expérience de l'introspection (Pekarik et al. 1999 ; Packer 2008), définie comme le fait de se tourner « vers l'intérieur, vers des sentiments et des expériences qui sont essentiellement privés, généralement déclenchés par un objet ou un cadre dans le musée. » » SILVERMAN Lois H., *The Social Work of Museums*, Routledge, Londres, 2010, p.45

<sup>160</sup> « Comme le travail social le définit, l'introspection est une composante essentielle de la santé mentale et un processus qui implique l'identification, la réflexion et la compréhension de ses propres sentiments, expériences et pensées. », *ibidem*

<sup>161</sup> BEDFORD Laura, CHATTERJEE Helen, DESMARAIS Sarah, *Museums as spaces for well being : A Second Report from the National Alliance for Museums, health and Wellbeing*, National Alliance for Museums, Health and Wellbeing, Arts Council England, 2018

<sup>162</sup> Site du Musée des Beaux-Arts de Lyon : Méditation au musée, accessible à <https://www.mba-lyon.fr/fr/taxonomy/term/123>

la nécessité d'avoir des espaces adéquats semble une évidence pour pouvoir le proposer au public. L'espace muséal semble favoriser ce type de pratique grâce à tous les critères de calme, de rapport au temps et de contemplation évoqués précédemment.

Si le musée est un lieu de calme, de contemplation et peut être associé à de la méditation, il est alors potentiellement un lieu privilégié pour réduire le stress. Une étude qualitative réalisée à la Galerie d'art Guildhall à Londres appuie cette affirmation : 28 travailleurs (14 hommes et 14 femmes) étaient invités à venir visiter le musée sur leur temps de pause déjeuner. Ils répondaient à des questionnaires et leur niveau de cortisol, hormone notamment sécrétée lors de situation de stress, était mesuré grâce à des tests salivaires. Les participants se sont estimés moins stressés après la visite et l'étude a montré une baisse significative du niveau de cortisol sur les personnes étant arrivées avec un haut niveau de cortisol au musée (16 personnes).<sup>163</sup> Le stress et la surabondance de cortisol peuvent avoir beaucoup d'influence négative sur la santé : « Stressful living conditions can disturb this healthy pattern resulting in inappropriately high cortisol concentrations for the time of day. Disturbed cortisol circadian profiles have been linked to ageing, clinical depression and a range of stress-related physical disease. »<sup>164</sup>. Or, les personnes ayant des soucis de santé et faisant l'objet d'une prise en charge médicale régulière sont d'autant plus sujettes au stress puisqu'elles doivent gérer leur maladie. En ce sens, la visite au sein de l'espace muséal peut être un moment d'apaisement qui les aide à réduire leur stress et donc constituer une aide thérapeutique non négligeable.

## 5/ Le musée, un lieu restaurateur

Stephen Kaplan, Lisa Bardwell et Deborah Slakter proposent d'envisager le musée comme un potentiel *restorative environment* (= environnement restaurateur). La théorie de la restauration a été élaborée en vue de lutter contre la fatigue de l'attention dirigée (DAF = *Directed Attentional Fatigue*). L'attention dirigée, ou attention sélective, permet de se concentrer sur un élément en inhibant tout stimulus

---

<sup>163</sup> CLOW Angela, « Normalisation of salivary cortisol levels and self-report stress by a brief lunchtime visit to an art gallery by London City workers », *Journal of Holistic Healthcare*, Janvier 2006

<sup>164</sup> « Des conditions de vie stressantes peuvent perturber ce modèle sain, ce qui se traduit par des concentrations de cortisol trop élevées pour le moment de la journée. Les perturbations des profils circadiens du cortisol ont été liées au vieillissement, à la dépression clinique et à une série de maladies physiques liées au stress », Idem, p.29

ou éléments annexes distracteurs<sup>165</sup>. C'est ce qui permet de se concentrer sur les paroles d'une seule personne dans un environnement bruyant ou de travailler sur une tâche, sans réaliser ou faire attention à ce qu'il se passe autour de nous. Or, cela demande de l'énergie et peut mener à une fatigue si l'effort est prolongé. C'est par conséquent quelque chose de très commun « Any time one has worked intensely on a project and subsequently finds oneself in a state of mental exhaustion, one has experienced DAF. »<sup>166</sup>. La fatigue de l'attention dirigée est caractérisée par un déclin dans la capacité de se concentrer, de fonctionner<sup>167</sup>, de raisonner et de planifier des choses.<sup>168</sup> Mais cela peut aussi inclure des symptômes comme l'impatience, l'irritabilité et une tendance à prendre des risques inutiles.<sup>169</sup> C'est quelque chose qui est loin d'être superflu et qui est même reconnu comme essentiel pour pouvoir bien fonctionner dans la vie quotidienne.<sup>170</sup>

Or, les personnes atteintes d'une maladie, notamment celles qui demandent un accompagnement médical sur le long terme, sont facilement sujettes à la fatigue de l'attention dirigée. D'abord, parce que celle-ci est facilitée et aggravée par un état de stress<sup>171</sup>, qu'il est commun de rencontrer lorsqu'on est malade. Ensuite, parce que gérer une maladie, plutôt sur le long terme, qui porte atteinte au quotidien d'une personne, demande énormément d'attention et mène donc presque systématiquement à ce type de fatigue. Or, paradoxalement, c'est dans ce type de situation qu'il y a le plus besoin de cette attention dirigée, pour gérer correctement la maladie : « During diagnostic and treatment periods, directed attention is needed to deal with informational needs, the realities of treatment, and a myriad of adjustments in daily life. »<sup>172</sup>. De plus, les environnements hospitaliers peuvent parfois être

---

<sup>165</sup> DESPRES Olivier, DUFOUR André, LITHFOUS Ségolène, *Le vieillissement neurodégénératif : méthodes de diagnostic différentiel, Cognition et orientation spatiales*, Elsevier, Chapitre 4 «Les déficits de l'attention spatiale », 4 avril 2018

<sup>166</sup> « Chaque fois que l'on a travaillé intensément sur un projet et que l'on se trouve ensuite dans un état d'épuisement mental, on a fait l'expérience de la DAF », BARDWELL Lisa V., KAPLAN Stephen, SLAKTER Deborah B., « The museum as a restorative environment », *Environment and Behavior*, Vol. 25, n°6, pp. 725 - 742, 1993, p.726

<sup>167</sup> CIMPRICH Bernadine E., *Attentional fatigue and restoration in individuals with cancer*, Degree of Doctor of Philosophy (Nursing), The University of Michigan, Ann Arbor (Michigan), 1990

<sup>168</sup> BARDWELL Lisa V., KAPLAN Stephen, SLAKTER Deborah B., « The museum as a restorative environment », op.cit.

<sup>169</sup> Ibidem

<sup>170</sup> CIMPRICH Bernadine E., *Attentional fatigue and restoration in individuals with cancer*, op. cit.

<sup>171</sup> BARDWELL Lisa V., KAPLAN Stephen, SLAKTER Deborah B., « The museum as a restorative environment », op.cit.

<sup>172</sup> « Pendant les périodes de diagnostic et de traitement, l'attention dirigée est nécessaire pour répondre aux besoins d'information, aux réalités du traitement et à une myriade d'ajustements dans la vie quotidienne. » CIMPRICH Bernadine E., *Attentional fatigue and restoration in individuals with cancer*, op. cit., p.1

sur-stimulants et donc renforcer la fatigue de l'attention dirigée comme le souligne Bernadine Cimprich : « At the same time, complex, highly technological health care environments can over-burden an individual's attentional capacity. »<sup>173</sup>. Ainsi, il est clair que des personnes qui sont atteintes d'une maladie, et dans un accompagnement médical régulier, ont besoin de cette attention dirigée pour gérer les situations particulières qu'elles rencontrent quotidiennement mais, en même temps, elles sont plus enclines à être touchées par la fatigue de l'attention dirigée et donc d'être dans l'incapacité de gérer ce type de situation de manière correcte. De simples tâches de la vie quotidienne peuvent alors paraître insurmontables.<sup>174</sup> La fatigue de l'attention dirigée peut donc s'avérer être un véritable handicap qui vient s'ajouter aux difficultés qu'impose déjà la maladie.

Ainsi, il semble important lors d'un suivi médical d'inclure des activités permettant de restaurer cette attention. Pour cela, il faut la mettre au repos.<sup>175</sup> On peut dormir mais, souvent, l'importance de la fatigue de l'attention dirigée est telle qu'elle excède ce que le sommeil peut corriger.<sup>176</sup> Il existe des environnements « restaurateurs », qui partagent des propriétés communes, dans lesquels il est plus facile de restaurer son attention dirigée tout en étant éveillé.<sup>177</sup> Stephen Kaplan et Rachel Kaplan ont d'abord développé cette théorie à partir d'environnements naturels. Cependant, Lisa Bardwell et alii. proposent la thèse selon laquelle le musée pourrait également constituer un environnement restaurateur.

En effet, il peut réunir les quatre facteurs de ce type d'environnement identifiés par les auteurs. D'abord le premier facteur qui a déjà été évoqué : « Being Away ». Ce facteur correspond au fait que le lieu doit être un lieu différent des lieux quotidiens, il faut que cela corresponde à un environnement distinct et séparé de la vie de tous les jours.<sup>178</sup> Pour le musée c'est le cas. Il se trouve souvent dans un bâtiment clairement identifiable et son architecture diffère des bâtiments fréquentés dans la vie de tous les jours. Il y a un aspect souvent « exceptionnel » dans la visite au musée ou, en tout cas, un aspect de l'ordre du loisir qui fait que, pour beaucoup de personnes, ce n'est pas un lieu qui fait partie du quotidien.

---

<sup>173</sup> « En même temps, les environnements de soins de santé complexes et hautement technologiques peuvent surcharger la capacité d'attention d'un individu » idem, p.1

<sup>174</sup> Ibidem

<sup>175</sup> BARDWELL Lisa V., KAPLAN Stephen, SLAKTER Deborah B., « The museum as a restorative environment », op.cit.

<sup>176</sup> Ibidem

<sup>177</sup> Ibidem

<sup>178</sup> Ibidem

Le deuxième facteur évoqué est « Extent ». Il désigne une stimulation qui s'étend dans le temps et dans l'espace.<sup>179</sup> Il faut donc que ce soit un environnement dans lequel on peut entrer et passer du temps, mais aussi qui soit assez étendu pour pouvoir se mouvoir et explorer.<sup>180</sup> Cet espace doit constituer un tout cohérent plutôt que de multiples pièces n'ayant pas de relations entre elles.<sup>181</sup> Le musée correspond parfaitement à cette description : c'est un lieu à explorer, dans lequel on passe le temps que l'on souhaite. De plus, comme il entend développer une connaissance, le musée fait en sorte de constituer un ou des ensembles cohérents en établissant des liens dans l'organisation de ses pièces et/ou sections.

Le troisième facteur est « Fascination » et implique le fait que la personne qui visite un tel environnement doit le trouver intéressant et stimulant.<sup>182</sup> C'est une caractéristique primaire et essentielle pour permettre à l'attention dirigée de se restaurer car cela permet de faire appel à d'autres types d'attention qui ne requièrent pas d'effort mental.<sup>183</sup> Ce facteur peut être présent dans les musées, si la personne y adhère. Ainsi, ce facteur n'est pas toujours présent dans l'expérience de chacun au musée : une personne peut très bien ne pas se sentir stimulée par le musée et n'y porter que peu d'intérêt. Les auteurs soulignent que « [...] some fascination must be learned. Individuals unfamiliar with the cultural setting of a work of art might fail to experience the Fascination that is likely to be an important part of a knowledgeable museum visitor's experience. »<sup>184</sup>. Donc, des personnes non-familiales avec la culture ou les musées pourraient rencontrer des obstacles pour satisfaire ce facteur si elles n'arrivent pas à apprécier, au sens d'évaluer, ce qu'elles voient. Il est cependant possible de se dire qu'une visite guidée pourrait permettre de réduire ces difficultés. Il est cependant important de souligner que la familiarité du visiteur avec le musée peut influencer ce facteur et donc l'importance du caractère restaurateur d'un environnement.<sup>185</sup> Ce facteur nuance l'application de ce modèle au musée : ce modèle peut fonctionner, mais sous certaines conditions, la stimulation des visiteurs en faisant partie.

---

<sup>179</sup> Ibidem

<sup>180</sup> Ibidem

<sup>181</sup> Ibidem

<sup>182</sup> Ibidem

<sup>183</sup> Ibidem

<sup>184</sup> « [...] il faut apprendre à exercer une certaine fascination. Les personnes qui ne sont pas familières avec le cadre culturel d'une œuvre d'art peuvent ne pas ressentir la fascination qui est susceptible de constituer une partie importante de l'expérience d'un visiteur averti dans un musée » Idem, p.731

<sup>185</sup> Ibidem

Enfin l'ultime facteur est « Compatibility » et désigne le niveau de correspondance de l'environnement avec les attentes et intentions du visiteur.<sup>186</sup> Par exemple, si la personne doit prêter attention à quelque chose ou est distraite par un élément extérieur, cela peut être incompatible avec la restauration de l'attention dirigée.<sup>187</sup> Ainsi, encore une fois, cela peut permettre de nuancer l'application de ce modèle au musée. Dans le musée idéal, ce facteur ne poserait pas de problème. Mais dans les faits, il n'est pas rare qu'un visiteur rencontre des difficultés ou des obstacles durant sa visite qui l'empêchent d'avoir une expérience optimale. Par exemple, dans le musée du Louvre, l'immensité du musée fait que souvent les visiteurs se retrouvent perdus et ont du mal à se repérer pour trouver les salles qu'ils veulent voir : cela peut empêcher la restauration de l'attention dirigée puisqu'ils doivent se concentrer sur une tâche afin de réaliser leur visite. Ces obstacles peuvent être également présent dans l'accessibilité : si une personne ayant des difficultés motrices ou étant fatiguée doit faire un effort supplémentaire pour accéder aux oeuvres (en montant des marches par exemple) ou trouver comment accéder à une salle (en cherchant un ascenseur mal indiqué) cela peut également être un frein à la présence de ce facteur. On peut émettre l'hypothèse que dans une visite de groupe organisée les obstacles à ce facteur peuvent être moins présents.

Il est important de rappeler cependant qu'aucun de ces facteurs n'est absolu et que dans un environnement un facteur peut être plus fort qu'un autre.<sup>188</sup> Cependant, « the more the environment possesses these properties, and the more strongly they are represented, the more restorative the environment will be. »<sup>189</sup>. Les auteurs ajoutent un facteur « bonus » qui peut influencer le potentiel restaurateur d'un environnement : la présence d'un composant esthétique.<sup>190</sup> Or, dans les musées c'est très souvent le cas. Même les musées qui ne sont pas dits de « Beaux-Arts », sont conçus pour être agréables à regarder, à explorer et donc agréables à l'œil. Ils comportent donc des éléments esthétiques dans l'environnement qu'ils présentent.

Les auteurs soulignent également, en s'appuyant sur des exemples, qu'une expérience restauratrice n'est pas nécessairement une expérience qui sera appréciée de la personne. Des expériences peuvent être frustrantes ou

---

<sup>186</sup> Ibidem

<sup>187</sup> Ibidem

<sup>188</sup> Ibidem

<sup>189</sup> « plus l'environnement possède ces propriétés, et plus elles sont fortement représentées, plus l'environnement sera restaurateur », Idem, p.728

<sup>190</sup> Ibidem

accompagnées de tristesse et pour autant fonctionner dans le sens de la théorie de la restauration.<sup>191</sup> Les caractéristiques les plus essentielles au potentiel restaurateur du musée ne sont pas celles qu'on pourrait croire. Ce qui est le plus déterminant, ce n'est pas à quel point une personne a apprécié les œuvres ou à quel point il a appris, mais c'est plutôt son niveau de confort ou sa facilité à se diriger.

Nous voyons ainsi que les musées peuvent constituer de véritables environnements restaurateurs. Certes, les conditions peuvent varier et quelques obstacles peuvent réduire ou empêcher le potentiel restaurateur du lieu, mais chaque musée semble en mesure d'offrir la présence de ces facteurs. Pour certains, cela est rendu possible par l'amélioration du confort en leur sein et en facilitant le parcours du visiteur. Ils constituent donc des environnements privilégiés pour lutter contre les conséquences de la fatigue de l'attention dirigée : à la fois pour des visiteurs habituels, en prévention de maladies, comme le burn-out par exemple, ou simplement pour se sentir mieux, et à la fois pour des patients qui doivent affronter une maladie pour mieux la gérer et gérer leur quotidien en évitant cette fatigue.

### III/ L'adaptation de l'espace du musée

L'influence de l'environnement sur le patient est indéniable et l'espace du musée peut ainsi influencer l'efficacité de la visite sur son bien-être et sa santé. Maintenant, la question se pose donc de savoir s'il faut ou non adapter cet espace afin de développer l'influence de la muséothérapie, ou non. Quels avantages le musée, tel qu'il est, présente-t-il ? Faut-il prévoir des espaces spécifiques pour l'accueil des patients ? Dans quelle mesure faut-il adapter le musée ?

#### 1/ Le musée : un espace neutre à conserver

Le musée est un lieu non médicalisé et neutre sur le point thérapeutique. C'est un lieu dans lequel on ne va pas pour se soigner et, de ce fait, les angoisses liées à la médicalisation et à la confrontation avec le monde médical sont absentes. « The point about museums interventions in emotional well-being is that they wouldn't be medicalised, compulsory, or judgmental – the three things that people

---

<sup>191</sup> Ibidem

with fragile mental health fear most about the healthcare system. »<sup>192</sup>. Si le musée peut avoir des aspects angoissants pour des personnes ayant une santé mentale fragile, on voit également qu'il peut être un lieu rassurant et même épanouissant parce qu'il permet de s'éloigner de la maladie mais aussi de ne pas se sentir « scruté » ou « surveillé » comme cela peut être le cas dans les structures de soin. « While museums can sometimes be intimidating places, they are nearly always non-stigmatising settings in that they are not institutions where diagnosis and treatment of medical and mental health problems occur, nor are they settings where one experiences embarrassment, shame or criticism for attending. »<sup>193</sup> Comme le souligne cette citation, le musée est un espace neutre et non stigmatisant, contrairement aux espaces de soin parfois perçus comme tels. Le musée n'est pas là pour poser un diagnostic, juger des améliorations ou non de l'état du patient, donner des orientations de comportements à adopter pour aller mieux ou des prescriptions sur ce que le patient doit faire. Le musée n'attend rien de la personne qu'il reçoit, ni ne juge de son état. Pour des patients, en particulier des patients atteints de problèmes psychiatriques, cela peut donc constituer un cadre différent et rassurant. Ce nouveau cadre entraîne nécessairement des comportements nouveaux : « L'éloignement des murs de l'institution apporte un contexte de démedicalisation de la relation soignants-soignés. Les échanges se font de façon bien plus informelle. Lors du transport, autour du repas ou d'un café, les sujets de discussion abordés sont différents. Le discours des patients fait référence à leurs loisirs ou à leur vie familiale, d'une manière plus individuelle et moins factuelle que d'habitude. Il ne s'agit pas de fournir une information nécessaire à la prise en charge, comme ce peut être le cas lors d'un entretien au cattp, mais simplement d'échanger, et ce, dans un registre plus émotionnel. Ils évoquent des éléments de vie qui leur tiennent à cœur. De même, en retour, les soignants se livrent parfois un peu sur leur vie personnelle. Cela serait inadapté dans l'institution, mais ne l'est plus dans le contexte de la sortie. Au niveau psychique, l'échange relève davantage d'une discussion entre sujets, car

---

<sup>192</sup> « L'intérêt des interventions des musées en matière de bien-être émotionnel est qu'elles ne seraient ni médicalisées, ni obligatoires, ni emprises de jugement - les trois choses que les personnes à la santé mentale fragile craignent le plus du système de santé » WOOD Chris, *Museums of the mind, Mental Health, Emotional Wellbeing and Museums*, op. cit., p.4

<sup>193</sup> « Si les musées peuvent parfois être des lieux intimidants, ils sont presque toujours des lieux non stigmatisants en ce sens qu'ils ne sont pas des institutions où l'on diagnostique et traite des problèmes médicaux et de santé mentale, ni des lieux où l'on éprouve de la gêne, de la honte ou des critiques pour y avoir participé » CAMIC Paul, CHATTERJEE Helen, « Museums and art galleries as partners for public health interventions », *Perspectives in public health*, vol. 133, pp. 66-71, Janvier 2013, pp. 66-67



les limites imposées par le cadre institutionnel sont assouplies. Les étiquettes, omniprésentes dans les rapports soignants-soignés habituels, c'est-à-dire celles du diagnostic et de la maladie pour le patient, et celle de la fonction institutionnelle pour le soignant, s'estompent dans ce contexte. »<sup>194</sup>. Ainsi, si l'environnement a un impact direct sur le potentiel de rémission d'un patient, on voit également qu'il conditionne les relations inter-personnelles soignants-soignés et permet de faire émerger des comportements et dialogues qui ne pourraient pas avoir lieu dans le cadre du soin. Cela est très vrai pour les maladies psychiatriques mais peut également s'avérer utile pour aider des patients pris en charge pour une maladie « organique » à mieux se confier. « Le soignant découvre en son patient un sujet, et le patient voit également en son soignant un sujet. »<sup>195</sup>. Si les fonctions sont brouillées, la hiérarchie soignant-soigné également, alors chacun voit en l'autre une personne qu'il a la possibilité de rencontrer. Réaliser pour le patient que son soignant est une personne peut lui permettre de plus se confier sur son ressenti et d'avoir des conversations autres que celles de la maladie. Ainsi, on peut se dire que le soignant n'est plus seulement associé à sa fonction et donc à la maladie du patient, il peut être associé à des informations plus « personnelles » ou, en tout cas, plus positives pour le patient. Du côté du soignant, se souvenir que son patient est un sujet avant d'être un « cas à traiter » peut également être bénéfique dans la manière de le prendre en charge. Ce fait est d'ailleurs reconnu depuis longtemps puisqu'Aristote écrivait : « Or, toute pratique et toute production portent sur l'individuel ; ce n'est pas l'homme, en effet, que guérit le médecin traitant, sinon par accident, mais Callias ou Socrate, ou quelque autre individu ainsi désigné, qui se trouve être accidentellement un homme. Si donc on possède la notion sans l'expérience, et que, connaissant l'universel, on ignore l'individuel qui y est contenu, on commettra souvent des erreurs de traitement, car ce qu'il faut guérir, c'est l'individu. »<sup>196</sup>. La sortie du cadre hospitalier dans un lieu neutre comme le musée permet donc également l'amélioration de la thérapie et du soin en aidant les professionnels à mieux voir la qualité individuelle de leur patient.

---

<sup>194</sup> PAQUIER Laurence, « Les sorties culturelles à visée thérapeutique », *Le Journal des Psychologues*, n°289, pp 43 à 47, 2011

<sup>195</sup> Ibidem

<sup>196</sup> Aristote, *Métaphysique*, Traduction (ed. de 1953) de J. Tricot, Les échos du maquis, janvier 2014 A, I, 981a, pp. 43-44

Ainsi, le fait que le musée ne soit pas un lieu thérapeutique à part entière est bénéfique à la fois pour les patients, qui se trouvent alors dans un lieu neutre thérapeutiquement parlant, à la fois pour les soignants, qui découvrent leurs patients sous un nouveau jour, mais aussi pour la relation soignant-soigné, qui s'enrichit et se développe d'une manière nouvelle. Accueillir les patients dans des lieux non dédiés à la thérapie aide le processus thérapeutique et donc est un composant de la muséothérapie. Il semble ainsi important de conserver au sein du musée des espaces neutres, ouverts à tous, a-spécifiques pour établir des programmes de muséothérapie.

## 2/ Créer des espaces spécifiques ?

Certaines propositions ont poussé l'adaptation du musée en vue de la mise en place de la muséothérapie à son paroxysme. D'abord, il faut évoquer le musée des Beaux-Arts de Montréal qui a décidé de consacrer une partie entière du musée, le pavillon Michal et Renata Hornstein, à l'installation de l'*Atelier international d'éducation et d'art-thérapie Michel de la Chenelière*. Si, dans le titre, c'est surtout « l'art thérapie » qui est évoquée, qui n'est pas traitée dans ce mémoire, c'est cette initiative qui a fait naître le terme « muséothérapie » dans l'esprit de Nathalie Bondil en 2016. En effet, des activités de muséothérapie sont organisées et notamment des visites « thérapeutiques » du musée adaptées en fonction des pathologies. C'est donc un espace faisant partie du musée mais spécifique à ce type d'action.

Avoir un espace spécifique peut permettre plusieurs choses. D'abord, s'il a été conçu en ce sens, il sera nécessairement bien adapté aux besoins des patients accueillis et aux besoins des activités proposées en termes d'accessibilité et de confort. Ensuite, comme le souligne Stephen Legari, avoir un espace dédié peut être nécessaire au processus thérapeutique : « 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. »<sup>197</sup>. Pour autant, cet espace ne doit pas nécessairement être une aile entière de musée, mais si une partie de la thérapie se réalise au sein du musée, il est nécessaire d'y dédier un espace distinct afin

---

<sup>197</sup> Entretien écrit avec Stephen Legari, art thérapeute du musée des Beaux-Arts de Montréal, Annexe 9

d'assurer le secret médical.<sup>198</sup> Dédier un espace du musée à cela c'est également s'assurer d'avoir un espace contrôlé et contrôlable et ainsi pouvoir, avec des patients peut-être fragiles, gérer les stimulations présentes et la visite plus facilement.

Enfin, cela permet d'avoir la possibilité de proposer une muséographie spécifique, dédiée à l'effet thérapeutique des artefacts et des œuvres d'art. C'est la proposition de deux auteurs Alain de Botton et John Armstrong. Ils sont partis du constat que les musées laissaient de côté une partie des fonctions de l'art pourtant présentes autrefois : « Les musées s'interdisent ainsi d'aborder le pouvoir rédempteur de l'art, expérimenté d'abord dans les temples et les églises. »<sup>199</sup>. Ainsi, ils identifient sept fonctions que peut jouer l'art et proposent une réorganisation des salles du musée, des cartels, en bref de toute la muséographie basée sur ces fonctions. Ces fonctions sont : le souvenir, l'espoir, la douleur, la recherche de l'équilibre, la compréhension de soi, le développement de soi et la capacité à apprécier. En organisant le musée à partir de ces fonctions ils entendent donc permettre à la visite d'être plus sensible : « L'attachement aux catégories universitaires fait obstacle à la création et au maintien d'un ordre et d'une intelligence liés aux émotions. »<sup>200</sup> Ils ont proposé un exemple schématique d'une possible réorganisation de ces thématiques avec la Tate Modern de Londres<sup>201</sup>. Ils ont également pu mettre cela en pratique avec une exposition au Rijksmuseum en 2014 intitulée « Art is Therapy ». Ils entendaient ainsi proposer une nouvelle manière de visiter les musées et de présenter les collections pour qu'elles puissent avoir un effet thérapeutique<sup>202</sup> : « Most significantly [the exhibition] suggested that art could be looked to, and enjoyed for its powerfully therapeutic effect. In our view, the emphasis should not be on where art comes from or who made it, but what it can do for you -- the ordinary visitors with the concerns that trouble us all. »<sup>203</sup>. Ainsi, la position que

---

<sup>198</sup> « Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. » CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Le serment d'Hippocrate*, revu par l'Ordre des médecins en 2012

<sup>199</sup> ARMSTRONG John, DE BOTTON Alain, *Art et Thérapie*, PERINEAU Lucie (Trad.), Phaidon France, 2014, p.92

<sup>200</sup> Ibidem

<sup>201</sup> 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, Annexe 1

<sup>202</sup> ARMSTRONG John, DE BOTTON Alain, *Art is therapy*, catalogue de l'exposition au Rijksmuseum du 25 avril au 7 septembre 2014, Rijksmuseum, Amsterdam, 2014

<sup>203</sup> « Surtout, [l'exposition] suggérait que l'art pouvait être considéré et apprécié pour son puissant effet thérapeutique. À notre avis, l'accent ne devrait pas être mis sur l'origine de l'art ou sur ceux qui l'ont créé, mais sur ce qu'il peut faire pour vous, les visiteurs ordinaires, avec les préoccupations qui nous préoccupent tous. », Ibidem

ces deux auteurs adoptent est plutôt radicale et porte sur une réorganisation totale du musée, de sa muséographie, de ses collections, jusqu'au contenu de ses cartels, à partir d'un nouveau rôle qu'ils lui attribuent. Si cette position peut être critiquée, elle souligne cependant la question de l'adaptation du musée à une fonction. Suivant la fonction que l'on veut donner au musée, selon ce que l'on veut faire dire à ses œuvres, on organise la muséographie et rédige les cartels de manière différente. La muséothérapie, pose donc cette question de l'adaptation ou non de la muséographie en fonction de ces actions, et donc d'un espace consacré à cette volonté thérapeutique ou en tout cas qui vise une nouvelle relation, plus émotionnelle, à l'art. Cela dépend du rôle que le musée souhaite jouer au sein de la société et jusqu'où il veut aller dans le développement de ses actions thérapeutiques. A ce stade, on ne peut pas exclure la possibilité qu'un jour de plus en plus de musées adaptent, en partie ou totalement, leur muséographie, leurs cartels, leurs objets dans l'objectif de développer les actions potentiellement thérapeutiques du lieu. Cela est-il pour autant nécessaire pour réaliser des actions thérapeutiques ? Probablement pas si les programmes sont adaptés et bien réalisés. Cela peut-il favoriser l'impact thérapeutique du lieu ? Peut-être, étant donné que cela permet une vision plus émotionnelle et sensible de l'art et de la visite. Cela permet également de bénéficier de cela tout en visitant seul un musée.

Cependant, créer des espaces spécifiques à la muséothérapie peut également poser des soucis si cela n'est pas correctement réalisé. Le Docteur Gallet alerte sur les risques de ce type d'espaces spécifiques : « J'exagère en disant ça mais une des pentes, 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. ».<sup>204</sup> Créer un espace spécifique et utiliser seulement cet espace pour l'exercice de la muséothérapie c'est courir le risque de ne pas favoriser l'inclusion et, au contraire, de recréer une forme d'exclusion. Ainsi, si espaces spécifiques il doit y avoir, ils doivent être pensés de sorte qu'ils soient pleinement inclus dans le reste du musée. Le musée peut être l'occasion de sortir d'un isolement social qui peut être généré par la situation de soin dans laquelle le patient se trouve. Ainsi, il n'est pas dans l'intérêt d'un programme de muséothérapie qu'il se déroule dans un espace spécifique

---

<sup>204</sup> Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, psychiatre à l'hôpital Gérard Marchant, le 24 février 2020, Annexe 5

complètement isolé du reste du musée. Dans de nombreux cas, fréquenter le musée dans sa forme habituelle peut être grandement bénéfique.

### 3/ Une adaptation nécessaire du lieu ?

Comme cela a été évoqué, pour que l'environnement muséal remplisse de manière optimale sa fonction restauratrice et de manière thérapeutique, il est important que les patients-visiteurs ne rencontrent pas d'obstacles et n'aient pas à se préoccuper de soucis externes à la visite. Pour cela, il faut que le musée soit adapté au public qu'il reçoit et à ses besoins spécifiques.

Une partie des personnes souffrant d'une maladie sont plus facilement fatigables qu'une personne dite « en bonne santé ». D'abord car, dans le cas d'une maladie physiologique, le corps dépense de l'énergie pour lutter contre la maladie, de plus, certaines maladies apparaissent avec l'âge, le public âgé peut donc rencontrer une fatigabilité liée aux maladies du vieillissement. Or, le musée étant un lieu souvent étendu, qui se visite debout et en marchant, la fatigue peut très vite se faire sentir. Il est donc important pour l'institution de mettre à disposition les équipements nécessaires pour pallier cette fatigue : des tabourets pliables que l'on peut transporter et poser où l'on souhaite, des nombreuses assises, des endroits pour se reposer. « Older visitors want to be able to take time out on a comfortable sofa, in a garden or courtyard, or in a café because, as one participant says; « We all get museum fatigue ». »<sup>205</sup>. Il faut également inclure à cela le fait que les patients peuvent avoir besoin d'équipements spécifiques pour se déplacer (fauteuil roulant, déambulateur, canne,...) en lien avec leur pathologie ou leur âge. Il est important que le musée soit accessible en ce sens. Que les personnes accueillies le soient dans des conditions optimales et n'aient pas à rencontrer de problèmes pour se déplacer au sein du musée, ce qui les ramène à leur condition en plus de dégrader leur expérience. Lors d'une de nos observations au Musée d'Art Moderne de la Ville de Paris, cela a été un véritable problème pendant toute la visite : tout au long de l'exposition les participants âgés ont dû monter plusieurs fois des marches, des travaux empêchaient de prendre l'ascenseur habituel et le monte charge ne

---

<sup>205</sup> « Les visiteurs plus âgés veulent pouvoir prendre du temps sur un canapé confortable, dans un jardin ou une cour, ou dans un café car, comme le dit un participant : « Nous avons tous la fatigue muséale ». », GAN Lena, « Museums: they're good for your health », *Health and Wellbeing*, University of Melbourne, 2019

fonctionnait pas. Il a donc fallu du temps pour trouver un autre ascenseur pour permettre aux participants de rejoindre l'atelier créatif. Si les patients ont eu l'air d'apprécier la visite, ces obstacles ont souvent rompu une certaine continuité de l'expérience, leur demandant de faire un effort pour les franchir. Comme Bardwell et alii. l'ont souligné, ce type de problème peut dégrader l'expérience restauratrice que peut offrir l'espace muséal. Or, il est dommage de se priver de cette partie bénéfique de l'expérience muséale provoquée simplement par le lieu dans lequel elle se déroule.

Enfin, certaines pathologies peuvent requérir d'autres adaptations. Cyrielle Léa Leriche fait remarquer que l'environnement sensoriel, c'est-à-dire l'environnement perçu par les sens humains, est omniprésent dans les institutions muséales : « restreint à quelques salles ou sur des kilomètres, avec plus ou moins de visiteurs ou d'oeuvres, le huis-clos accentue toutes les sensations du visiteur qui est alors submergé par une multitude d'informations qu'il doit traiter et trier sans même s'en rendre compte. »<sup>206</sup>. Or, certaines pathologies requièrent un contrôle de cet environnement sensoriel. C'est le cas par exemple de certaines personnes atteintes de troubles du spectre autistique, qui peuvent présenter une perception sensorielle exacerbée, et donc vivre mal une stimulation trop importante de leurs sens.<sup>207</sup> C'est pourquoi des associations comme *Autism Spectrum Australia* (ASPECT) mettent en place des « heures calmes » au sein de supermarché pour permettre aux personnes atteintes de ces troubles de faire leurs courses paisiblement : les lumières sont atténuées, la musique est baissée, le nombre de caddie est réduit ainsi que le nombre d'annonces au micro, par exemple.<sup>208</sup> Certains musées se sont inspirés de cela pour proposer le même type de dispositif : « Many museums are leading the charge in creating programs for families facing these challenges. Some children's museums open early to offer a quieter, less crowded experience for these children and their families, or offer a summer art camp for children with special needs. »<sup>209</sup>. Cela permet de rendre accessible et confortable la

---

<sup>206</sup> LERICHE Cyrielle Léa, *Le musée comme chemin de mémoire, Les opérations du Louvre en direction des malades d'Alzheimer*, « *Le Louvre en tête* », O'NEILL Marie Clarté (dir.), Ecole du Louvre, 2017, p.50

<sup>207</sup> Ibidem

<sup>208</sup> Ibidem

<sup>209</sup> « De nombreux musées mènent la charge en créant des programmes pour les familles confrontées à ces défis. Certains musées pour enfants ouvrent tôt pour offrir une expérience plus calme et moins encombrée à ces enfants et à leurs familles, ou proposent un colonie de vacances artistique pour les enfants ayant des besoins particuliers », AMERICAN ALLIANCE OF MUSEUM, *Museums On Call : How Museums Are Addressing Health Issues*, Washington DC, 2018, p.3

visite au musée ce qui est une condition *sine qua non* pour qu'il puisse y avoir des bénéfices thérapeutiques. Comme cela a été souligné, le bien-être peut contribuer de façon importante au processus thérapeutique, le confort de la visite est donc essentiel.

Il est donc capital de s'intéresser aux besoins spécifiques des patients accueillis lors de programmes de muséothérapie afin de s'assurer que le musée est adapté à leur accueil. Au-delà d'une démocratisation culturelle, c'est une condition pour qu'il existe une sensation de bien-être et donc potentiellement un effet thérapeutique. Il est important de s'assurer que l'espace muséal soit adapté aux particularités du public accueilli et ne devienne pas un obstacle à la thérapie.

#### 4/ Conclusion ?

Trois possibilités de l'espace muséal ont été développées avec chacune des avantages et inconvénients. D'abord, l'espace muséal, tel qu'il est, est intéressant pour des interventions thérapeutiques car c'est un espace neutre, différent de l'espace de soin : à la fois un peu à part de la société et à la fois en son cœur. Ensuite, il a été vu qu'il y avait tout de même une nécessité d'adapter cet espace aux pathologies des patients reçus afin de garantir un confort de visite. Enfin, s'est posée la question de savoir si des espaces spécifiques devaient être créés pour la muséothérapie au sein du musée. De toute évidence, la réponse idéale se trouve au carrefour de ces trois réalités. Cette réflexion nous amène à constater que le musée tel qu'il est est bénéfique pour de nombreuses pathologies et que l'utiliser en tant qu'espace public, peut être réellement intéressant dans une thérapie. Cependant, il est nécessaire de l'adapter et si, au sein-même du musée, il est décidé de mettre en place un réel accompagnement thérapeutique avec un professionnel, alors il est nécessaire de prévoir également des espaces réservés à cela pour garantir une intimité et le secret médical. Enfin, la muséographie a un réel impact sur les individus en ce qu'elle constitue un environnement sensoriel mais aussi parce qu'elle conditionne le message qui est communiqué et formé. Cette muséographie peut donc être elle aussi adaptée suivant la volonté du musée et le rôle qu'il veut jouer.

Finalement, le témoignage du Docteur Gallet résume bien ce qui va conditionner cet espace : « 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. »<sup>210</sup>. C'est donc bien les intentions et les ambitions des programmes qui vont déterminer le degré d'adaptation des lieux et de la muséographie du musée. Cependant, il est nécessaire qu'une pensée précède ces programmes afin de penser à la manière d'adapter le musée pour que l'action thérapeutique puisse se dérouler, sans pour autant créer un endroit ou une activité ouvertement spécifique et donc potentiellement discriminant.

---

<sup>210</sup> Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, op.cit., Annexe 5



## D. Le musée, lieu de thérapie sociale

### I/ Le musée comme lieu de réhabilitation psycho-sociale

#### 1/ Travailler dans l'espace public

Dans le domaine psychiatrique, les sorties font de plus en plus partie de la prise en charge thérapeutique des patients. « Les sorties culturelles, en tant qu'activités à visée thérapeutique, sont aujourd'hui courantes dans les structures de psychiatrie et les dispositifs de santé mentale issus de la sectorisation. Elles se sont développées dans les années 1980, à la suite du mouvement de désinstitutionalisation suggéré par l'antipsychiatrie et son désir de sortir la psychiatrie des murs de l'hôpital. L'idée d'utiliser les sorties en tant qu'éléments thérapeutiques s'est peu à peu imposée. Ces activités sont depuis reconnues pour leurs bienfaits : elles favorisent la socialisation, les approches relationnelles, la communication et l'affirmation de soi. »<sup>211</sup>. En effet, certains patients, notamment atteints de pathologies psychiatriques, se retrouvent parfois en marge de la société et évoluer de manière fluide en son sein requiert un travail thérapeutique. Ils ont ainsi besoin d'effectuer ce qu'on appelle une « réhabilitation psycho-sociale ». C'est un mouvement qui a commencé à se développer il y a une quarantaine d'années notamment suite à un mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie.<sup>212</sup> En 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé conjointement à l'Association Mondiale de Réhabilitation Psychosociale définissent cette notion ainsi : « Psychosocial rehabilitation is a process that facilitates the opportunity for individuals - who are impaired, disabled or handicapped by a mental disorder - to reach their optimal level of independent functioning in the community. It implies both improving individuals' competencies and introducing environmental changes in order to create a life of the best quality possible for people who have experienced a mental disorder, or who have an

---

<sup>211</sup> PAQUIER Laurence, « Les sorties culturelles à visée thérapeutique », *Le Journal des Psychologues*, n°289, pp 43 à 47, 2011

<sup>212</sup> Ibidem

impairment of their mental capacity which produces a certain level of disability. »<sup>213</sup> Il s'agit donc à la fois d'aider la personne à s'adapter à son environnement pour y être autonome, et à la fois de changer l'environnement pour qu'il soit plus adapté à la personne. Ce même document fixe les principaux objectifs de la réhabilitation psycho-sociale :

- « - reducing symptomatology through appropriate pharmacotherapy, psychological treatments and psychological interventions ;
- reducing iatrogeny by diminishing and eliminating, whenever possible, the adverse physical and behavioural consequences of the above interventions, as well as - and in particular - of prolonged institutionalisation ;
- improving social competence by enhancing individuals' social skills, psychological coping and occupational functioning ;
- reducing discrimination and stigma ;
- family support to those families who has a mental disorder ;
- social support by creating and maintaining a long term system of social support, covering at least basic needs related to housing, employment, social network and leisure.
- consumer empowerment by enhancing consumer's and carer's autonomy, self-sufficiency and self-advocacy capabilities. »<sup>214</sup>

Certains de ces axes peuvent être travaillés lors d'une sortie au musée qui devient alors à la fois une sortie de loisir et une sortie thérapeutique.

---

<sup>213</sup> « La réhabilitation psychosociale est un processus qui facilite la possibilité pour les individus - qui sont déficients, handicapés ou invalides à cause d'un trouble mental - d'atteindre leur niveau optimal de fonctionnement indépendant dans la communauté. Elle implique à la fois l'amélioration des compétences des individus et l'introduction de changements environnementaux afin de créer une vie de la meilleure qualité possible pour les personnes qui ont souffert d'un trouble mental, ou qui ont une déficience de leur capacité mentale qui produit un certain niveau de handicap ». ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Psychosocial rehabilitation : a consensus statement*, Division de la Santé Mentale, WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, 1996, p.2

<sup>214</sup> « réduire la symptomatologie par une pharmacothérapie appropriée, des traitements psychologiques et des interventions psychologiques ;

- réduire la iatrogénie en diminuant et en éliminant, chaque fois que possible, les conséquences physiques et comportementales négatives des interventions susmentionnées, ainsi que - et en particulier - de l'institutionnalisation prolongée ;
- améliorer la compétence sociale en renforçant les aptitudes sociales, l'adaptation psychologique et le fonctionnement professionnel des individus ;
- la réduction de la discrimination et de la stigmatisation ;
- l'aide aux familles souffrant de troubles mentaux ;
- l'aide sociale par la création et le maintien d'un système d'aide sociale à long terme, couvrant au moins les besoins fondamentaux liés au logement, à l'emploi, aux réseaux sociaux et aux loisirs.
- l'autonomisation des consommateurs en renforçant l'autonomie, l'autosuffisance et les capacités d'autopromotion des consommateurs et des soignants.» idem, p.3

Ces sorties, dans le cadre thérapeutique, contribuent souvent à travailler et évaluer l'autonomie et l'empowerment des patients. « L'empowerment, autonomisation ou capacitation, est la prise en charge de l'individu, par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale. »<sup>215</sup>. Dans le domaine médical il s'agit d'inclure le patient dans son propre processus de soin et de participer à sa prise en charge médicale en permettant un dialogue interactif avec le soignant.<sup>216</sup> Il s'agit également de répondre à « la perception aliénante de la maladie par le patient : « ne plus se reconnaître » ou « ne plus être reconnu », « ne plus s'appartenir », « ne plus être le même », etc.... »<sup>217</sup> à la fois en effectuant des actions qui peuvent avoir pour objectif de renforcer son sentiment « d'auto efficacité »<sup>218</sup> ou qui lui permettent d'apprendre à vivre avec la maladie, de relever le « douloureux défi de devoir devenir « autrement le même » »<sup>219</sup>. La notion d'*empowerment* inclut la notion de contrôle et est définie par l'OMS comme « the process by which people gain control over the factors and decisions that shape their lives. »<sup>220</sup>. Il s'agit donc d'inviter les patients à être acteurs de leur processus de soin, d'acquérir des compétences leur permettant de gérer au mieux leur quotidien avec la maladie, mais aussi de les aider, à terme, à reprendre le contrôle sur leurs vies en général. Travailler dans l'espace public, c'est, pour certains patients, leur permettre de réintégrer la société, de se réadapter à la vie quotidienne en communauté et de reprendre le contrôle sur leur vie.

## 2/ Se confronter au monde extérieur

Pour certains patients, notamment atteints de pathologies psychiatriques, la confrontation avec le monde extérieur est quelque chose qui peut s'avérer compliqué et sur laquelle les professionnels peuvent chercher à travailler. Laurence Paquier explique que « Le but premier visé par la mise en place de ce type d'activités pour

---

<sup>215</sup> BASSLEER Bernard, BOULANGER Jean-Marie, MENOZZI Christel, *L'empowerment des patients : pourquoi et comment.*, CHU de Liège, 2014, p.1

<sup>216</sup> Ibidem

<sup>217</sup> Idem, p.3

<sup>218</sup> Idem p.4

<sup>219</sup> Idem p.3

<sup>220</sup> « le processus par lequel les gens acquièrent le contrôle des facteurs et des décisions qui façonnent leur vie », WHO, « Track 1 : Community empowerment », *Health Promotion*, accessible à <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>

les patients est un accès à la socialisation par la présence du groupe, mais aussi par la confrontation et l'ouverture au monde extérieur, à la société en général. Le changement d'environnement offre aux patients de nouvelles occasions de prise de contact et d'adaptation avec autrui. »<sup>221</sup> Le musée étant un lieu à la fois au cœur de la société, ouvert à tous, et un lieu qui se différencie des lieux sociaux habituels, il apparaît comme une bulle au cœur de la société, et semble idéal pour ce genre de travail. Il représente un espace plus calme, plus contrôlé qu'un supermarché, parfois utilisé pour ce type de travail, mais confronte tout de même les patients aux autres et au caractère imprévisible des lieux publics et interactions sociales. Le musée peut, en ce sens, constituer un sas, un espace de transition entre l'espace quotidien du patient et la société, qui peut lui permettre de travailler sur son adaptation à celle-ci.

Dans ce type de travail, la visite au musée fait partie d'un processus qui forme un tout qui permet de développer et soutenir l'autonomisation du patient dans les tâches quotidiennes : « En complément du travail mis en place au sein de l'institution, l'équipe peut alors appréhender la manière dont les patients gèrent les tâches du quotidien, au travers de gestes simples : acheter un titre de transport, choisir un trajet... L'équipe est là pour inciter chacun à se prendre en charge et à faire preuve du maximum d'autonomie possible. La fonction des soignants est alors de soutenir le processus d'individuation qui s'observe au niveau psychologique. »<sup>222</sup>. Le Docteur Emmanuel Gallet fait remarquer que « le cadre sanitaire peut être une sorte de mur qui peut empiéter sur l'autonomie de la personne. ». La visite au musée est le déclencheur d'un parcours au sein de l'espace public. Ce parcours a pour point de départ le lieu de vie du visiteur, passe par l'expérience de visite du musée, et inclut le retour au lieu de vie. Ces trajets ne sont pas toujours accompagnés : certains patients se rendent avec leurs propres moyens au musée, comme par exemple certains patients de l'accueil de jour de l'hôpital Gérard Marchant lorsqu'ils vont visiter le Musée des Abattoirs à Toulouse.<sup>223</sup> Si l'on suit cet exemple les patients peuvent s'inscrire aux visites, décider s'ils veulent y aller ou non, et certains d'entre

---

<sup>221</sup> PAQUIER Laurence, « Les sorties culturelles à visée thérapeutique », op.cit.

<sup>222</sup> Ibidem

<sup>223</sup> Dans le cadre d'un partenariat entre le musée des Abattoirs et l'hôpital Gérard Marchant, des patients de l'Hôpital de jour Les Raisins sont invités à participer à des visites au musée plusieurs fois par an (à chaque nouvelle exposition).

eux s'y rendent seuls.<sup>224</sup> C'est donc un véritable travail d'*empowerment* et d'autonomie : c'est une démarche qui est suggérée par l'hôpital de jour, à laquelle les patients peuvent être incités à participer, mais qui finalement vient, en grande partie, du patient lui-même.

### 3/ Travail sur les habiletés sociales

Le musée est un lieu public particulièrement codifié. Dans l'accompagnement de certaines pathologies, comme l'autisme par exemple, un apprentissage, ou réapprentissage, des « habiletés sociales » est nécessaire. « Les habiletés sociales sont les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs permettant de s'adapter à l'environnement. Il s'agit donc d'un ensemble de capacités qui nous permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse à ces messages et de l'émettre par des moyens verbaux et non verbaux, de façon appropriée à une situation sociale. »<sup>225</sup> L'apprentissage de ces « habiletés sociales » consiste donc à intégrer des codes sociaux pour pouvoir se comporter en société et avec ses pairs. Elles sont fondées sur les normes sociales et permettent de connaître les « attitudes et comportements considérés comme acceptables et attendus dans des situations sociales particulières. »<sup>226</sup> Sans elles, l'individu peut avoir des comportements et des réactions qui ne sont pas acceptés ou adéquats dans la société dans laquelle il évolue, et donc rencontrer des difficultés d'intégration de celle-ci. Ces codes sociaux ont pu être perdus, dans le cas de démences comme la maladie d'Alzheimer, ou jamais intégrés par le patient en question, comme dans certains cas de patients autistes. Ces habiletés sociales, lors d'une sortie pour visiter un musée, sont travaillées, comme l'empowerment et la socialisation, dans le processus complet de la venue au musée (le trajet, l'entrée, la visite, la sortie, le retour,...). De plus, le musée est un lieu codifié : on ne peut pas faire n'importe quoi, il faut respecter certaines règles. « They adhere to a code of good behavior: visitors cannot destroy

---

<sup>224</sup> 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, Annexe 4

<sup>225</sup> BAGHDADLI Amaria, BRISOT-DUBOIS Judith, *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme, Guide pour les intervenants*, Elsevier Masson, Paris, 2011, p.16

<sup>226</sup> AHADÉ Sabrina, CORATO Caroline, « Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales pour les personnes présentant un tsa », *Le Journal des psychologues*, vol. 353, n°1, 2018, pp. 34-39

works that produce strong negative reactions in them, nor can they take home those that they adore. Exhibits are carefully organized, summoning the contemplative mind to come forth and perceive what is presented. This state of affairs is conducive to self awareness and insight. »<sup>227</sup> La présence forte des codes au musée peut donc permettre une meilleure conscience de ceux-ci et renforcer l'attention des patients à leur sujet. Véronique Lefebvre Des Noettes souligne cet effet sur les patients atteints d'Alzheimer : « Mais au contraire le fait de les remettre de la société vraiment ça réveille en eux cette obligation sociale. »<sup>228</sup>. Pour ces patients, par exemple, cela peut contribuer à maintenir une certaine mémoire des codes sociaux, et donc à réduire les troubles du comportements qui peuvent y être liés. Ce travail sur les habiletés sociales a pour finalité de faire intégrer ou réintégrer la société au patient et de faciliter son évolution quotidienne en son sein. Ici il s'agit d'une intégration des codes sociaux, mais aussi une appréhension de l'espace public. En ce sens, le musée est un lieu privilégié à la fois car il est un lieu public mais aussi car il présente des codes parfois plus explicites et plus forts que d'autres lieux publics. C'est également un lieu calme, ce qui est important pour les personnes atteintes de pathologies qui renforce leur sensibilité à l'environnement sensoriel qui les entoure, comme l'autisme par exemple. De plus, il est à la fois dans la société et quelque peu différents des lieux quotidiens. Certains le qualifient de « tiers-lieu », ou troisième lieu<sup>229</sup>, reprenant ainsi la notion de Ray Oldenburg dans *The Great Good place*<sup>230</sup>, un lieu entre le domicile et le monde professionnel qui permettrait aux communautés de se rencontrer et d'échanger.<sup>231</sup> Au-delà de le distinguer des lieux professionnels ou domestiques, le musée constitue un lieu qui apparaît à part dans la vie quotidienne : un lieu de loisir et de rencontre, mais aussi un lieu d'apprentissage. Cette « bulle de société » créée par le musée en fait un lieu particulier pour travailler les habiletés

---

<sup>227</sup> « Ils adhèrent à un code de bonne conduite : les visiteurs ne peuvent pas détruire les œuvres qui produisent en eux de fortes réactions négatives, ni ramener chez eux celles qu'ils adorent. Les expositions sont soigneusement organisées, invitant l'esprit contemplatif à se manifester et à percevoir ce qui est présenté. Cet état de choses favorise la conscience de soi et la perspicacité ». SALOM Andrée, « The therapeutic potentials of a museums visit », *International Journal of Transpersonal Studies*, Vol. 27, article 13, pp. 98-103, 2008, p.98

<sup>228</sup> Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020, Annexe 6

<sup>229</sup> EIDELMAN Jacqueline (dir.), *Inventer des musées pour demain*, Rapport de la mission musée XXIème siècle, La documentation française, Paris, mars 2017

<sup>230</sup> OLDENBURG Ray, *The Great Good Place, Cafes, Coffee Shops, Bookstores, Bars, Hair Salons, and Other Hangouts at the Heart of a Community*, De Capo Press, 1999

<sup>231</sup> NAULEAU Mélissa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, Une alliance controversée, Regards croisés : France, Royaume-Uni, Canada, Etats-Unis, MAIRESSE François (dir.), Ecole du Louvre, 2017

sociales. Si aucune étude à ce jour ne vient appuyer cette hypothèse, c'est une caractéristique du musée qui semble se prêter particulièrement bien à ce genre de pratique et qu'il serait intéressant d'approfondir.

#### 4/ Lutter contre la stigmatisation publique

Le musée, depuis des dizaines d'années, s'affirme de plus en plus comme un lieu visant à favoriser l'inclusion sociale. Dès la création du Ministère des Affaires culturelles par André Malraux en 1959, on trouvait l'idée que les lieux patrimoniaux, comme les musées, se devaient d'être « accessible à tous » dans une dynamique de ce qui a été appelée la « démocratisation culturelle » : « Le Ministère chargé des Affaires culturelles a pour mission de rendre accessibles les œuvres capitales de l'humanité, et d'abord de la France, au plus grand nombre de Français ; d'assurer la plus vaste audience à notre patrimoine culturel, et de favoriser la création des œuvres de l'art et de l'esprit qui l'enrichissent. »<sup>232</sup>. Cette dynamique de « démocratisation culturelle » s'est peu à peu transformée en dynamique « d'inclusion sociale » par le musée, notamment après les écrits de Bourdieu, comme *L'amour de l'art*<sup>233</sup>, ainsi que les nombreuses études qui ont suivi. Le musée est aujourd'hui reconnu par de nombreux auteurs comme un outil idéal d'inclusion sociale.<sup>234</sup> Cela va de pair avec le fait que le musée se place de plus en plus comme une institution « au service de la société ». Le musée, étant un lieu public et qui a développé des réflexions autour de l'inclusion sociale, peut être un lieu privilégié dans la lutte contre les discriminations.

Les personnes ayant besoin d'un suivi médical régulier, sont souvent mises à l'écart de nos sociétés. Natividad Alarcon, psychologue, fait remarquer que les patients Alzheimer étaient souvent dans des institutions excentrées et qu'ils étaient donc « sorti[s] de la société [...], parqu[és], [...] cach[és] »<sup>235</sup> La maladie, voire la différence physique, sont peu visibles dans nos espaces quotidiens. Cela peut

---

<sup>232</sup> Décret n°59-889 du 24 juillet 1959 portant organisation du ministère chargé des affaires culturelles (M. Malraux), Journal Officiel de la République Française du 26 juillet 1959, p.7413

<sup>233</sup> BOURDIEU Pierre, DARBEL Alain, *L'amour de l'art. Les musées d'art européens et leur public*, 1ère éd. Paris, Les éditions de Minuit, Collection Le sens commun, mars 1966, 2ème éd. Utilisée 1969

<sup>234</sup> LABBÉ Leslie, *Le musée, outil d'inclusion sociale ?*, *L'impact du partenariat entre le musée des Augustins de Toulouse et l'association Sozinho*, O'NEILL Marie-Clarté (dir.), mémoire d'étude, Ecole du Louvre, 2019

<sup>235</sup> Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020, Annexe 6

entraîner, par conséquent, des méconnaissances et peurs qui peuvent mener à de la stigmatisation des personnes atteintes par une certaine pathologie. Dans le domaine psychiatrique, la notion de stigmatisation et ses conséquences sur les patients a été étudiée. Selon Erving Goffman dans *Stigmaté : Les usages sociaux des handicaps* le stigmaté est un « 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. »<sup>236</sup>. La stigmatisation peut être de deux formes : publique ou appliquée à soi (auto-stigmatisation). Elle est composée de 3 choses : des stéréotypes, des préjugés et de la discrimination.<sup>237</sup> « 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. »<sup>238</sup>, cela ne signifie pas que les personnes de ce groupe social sont d'accord avec ces stéréotypes, elles les connaissent simplement.<sup>239</sup> Les stéréotypes deviennent des préjugés à partir du moment où les personnes y croient et les valident.<sup>240</sup> Les préjugés peuvent générer des réactions émotionnelles négatives qui mènent à de la discrimination, une réaction comportementale.<sup>241</sup> Si la stigmatisation a été beaucoup étudiée pour des pathologies psychiatriques, elle touche aussi les personnes souffrant de pathologies « physiologiques ». Par exemple, beaucoup de personnes atteintes de maladies de peau, comme le psoriasis par exemple, peuvent souffrir également de stigmatisation.<sup>242</sup> La stigmatisation a des conséquences importantes sur les opportunités de la personne malade : elle peut avoir plus de difficultés à trouver un travail ou un logement par exemple.

Un des moyens efficaces de lutte contre la stigmatisation est de faire entrer en contact les personnes qui composent le corps social avec les personnes atteintes de maladies qui en sont rejetées.<sup>243</sup> Le contact est efficace pour changer les attitudes

---

<sup>236</sup> GOFFMAN Erving, *Stigmatés : les usages sociaux des handicaps*, éditions de minuit, Paris, 1975, cité dans 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, op.cit., Annexe 4

<sup>237</sup> CORRIGAN Patrick, WATSON Amy, « The impact of stigma on people with mental illness », *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*, Vol. 1, pp. 16-20, 2002

<sup>238</sup> 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, op.cit., Annexe 4

<sup>239</sup> CORRIGAN Patrick, WATSON Amy, « The impact of stigma on people with mental illness », op.cit.

<sup>240</sup> Ibidem

<sup>241</sup> Ibidem

<sup>242</sup> PAPADOPOULOS Linda, WALKER Carl, *Psychodermatology : The Psychological Impact of Skin Disorders*, Cambridge University Press, 2005

<sup>243</sup> CORRIGAN Patrick, WATSON Amy, « The impact of stigma on people with mental illness », op.cit.



individuelles de rejet des personnes malades.<sup>244</sup> Or, la visite au musée est une source non négligeable de contact. Dans les visites effectuées aux musée des Abattoirs par les patients de l'hôpital Gérard Marchant à Toulouse , il n'est pas rare que des personnes extérieures à la visite, ne présentant pas nécessairement de handicap psychique, se greffent au groupe.<sup>245</sup> « 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, qu'ils 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. »<sup>246</sup>. Cela crée une véritable mixité et peut permettre une inclusion. Replacer les personnes malades au cœur des espaces publics, leur donner une véritable place au sein du corps social peut permettre de lutter contre les stigmatisations et donc favoriser leur inclusion. Le musée, étant un lieu public devant être par définition « accessible au public le plus large »<sup>247</sup>, il est un lieu idéal pour lutter contre les stigmatisations. La lutte contre les stigmatisations peut faire partie d'un processus de réhabilitation psycho-sociale qui participe à l'accompagnement thérapeutique du patient. C'est pourquoi il est intéressant, dans certains cas, d'effectuer ces visites lors des horaires d'ouverture classiques du musée et dans les salles publiques du musée. S'il faut adapter cela à chaque pathologie, c'est de l'ordre de la mission du musée que d'être un établissement qui favorise l'inclusion et la visibilité de tous, y compris des personnes atteintes de certaines pathologies, au sein de la société. Pour le médiateur, laisser des personnes extérieures s'agglomérer au groupe et interagir avec lui peut donc être un véritable plus dans une logique d'inclusion et de réhabilitation psycho-sociale. Cet aspect est une aide thérapeutique pour les personnes malades, en leur permettant une meilleure inclusion dans la société et donc plus d'opportunités, et il agit directement sur la société elle-même en la rendant plus ouverte, plus compréhensive et moins craintive vis-à-vis de la maladie et des personnes qui en sont atteintes.

---

<sup>244</sup> Ibidem

<sup>245</sup> Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, psychiatre à l'hôpital Gérard Marchant, le 24 février 2020, Annexe 5

<sup>246</sup> Ibidem

<sup>247</sup> Loi n° 2002-5 du 4 janvier 2002 relative aux musées de France, Article 2, JORF du 5 janvier 2002, p.305

## 5/ Lutter contre l'auto-stigmatisation

La stigmatisation publique peut mener à une auto-stigmatisation par les personnes rejetées. L'auto-stigmatisation consiste à avoir conscience des stéréotypes et préjugés que les autres ont sur soi ou sur sa maladie, être d'accord avec ceux-ci et se les appliquer à soi-même.<sup>248</sup> Lors d'un processus d'auto-stigmatisation « l'identité de la maladie devient prédominante au détriment de l'identité préexistante de la personne [...] »<sup>249</sup>. La maladie a alors tendance à prendre toute la place dans le quotidien de la personne, jusqu'à devenir une part de son identité. Elle ne s'autorise alors plus, ou ne se sent plus capable, de mener une vie « normale » et de faire comme tout un chacun. La personne peut également s'appliquer à elle-même des préjugés existants sur sa maladie sans qu'ils soient pour autant vrais : « 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... »<sup>250</sup>. Ils vont alors se mettre des barrières et penser qu'ils ne sont pas en capacité de faire une activité donnée à cause de leur maladie. L'auto-stigmatisation a été associée à des conséquences psychologiques tels que la baisse de l'estime de soi, de l'*empowerment*, du sentiment d'auto-efficacité, et de l'espoir en termes de rétablissement.<sup>251</sup> Elle correspond également à une baisse de la qualité de vie et à une augmentation des stratégies d'évitement, comme le secret ou le retrait.<sup>252</sup> Chez les personnes atteintes de pathologies psychiatriques elle peut correspondre à une augmentation des symptômes et du risque dépressif.<sup>253</sup>

Or, le musée est une institution dans laquelle tout le monde ne s'autorise pas à aller et qui peut parfois apparaître comme réservé à une élite, qui maîtrise certains codes et a certains centres d'intérêts. Par la reconnaissance publique dont il bénéficie, et par sa place au sein de la société, il est une instance de légitimation et

---

<sup>248</sup> 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, op.cit., Annexe 4

<sup>249</sup> Ibidem

<sup>250</sup> Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet op.cit. Annexe 5

<sup>251</sup> BROHAN Elaine, ELGIE Rodney, SARTORIUS Norman, THORNICROFT Graham, « Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study », *Schizophrenia research*, Vol. 122, pp. 232-238, 2010

<sup>252</sup> Ibidem

<sup>253</sup> Ibidem

de reconnaissance.<sup>254</sup> Accueillir des personnes atteintes de pathologies au musée, c'est légitimer leur place au sein de la société et montrer que leur maladie ne détermine ni leur identité, ni ne limite complètement leurs possibilités au sein de l'espace public. Bénédicte Capelle Perceval, chargée de l'accessibilité et des publics handicapés au Musée de la Musique de Paris, confiait à Mélissa Nauleau dans un entretien en 2016 : « [...] l'objectif c'est de faire comprendre aux personnes qu'elles viennent au musée et donc qu'elles font encore partie intégrante de la société. [...] Ce qu'on veut dire c'est « Vous et votre famille, votre entourage, êtes toujours les bienvenus au musée, n'hésitez pas à sortir, n'hésitez pas à continuer d'avoir une vie culturelle, et une vie tout court. »<sup>255</sup>. Au-delà de légitimer leur place au sein du musée, comme avec le public dit du champ social, accueillir les personnes atteintes d'une pathologie leur montre que non seulement elles ont le droit et la légitimité d'être là, mais surtout qu'elles sont encore capables de le faire. Accueillir des patients au musée c'est donc leur permettre de continuer à avoir une vie qui ne soit pas celle de la maladie, de continuer de remplir leurs besoins fondamentaux comme le besoin de se divertir, le besoin d'apprendre, le besoin de s'accomplir.

## II/ Un lieu de communication et de valorisation de la parole

### 1/ Le Musée : un lieu social où la communication est encouragée

Le musée au-delà d'être un lieu public au service de la société, est un lieu où la communication et l'échange sont encouragés. Le musée comme « maison commune »<sup>256</sup> est un modèle émergent qui s'affirme de plus en plus, le musée devenant alors un lieu de rencontre entre les membres de la société. Selon Lynn D. Dierking et les études qu'elle analyse « l'interaction sociale joue un rôle de premier plan dans l'expérience muséale [...] »<sup>257</sup>

---

<sup>254</sup> EIDELMAN Jacqueline (dir.), *Inventer des musées pour demain*, Rapport de la mission musée XXIème siècle, La documentation française, Paris, mars 2017

<sup>255</sup> CAPELLE PERCEVAL Bénédicte, entretien dans NAULEAU Mélissa, *Musée français atteints de la maladie d'Alzheimer : patients ou visiteurs ?*, d'une offre culturelle émergente à l'affirmation du rôle social du musée, JONCHERY Anne (dir.), Ecole du Louvre, 2016, p.61

<sup>256</sup> EIDELMAN Jacqueline (dir.), *Inventer des musées pour demain*, op.cit., p.79

<sup>257</sup> DIERKING Lynn D., « Rôle de l'interaction sociale dans l'expérience muséale », *Culture & Musée*, n°5, *L'interaction sociale au musée*, UZZELL David L. (dir.), pp. 19-43, 1994, p.28

Plusieurs éléments et différentes situations peuvent encourager la communication au musée.

#### a/ Les artefacts, médium de communication

D'abord, les objets exposés par les musées sont des éléments qui peuvent encourager la communication. Ce sont des objets particuliers, qui provoquent parfois des émotions et réactions, aspect qui est développé plus loin dans ce mémoire. Ils peuvent alors être utilisés comme des médiums prétextes à la communication et à l'échange. Dans le programme *Encountering the Unexpected*<sup>258</sup>, les objets de musée étaient utilisés dans le but de créer des discussions entre les participants. Marie Billyeald, qui accompagnait le projet en tant que *Service Manager* pour la prévention, fait remarquer à quel point ces objets encouragent la communication : « You tend to find that people get talking a bit easier when they've got something to talk about... It encourages people to talk about things and takes the pressure off them personally. »<sup>259</sup>. Ces objets n'encouragent pas seulement la communication sur des thèmes qu'ils représentent : plus largement, ils peuvent encourager les personnes à parler d'elles-mêmes, de leurs problèmes et de leurs questions sur leur santé plus facilement.<sup>260</sup> Les objets de musées sont des ouvertures sur d'autres pensées, « The objects held by museums contain the stories of civilisation but they can also stimulate people to create their own stories or to weave the story of an object, real or imagined, into one's daily life. »<sup>261</sup> De plus, si les objets sont des œuvres d'arts, ils peuvent faire l'objet d'interprétations différentes, et donc créer des discussions et échanges autour de ces interprétations. Les objets du musée peuvent ainsi évoquer des récits qui

---

<sup>258</sup> *Encountering the Unexpected* est un programme qui a duré deux ans initié par le *Research Centre For Museums and Galleries* impliquant 6 musées de Grande-Bretagne. Il avait pour objectif, au travers de diverses expériences en lien avec les musées et leurs objets, de permettre aux personnes âgées d'être actives de manière cognitive, physique et sociale. Le site du projet est <https://unexpectedencounters.le.ac.uk/>

<sup>259</sup> « On a tendance à trouver que les gens parlent un peu plus facilement quand ils ont quelque chose à partir de quoi parler... Cela encourage les gens à parler de certaines choses et leur enlève une pression personnelle ». BILLYEALD Marie, citée dans DODD Jocelyn, JONES Ceri, *Mind, body, spirit : How museums impact health and wellbeing*, University of Leicester, Research Centre for Museums and Galleries, Juin 2014, p.30

<sup>260</sup> DODD Jocelyn, JONES Ceri, *Mind, body, spirit : How museums impact health and wellbeing*, op.cit.

<sup>261</sup> « Les objets détenus par les musées contiennent les histoires de la civilisation mais ils peuvent aussi stimuler les gens à créer leurs propres histoires ou à tisser l'histoire d'un objet, réel ou imaginaire, dans leur vie quotidienne ». CAMIC Paul, CHATTERJEE Helen, « Museums and art galleries as partners for public health interventions », *Perspectives in public health*, Vol. 133, pp. 66-91, Janvier 2013, p.67

stimulent les conversations et peuvent amener les visiteurs à échanger d'autant plus sur leurs différents points de vue et manière de percevoir les choses.

## b/ L'expérience de visite

Les visites au musée sont des expériences souvent partagées entre plusieurs participants qui peuvent alors interagir entre eux : « S'il est vrai que certaines personnes se rendent seules au musée, l'immense majorité des gens viennent cependant en groupe, que ce soit avec de la famille, quelques amis, ou dans le cadre plus vaste d'une visite organisée par l'école ou d'un voyage organisé »<sup>262</sup>.

Les visites autonomes permettent d'entretenir des conversations d'ordre personnel même si provoquées à partir d'éléments de l'exposition.<sup>263</sup> Elles sont une véritable expérience sociale et entretiennent les relations interpersonnelles.

Les visites guidées peuvent également encourager les conversations quand elles sont interactives. Les visiteurs peuvent être encouragés par le médiateur à donner leurs impressions sur les œuvres, à poser des questions, et cela peut mener à des échanges à l'intérieur du groupe guidé. Ce n'est pas seulement le médiateur qui s'exprime mais aussi les participants qui peuvent être appelés à s'exprimer et à débattre entre eux.

Le fait que l'expérience muséale encourage la communication et l'échange peut permettre de nouveaux bénéfices qui peuvent renforcer le bien-être et constituer une aide thérapeutique pour certains patients.

## 2/ Rétablir le lien social, lutter contre l'isolement social

L'isolement social est aujourd'hui un sujet de santé publique. « Pour le CESE, l'isolement social est la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger. Les relations d'une qualité insuffisante sont celles qui produisent un déni de reconnaissance, un déficit de sécurité et une participation empêchée. Le risque de cette situation tient au fait que l'isolement prive de certaines ressources impératives pour se constituer en tant que personne et accéder aux soins

---

<sup>262</sup> DIERKING Lynn D., « Rôle de l'interaction sociale dans l'expérience muséale », op.cit, p.19

<sup>263</sup> Ibidem

élémentaires et à la vie sociale. »<sup>264</sup>. Ainsi, peu de relations sociales durables et peu qualitatives mettent en danger la vie de la personne et l'empêchent de mener une vie satisfaisante. De nombreuses études ont prouvé que l'isolement social augmente les risques de mort prématurée et porte ainsi atteinte à l'espérance de vie.<sup>265</sup> Le risque encouru à cause de l'isolement social est équivalent au risque encouru par des personnes atteintes d'obésité de grade 2 à 3<sup>266</sup> (ce qui correspond aux deux grades les plus importants selon l'OMS<sup>267</sup> et inclut ce qu'on appelle communément « l'obésité morbide »). L'isolement social peut avoir des effets concrets sur la santé : il peut mener à de la dépression, augmenter la pression sanguine et augmenter le risque de développer des maladies cardiovasculaires ou des démences.<sup>268</sup>

Selon le Conseil Économique Social et Environnemental (CESE) « L'isolement social est un phénomène qui concerne plus de 5,5 millions de personnes, soit plus d'une sur dix en France. »<sup>269</sup> C'est un véritable problème de santé publique, d'autant plus que, selon ce même rapport, le phénomène est en aggravation<sup>270</sup>. Les personnes malades sont particulièrement enclines à être touchées par l'isolement social<sup>271</sup>. En effet, certaines personnes se trouvent dans des lieux de soins pour des périodes longues qui sont parfois éloignées de leur vie sociale d'origine et de la vie de la cité en général. D'autres, peuvent être isolées socialement du fait de leur maladie, qui parfois les stigmatisent et peut les empêcher d'avoir des interactions sociales régulières et « normales ». Ainsi, inclure des activités de groupe, des activités permettant des interactions sociales, dans une prise en charge médicale peut être pertinent. Et c'est également un des rôles que peut jouer le musée en termes thérapeutique. En effet, les visites au musée sont un moment de socialisation propice, notamment les visites de groupes et conversationnelles. La visite peut être prétexte à parler, communiquer et donc échanger. Laurence Paquier prend l'exemple

---

<sup>264</sup> SERRES Jean-François, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*, Les éditions des journaux officiels, Les avis du CESE, Enquête CESE, Juin 2017, p.12

<sup>265</sup> BAKER Mark, HARRIS Tyler, HOLT-LUNSTAD Julianne, SMITH Timothy B., STEPHENSON David, « Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review », *Perspectives on Psychological Science*, Vol. 10, pp. 227-237, mars 2015

<sup>266</sup> Ibidem

<sup>267</sup> WHO, « Obesity and overweight, 1er Avril 2020, accessible à [https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/)

<sup>268</sup> GAN Lena, « Museums: they're good for your health », Health and Wellbeing, University of Melbourne, 2019

<sup>269</sup> SERRES Jean-François, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*, op.cit., p.12

<sup>270</sup> Ibidem

<sup>271</sup> Ibidem

de l'une des patientes qui a bénéficié des visites au musée pour souligner cela : « Malgré une apparente absence d'évolution, ces activités maintiennent un certain niveau de socialisation pour cette patiente, lui évitant de rester seule à son domicile. Les sorties culturelles ont visiblement permis de lutter contre l'apragmatisme et l'isolement social. On observe, en parallèle, qu'elle prend l'initiative d'organiser ses propres sorties culturelles, en dehors de son temps de présence sur le lieu de soins. Elle les effectue seule ou avec d'autres patients dont elle est proche. On peut poser l'hypothèse que les sorties encadrées soutiennent le maintien d'intérêts et d'activités en autonomie, ainsi que les contacts sociaux. »<sup>272</sup>. Cette étude de cas montre que la visite au musée organisée par l'accueil de jour a pu permettre à la patiente de ne pas aggraver sa pathologie en maintenant son lien social. Mais aussi, cela l'a poussée à créer des activités sociales en dehors de ces visites encadrées avec d'autres patients. Donc la lutte contre l'isolement social ne se fait pas seulement sur le temps de la visite mais peut se poursuivre au-delà en encourageant les initiatives des patients et en les poussant à s'autonomiser socialement parlant. Cette lutte contre l'isolement social, qui touche notamment les personnes âgées mais peut aussi toucher certaines personnes qui ont des contacts sociaux limités du fait de leur maladie ou de la stigmatisation qui les touche, est un enjeu de santé publique dans lequel le musée a un rôle à jouer.

### 3/ Théorie de l'esprit et biais cognitifs

On peut supposer que la visite au musée, parce qu'il est un lieu social, a la capacité d'agir sur ce qu'on appelle la « théorie de l'esprit »<sup>273</sup>. « En 1985, Simon Baron-Cohen<sup>274</sup>, professeur en psychopathologie du développement, décrit la Théorie de l'esprit comme étant « la capacité à inférer les états mentaux des autres personnes et la capacité à utiliser cette information pour interpréter ce qu'elles disent, comprendre leurs comportements et prédire ce qu'elles vont faire. »<sup>275</sup>.

---

<sup>272</sup> PAQUIER Laurence, « Les sorties culturelles à visée thérapeutique », op.cit.

<sup>273</sup> Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, op.cit., Annexe 5

<sup>274</sup> Dans : BARON-COHEN Simon, LESLIE Alan, FRITH Uta, Does the autistic child have a « theory of mind ? », *Cognition*, Vol. 21, pp. 37-46, 1985

<sup>275</sup> LABBÉ Laurie, MICHEL Laurine, *Attrac(é)mo)tions : Effet d'un entraînement de l'identification et de la compréhension des émotions d'autrui chez des enfants sourds âgés de 8 à 12 ans*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, COPEAUX Catherine (dir.), DUBOËL Nathalie (dir.), septembre 2013, p.8

Cette capacité permet à la personne de se représenter les états mentaux d'autrui puis d'utiliser ces représentations pour analyser et prédire ses actions.<sup>276</sup> « Nous pouvons donc présenter la Théorie de l'esprit comme la « capacité à penser la pensée d'autrui et à s'y adapter. »<sup>277</sup>. De nombreuses pathologies ou syndromes peuvent être sources d'un déficit de la théorie de l'esprit. Cela peut être le cas, par exemple, pour des personnes atteintes d'autisme (domaine le plus étudié en ce qui concerne la théorie de l'esprit), de trisomie 21, d'alzheimer, de schizophrénie, ou encore certaines personnes ayant subi des atteintes neurologiques, comme les personnes fronto-lésées (qui ont des lésions cérébrales au niveau du lobe frontal).<sup>278</sup> Ce n'est pas une compétence innée, elle se développe au fur et à mesure de l'acquisition de compétences, principalement entre l'âge de trois ans et l'âge de huit ans. Ainsi, certaines personnes atteintes de déficience intellectuelles, qui ont un âge mental en deçà des âges de développement de ces compétences, peuvent également être touchées par un déficit de la théorie de l'esprit. Alors, en quoi la visite au musée peut-elle soutenir un travail thérapeutique autour de la théorie de l'esprit ?

D'abord, les discussions et interprétations provoquées lors des visites au musée peuvent permettre des bénéfices sur certains biais cognitifs qui touchent certains patients et qui ont trait à la théorie de l'esprit. Le Docteur Emmanuel Gallet évoque la possibilité d'utiliser la visite au musée afin de travailler sur certains biais cognitifs causés par certaines maladies. Il prend l'exemple de patients atteints de schizophrénie qui peuvent présenter « 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 peuvent les lier à un sentiment de persécution ou mégalomanie etc... »<sup>279</sup>. Or, à travers le média de l'œuvre d'art, est offerte la possibilité de l'interprétation. C'est d'autant plus le cas pour les œuvres d'art contemporain, qui doivent souvent être associées à une pensée et des concepts pour être interprétées et comprises. Lors d'une visite guidée, il s'agit de valoriser l'interprétation, sans jugement, ce qui ouvre la possibilité au patient de se confronter et d'accepter différents points de vue : le sien, ceux des autres participants et celui de l'artiste.<sup>280</sup> Se confronter à la production d'un autre et

---

<sup>276</sup> Ibidem

<sup>277</sup> Ibidem

<sup>278</sup> Ibidem

<sup>279</sup> Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet op.cit., Annexe 5

<sup>280</sup> Ibidem



essayer de comprendre ses intentions, les raisons de sa réalisation, sont souvent les bases d'une visite au musée. Que la production soit artistique ou non, les enjeux d'une visite où sont présentés des artefacts, sont de comprendre l'intention derrière la réalisation de ces objets qui peut correspondre à une expression artistique, ou à un besoin pratique, qu'il soit technique ou spirituel. L'artefact est un bien matériel précédé d'une intention. Les musées conservent des artefacts, donc la plupart des visites intègrent cette notion de l'intention derrière une production. C'est donc déjà, pour les visiteurs, devoir se confronter à une intention tierce et la comprendre. Mais aussi, lors des visites en groupes, les visiteurs peuvent être appelés à exprimer leurs interprétations et avis sur ce qu'ils voient. Cela signifie donc que chacun doit se confronter aux avis des autres et les accepter. En ce sens, il peut être véritablement intéressant lors de visites guidées que les médiateurs encouragent la conversation et permettent aux visiteurs de donner leurs points de vue sur les objets.

Grâce à ces deux aspects, la visite au musée semble pouvoir soutenir le travail thérapeutique sur les biais cognitifs décrits par le Docteur Emmanuel Gallet pour les personnes schizophrènes, et donc plus largement, sur certains aspects de la théorie de l'esprit. Et cela, parce que le musée est précisément un lieu qui encourage la compréhension de différents points de vue, il encourage des manières de penser singulières et multiples.<sup>281</sup>

Au-delà de ces aspects, lors d'une visite autonome accompagnée il est nécessaire pour les personnes de se coordonner et d'écouter les envies de chacun : « I find that going to an exhibit with another person requires a lot of cooperation. Each visitor's rhythms, reactions, and desires become clear when in comparison to others. What wing of a museum are we interested in? How will we manage time through the galleries and at particular pieces? How much and in what way do we wish to talk about the work? What do we each need along the way? Who makes the decisions? Do we negotiate, concede, confront, or compromise? »<sup>282</sup>. Ces visites

---

<sup>281</sup> HAMIL Sarah, *The Art Museum as a Therapeutic Space*, thèse de doctorat en philosophie, Lesley University, Mai 2016

<sup>282</sup> « Je trouve qu'aller à une exposition avec une autre personne demande beaucoup de coopération. Les rythmes, les réactions et les désirs de chaque visiteur deviennent évidents lorsqu'on les compare aux autres. Quelle aile d'un musée nous intéresse ? Comment allons-nous gérer le temps dans les galeries et sur certaines pièces ? Dans quelle mesure et de quelle manière souhaitons-nous parler de l'œuvre ? De quoi avons-nous tous besoin en cours de route ? Qui prend les décisions ? Devons-nous négocier, concéder, confronter ou faire des compromis ? » SALOM Andrée, « The therapeutic potentials of a museums visit », *International Journal of Transpersonal Studies*, Vol. 27, article 13, pp. 98-103, 2008, p.100

exigent donc de comprendre les intentions de l'autre et de les respecter. Cette coopération nécessaire que Andrée Salom décrit, requiert de nombreuses compétences qui sont liées à la théorie de l'esprit. Ainsi, on peut supposer que la visite au musée, qu'elle soit autonome ou guidée, permet un travail sur la théorie de l'esprit, à partir du moment où elle est effectuée avec plusieurs personnes. Dans la pratique, le musée est déjà utilisé par certaines institutions de soin en ce sens. Cependant, aucune étude à ce jour ne semble avoir été faite à ce sujet et il serait intéressant d'en effectuer un afin de vérifier cette hypothèse.

#### 4/ Valoriser la parole : une (re)conquête individuelle

Le musée peut être un véritable lieu de « reconquête individuelle »<sup>283</sup>. D'abord, le musée, par les objets qu'il présente, confirme la validité et la légitimité des expressions personnelles. « Even more impressive for patients is the diversity of pieces valued and displayed in museum installations. Witnessing the validity of uniquely personal expression, (as portrayed, for instance, in the juxtaposition of Twombly's Lepanto paintings and the Don Juan de Austria by Velazquez, at the Museo del Prado, two singular and very different artistic voices) reassures patients that it is not only his or her therapist who validates distinct personal expressions. It is also museums that authorize them, and museums, by preserving and interpreting our heritage, serve as symbols of society (MacDonald, 1989). The diversity of art shown in many collections can mirror our value as individuals with myriad and inimitable ways of expression. In this way, uniqueness is symbolically appreciated within a museum. »<sup>284</sup>. Ne serait-ce que par cet aspect, le musée peut être rassurant pour les

<sup>283</sup> PELLEGRINO Sandrine « La Culture, un support de la reconstruction identitaire au service de l'insertion professionnelle et sociale », p.29, dans *Musée : outil de lien social ?*, Association Générale des Conservateurs des Collections Publiques de France Provence-Alpes-Côte d'Azur (AGCCPF PACA), BRUYERE Michèle, CAMARA Magali, GILBERT Claude, GRASSE Marie-Christine, édition Fage Eds, juin 2008

<sup>284</sup> « La diversité des pièces valorisées et exposées dans les installations des musées est encore plus impressionnante pour les patients. Le fait d'être témoin de la validité d'une expression personnelle unique (comme le montre, par exemple, la juxtaposition des peintures de Léopold de Twombly et du Don Juan d'Autriche de Velazquez, au musée du Prado, deux voix artistiques singulières et très différentes) rassure les patients en leur montrant que ce n'est pas seulement leur thérapeute qui valide des expressions personnelles distinctes. Ce sont aussi les musées qui les autorisent, et les musées, en préservant et en interprétant notre patrimoine, servent de symboles de la société (MacDonald, 1989). La diversité des œuvres d'art présentées dans de nombreuses collections peut refléter notre valeur en tant qu'individus avec une myriade de moyens d'expression inimitables. Ainsi, le caractère unique est symboliquement apprécié au sein d'un musée. », SALOM Andrée, « The therapeutic potentials of a museums visit », *International Journal of Transpersonal Studies*, op.cit., p.99

patients qui ne se sentent pas capables ou légitimes à exprimer un avis. Au-delà de légitimer la place de ces personnes dans la société, le musée a la possibilité d'aller plus loin en valorisant leur parole et leur point de vue. Il valorise les expressions individuelles et diverses ce qui peut rassurer le patient sur son droit à être « différent », à être unique.

De plus, le fait d'encourager l'expression et de mettre en avant la parole des visiteurs et leur légitimité à donner leur avis peut également agir sur l'estime de soi. En effet, que ce soit à cause de leur pathologie ou non, certains patients peuvent ne pas se sentir légitimes à s'exprimer ou ne pas pouvoir le faire à cause d'une certaine stigmatisation. Marie-Christine Grasse souligne qu'il est bénéfique d'ouvrir « des sas d'expression par la culture à des personnes qui ne sont plus forcément écoutées au quotidien. »<sup>285</sup>. Si elle désigne surtout les personnes dites du « champ-social » avec cette phrase, on peut suggérer, après avoir évoqué les notions de stigmatisation et d'auto-stigmatisation, que cela peut s'appliquer à certains patients. Lors des visites guidées, chacun a le droit d'exprimer son opinion, son interprétation. Il y a peu de lieux qui permettent cela, et cela peut donc s'avérer véritablement valorisant pour la personne. Lors d'une visite, il semble donc important pour le médiateur de valoriser cette expression et de ne pas être jugeant, afin de renforcer l'estime de soi du visiteur. Or l'estime de soi est un facteur prédictif de l'évolution positive ou négative de certaines maladies.<sup>286</sup> Le « besoin d'estime » est d'ailleurs en quatrième position sur la pyramide des besoins fondamentaux de tout être humain par Abraham Maslow.<sup>287</sup> L'estime de soi fait partie des besoins vitaux de tout être humain<sup>288</sup> et elle est donc déterminante pour sa santé et sa survie. Certains l'envisage comme une « structure de défense » qui permettrait aux personnes de se protéger de l'anxiété et de certaines peurs humaines face aux menaces qui peuvent l'atteindre.<sup>289</sup> En ce sens, elle serait particulièrement importante pour les personnes qui ont à vivre avec une pathologie.

Comme le souligne Mélissa Nauleau, « Le musée offre ainsi un espace neutre

---

<sup>285</sup> GRASSE Marie-Christine, « Le musée au cœur de la vie », dans *Musée : outil de lien social ?*, AGCCPF PACA, op.cit., p.5

<sup>286</sup> Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, op.cit., Annexe 5

<sup>287</sup> MASLOW Abraham, « A Theory of Human Motivation », *Psychological Review*, n° 50, 1943, pp. 370-396

<sup>288</sup> GREENBERG Jeff, SOLOMON Sheldon, PYSZCYNski Tom, ROSENBLATT Abram, BURLING John, LYON Deborah, SIMON Linda, PINEL Elizabeth, « Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety buffering function », *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 63, pp. 913-922, 1992

<sup>289</sup> Ibidem

dans lequel les personnes peuvent réinvestir leur identité, leurs idées, leurs opinions et, finalement, leur personne. »<sup>290</sup>. Valoriser l'expression personnelle et l'estime de soi permet aux personnes une véritable reconquête individuelle, une réappropriation de sa propre personne. Le patient n'est plus simplement une personne malade, lors de la visite au musée il peut exister en tant qu'individu qui pense, émet une opinion. Il peut ainsi se réapproprier sa propre voix et prendre pleinement sa place de sujet.<sup>291</sup>

## 5/ L'importance du médiateur et de son rôle

Suite à toutes ces remarques, on peut mettre en avant l'importance d'encourager l'échange et la communication au sein du musée pour soutenir différentes problématiques qui entrent en considération dans un accompagnement thérapeutique. Lors de visites guidées, c'est le médiateur qui va avoir le rôle d'encourager ces échanges et de leur permettre d'avoir lieu dans une atmosphère sécurisante et non jugeante. L'étude<sup>292</sup> faite suite au programme Meet me at MoMA<sup>293</sup>, un programme dédié aux personnes atteintes d'Alzheimer ou de démences, met en avant cet aspect dans ses conclusions : « Beyond a doubt, it is the style and approach of the educators—which is never overly didactic or condescending, but rather warm and interactive—and the interaction with them that participants single out as being of exceptional importance to them. The way in which they involve the participants with dementia and elicit their comments, which are then met with genuine interest and appreciation, rekindles feelings of self-worth. »<sup>294</sup>. On voit grâce à cette étude que l'attitude du médiateur est déterminante dans l'expérience du visiteur et dans l'impact thérapeutique que celle-ci peut avoir. L'étude

---

<sup>290</sup> NAULEAU Mélissa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, Une alliance controversée, Regards croisés : France, Royaume-Uni, Canada, Etats-Unis, MAIRESSE François (dir.), Ecole du Louvre, 2017, p.90

<sup>291</sup> PAQUIER Laurence, « Les sorties culturelles à visée thérapeutique », op.cit.

<sup>292</sup> EPSTEIN Cynthia, MITTELMAN Mary, « Research », *MoMA Alzheimer's Project: Making Art Accessible to People with Dementia*, New York University Center of Excellence for Brain Aging and Dementia, 2009

<sup>293</sup> Cette étude a été faite auprès de 37 participants au programmes atteints d'Alzheimer et 37 aidants. Elle était constituée d'échelles d'auto-évaluation, d'échelles remplies par un observateur et d'une évaluation à remplir à la maison et renvoyer dans les trois jours après la visite.

<sup>294</sup> « Sans aucun doute, c'est le style et l'approche des éducateurs - qui ne sont jamais trop didactiques ou condescendants, mais plutôt chaleureux et interactifs - et l'interaction avec eux que les participants considèrent comme étant d'une importance exceptionnelle pour eux. La manière dont ils impliquent les participants atteints de démence et obtiennent leurs commentaires, qui sont ensuite accueillis avec un intérêt et une appréciation réels, ravive les sentiments de confiance en soi. » EPSTEIN Cynthia, MITTELMAN Mary, « Research », op.cit., p.104

souligne le fait que le médiateur est souvent à l'origine de l'expression des participants qui peuvent ne pas oser parler ou manquer d'initiative à cause de leur maladie.<sup>295</sup> L'évaluation à remplir à la maison était l'occasion pour les participants de faire des remarques et suggestions et à la question « What was the best thing about your visit? »<sup>296</sup> onze participants ont cité les médiateurs. Cela confirme l'importance du rôle qu'ils peuvent jouer.

Si le médiateur encourage la communication et crée une atmosphère plus ou moins propice à l'appréciation de la visite et à son potentiel effet thérapeutique, il peut aussi valoriser les patients et favoriser leur inclusion par l'attention qu'il leur porte. « The educators, together with the entire MoMA staff, create a sense of safety and convey feelings of regard for the participants. The value placed on the person with dementia at least temporarily removes the stigma of Alzheimer's disease so that participants can enjoy the MoMA experience. It is possible that the attention that was lavished on study participants may have heightened their feelings of being welcome and important, but this also serves to point out how much people with dementia feel the loss of status in the community and how much they appreciate efforts made on their behalf. »<sup>297</sup>. C'est le médiateur qui lors de la visite incarne l'accueil du musée, en ce sens le regard qu'il porte sur les participants est capital. Un regard bienveillant, non discriminant, non jugeant et inclusif contribue énormément à favoriser les effets qui ont été développés lors de cette partie. La lutte contre la stigmatisation, la valorisation de l'estime de soi, le fait de favoriser les échanges etc... Tout cela, c'est le médiateur, lors d'une visite guidée, qui va en grande partie le rendre possible.

C'est pourquoi il est important que le médiateur, ainsi que les équipes du musée qui sont aux contacts des visiteurs, soient formés à recevoir des groupes composés de personnes atteintes de pathologies. Il s'agit d'avoir en tête des points d'attention qui favorisent l'impact positif de la visite sur les participants. La médiatrice présente lors de la visite de l'exposition *Hans Hartung* au musée d'art moderne soulignait qu'elle adoptait une attitude différente face aux patients Alzheimer afin de

---

<sup>295</sup> Ibidem

<sup>296</sup> Idem, p.102

<sup>297</sup> « Les médiateurs, ainsi que l'ensemble du personnel du MoMA, créent un sentiment de sécurité et transmettent des sentiments de respect aux participants. La valeur accordée à la personne atteinte de démence supprime au moins temporairement la stigmatisation de la maladie d'Alzheimer afin que les participants puissent profiter de l'expérience du MoMA. Il est possible que l'attention accordée aux participants à l'étude ait renforcé leur sentiment d'être les bienvenus et importants, mais cela permet également de souligner à quel point les personnes atteintes de démence ressentent la perte de leur statut dans la communauté et apprécient les efforts déployés en leur faveur. », Idem pp. 104-105

favoriser le lien social : « 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. »<sup>298</sup>. S'il semble important d'être sensibilisé à l'impact de l'attitude adoptée sur ce type de visiteurs, il ne faut cependant pas tomber dans une forme de stigmatisation en faisant quelque chose de trop spécifique. Eric Vidal, médiateur au musée des Abattoirs de Toulouse qui accueille les patients de l'hôpital Marchant lors de visites, soulignait qu'il adaptait le moins possible ses visites : « J'insiste sur le fait [...] 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. [...] [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. [...] 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 personnes. »<sup>299</sup>. Le Docteur Gallet, lors de notre entretien, soulignait aussi le fait que, quand cela était possible et toujours avec une pensée qui précède l'action, il fallait essayer de mettre en place un accompagnement qui soit le plus « a-spécifique » possible.<sup>300</sup> Il faut donc trouver un juste milieu entre un accompagnement qui permet de favoriser les actions qui ont été soulignées dans cette partie et qui s'adapte au public, et un accompagnement le plus a-spécifique possible qui permettrait une réelle inclusion.

Aujourd'hui certaines associations proposent des formations pour des guides-conférenciers. Par exemple, l'association Artz en propose une en trois jours pour apprendre à accueillir des publics atteints de la maladie d'Alzheimer.<sup>301</sup> Elle propose également des partenariats avec les musées afin de leur proposer des

---

<sup>298</sup> 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, Annexe 8

<sup>299</sup> 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, op.cit., Annexe 4

<sup>300</sup> Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, op.cit., Annexe 5

<sup>301</sup> Tel qu'indiqué sur le site de l'association :

<https://www.actionculturellealzheimer.org/rendre-les-musees-accessibles/>

parcours adaptés et des formations directement pour leurs médiateurs.<sup>302</sup> Cette formation permet au médiateur d'acquérir des connaissances sur la maladie et ses symptômes et de bénéficier de mise en situation pour apprendre à gérer des situations parfois compliquées.<sup>303</sup> Il semble essentiel aujourd'hui de développer ce type de formation afin que ces publics soient accueillis de la manière la plus adaptée possible. Les médiateurs peuvent également avoir des *a priori* et des craintes par rapport aux pathologies des personnes qu'ils accompagnent quand ils ne les connaissent pas. Cela peut les mettre en difficulté et créer des appréhensions, comme cela a été observé lors de la visite de l'exposition Degas à l'Opéra : la médiatrice, non formée au public atteint de la maladie Alzheimer, faisait preuves d'appréhension avant la visite.<sup>304</sup> En les formant et en les confrontant avec ces types de publics, cela leur permet également de déconstruire leurs propres préjugés et d'être ainsi plus inclusifs.

---

<sup>302</sup> Ibidem

<sup>303</sup> Ibidem

<sup>304</sup> 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, Annexe 10

## E. Le musée, lieu d'artefacts

### I/ Le statut et la valeur de l'objet de musée

Les musées ont d'abord été conçus en vue d'accueillir des objets. Si ils sont devenus par la suite ouverts au public, les objets sont longtemps restés la principale, voire seule, préoccupation des conservateurs et administrateurs. Ces artefacts sont d'ailleurs encore présents au cœur des différentes définitions du musée. Dans la définition de l'ICOM par exemple : « Un musée est une institution permanente sans but lucratif au service de la société et de son développement, ouverte au public, qui acquiert, conserve, étudie, expose et transmet le patrimoine matériel et immatériel de l'humanité et de son environnement à des fins d'études, d'éducation et de délectation. »<sup>305</sup> ou alors dans la définition donnée par la Loi 2002-5 relative aux musées de France : « Est considérée comme musée, au sens de la présente loi, toute collection permanente composée de biens dont la conservation et la présentation revêtent un intérêt public et organisée en vue de la connaissance, de l'éducation et du plaisir du public »<sup>306</sup>. Constituant le cœur même des musées et faisant partie de ses caractéristiques principales, il est intéressant, dans le cadre de ce travail, de réfléchir aux potentielles vertus thérapeutiques de ces objets, à leur statut, à la valeur que les hommes leur accordent et aux liens qu'ils établissent et entretiennent avec eux.

D'abord, cette idée que les objets conservés dans les musées peuvent être thérapeutiques ou avoir des vertus médicinales n'est pas nouvelle. Certains objets conservés dans les musées le sont précisément parce qu'ils pouvaient avoir cette valeur : « Characteristic museum pieces which were also items in contemporary pharmacopoeia included not just specimens of plants and animals, however, but also such things as mummy flesh and even fossils and stone axes – which would be taken in powdered form. The rare and wondrous qualities that made an object a likely

---

<sup>305</sup> ICOM, *Statuts*, Tels qu'amendés et adoptés par l'assemblée générale extraordinaire, le 9 juin 2017, Article 3. Définition des termes, Paris, France, 9 juin 2017

<sup>306</sup> Loi n° 2002-5 du 4 janvier 2002 relative aux musées de France, Article 1, JORF du 5 janvier 2002, p.305



museum piece might also make it strong medicine »<sup>307</sup>. L'humain attribue parfois des valeurs ou vertus aux objets et entretient des liens particuliers avec certains d'entre eux.

La relation visiteur-objet peut être une porte d'entrée pour fréquenter le musée régulièrement « However important the potential symbolic resonance of the museum and its collections as a whole, it remains difficult for many people to form a personal relation to an institution, particularly one which besides common goods may also symbolise imperial might, post-colonial divisiveness, class privilege, elite arbitration of taste and local structures of power, influence and patronage (Silverman, 2010). It became very clear in this study that the route to seeing the museum as an accessible and meaningful site of cultural experience was for most people via an object it contained. »<sup>308</sup>. Il est en effet plus facile d'établir des liens plus « personnels » avec des objets qu'avec des institutions. C'est cette relation aux artefacts qui peut pousser quelqu'un à venir ou revenir au musée. Les objets de musées sont donc au cœur de la relation visiteur-musée et de l'expérience de visite.

## 1/ Un statut particulier

Les artefacts de musées sont particuliers. D'abord, ils entrent dans les collections parce qu'ils ont une valeur intrinsèque. De plus, en les faisant entrer dans les collections muséales on leur attribue un nouveau statut : celui de l'objet de musée.<sup>309</sup> Celui-ci leur donne une valeur supplémentaire car ils deviennent reconnus

---

<sup>307</sup> « Les pièces caractéristiques des musées, qui étaient également des objets de la pharmacopée contemporaine, comprenaient non seulement des spécimens de plantes et d'animaux, mais aussi de la chair de momie et même des fossiles et des haches en pierre - qui étaient pris sous forme de poudre. Les qualités rares et merveilleuses qui faisaient d'un objet une pièce de musée probable pouvaient également en faire un médicament puissant » CLASSEN Constance, « Museum Manners : The sensory life of the early museum », *Journal of social history*, pp. 895-914, été 2007, p.905

<sup>308</sup> « Quelle que soit l'importance de la résonance symbolique potentielle du musée et de ses collections dans leur ensemble, il reste difficile pour de nombreuses personnes d'établir une relation personnelle avec une institution, en particulier une institution qui, outre les biens communs, peut également symboliser la puissance impériale, les divisions post-coloniales, les privilèges de classe, l'arbitrage des goûts par l'élite et les structures locales de pouvoir, d'influence et de mécénat (Silverman, 2010). Il est apparu très clairement dans cette étude que le chemin pour considérer le musée comme un site accessible et significatif d'expérience culturelle passe pour la plupart des gens par un objet qu'il contient. » FARRIER Alan, FROGGETT Lynn, HACKING Susan, POURSANIDOU Konstantina, SAGAN Olivia, *Who cares ? Museums, Health and Wellbeing Research project, A Study of the Renaissance North West Programme*, University of Central Lancashire, Mars 2011, pp.65-66

<sup>309</sup> DODD Jocelyn, SANDELL Richard, SCOTT Carol, *Cultural Value, User value of museums and galleries: a critical view of the literature*, Arts & Humanities Research Council, University of Leicester 2014

par l'institution comme dignes d'être conservés et montrés. Ce statut particulier, intrinsèque puis acquis, change donc nécessairement le rapport entretenu avec ces objets et le lien que les personnes ont avec eux. De plus, le fait de les placer dans un musée leur donne de nouvelles significations : « Suspended between the world of their origin and the world of their placement in museums, they can be transformed into symbols representing other things and states of being. Froggett (2011, 67) describes the object as a *symbolic third*, mediating personal and collective meanings and triggering memories in ways that other information bearing materials do not (McManus 1993). »<sup>310</sup>. Ils sont alors des portes ouvertes sur des sujets, ils symbolisent des choses qui vont au-delà de leur simple matérialité et de ce fait, aux yeux du spectateur, il ne sont pas de simples objets mais représentent bien plus.

## 2/ Le concept de « vraies choses »

Cependant, pourquoi revenir au musée pour revoir ces objets alors même qu'aujourd'hui, à l'heure d'internet et de la numérisation massive des collections, nous pouvons revoir ces artefacts avec une très bonne qualité d'image ? Parce que la particularité et la valeur de certains objets que l'on trouve dans les musées, c'est leur authenticité, leur réalité matérielle. Certes tous les expôts ne sont pas authentiques, certains sont des moulages ou des reproductions et servent à une mise en contexte. Mais d'autres frappent précisément parce que ce sont des « vraies choses » : « Mais les objets ne sont pas non plus que des signes, puisque par leur seule présence, ils peuvent être directement perçus par les sens. C'est pour cette raison qu'est souvent utilisé, pour désigner l'objet de musée présenté à partir de son pouvoir de « présence authentique », le terme anglo- saxon de *real thing*, traduit par vraie chose, c'est- à-dire « des choses que nous présentons telles qu'elles sont et non comme des modèles, des images ou des représentations de quelque chose d'autre » (Cameron,1968), qui suppose, pour des raisons variées (sentimentale, esthétique, etc.), une relation intuitive avec ce qui est exposé. »<sup>311</sup>. Cette explication

---

<sup>310</sup> « Suspendues entre le monde de leur origine et celui de leur placement dans les musées, elles peuvent être transformées en symboles représentant d'autres choses et d'autres états d'existence. Froggett (2011, 67) décrit l'objet comme un « tiers symbolique », qui transmet des significations personnelles et collectives et déclenche des souvenirs d'une manière que d'autres matériaux porteurs d'informations ne peuvent pas faire (McManus 1993) », Idem, p.15

<sup>311</sup> DESVALLEES André (dir.), MAIRESSE François (dir.), *Concepts clés de muséologie*, ICOM, Armand Colin, 2010, p.61

montre que cette présence matérielle authentique semble renforcer le lien physique et émotionnel que quelqu'un peut entretenir avec ces objets. « Artefacts – one of the main assets of museums and galleries – tend to communicate in 3-D and put jump-leads on your emotions and imagination. There's something emotionally unique about standing in front of a Brontosaurus skeleton in the foyer of the Natural History Museum that you cannot re-create on-screen or in print. That makes museums special. »<sup>312</sup>. Ces objets par le fait qu'ils sont authentiques, qu'ils sont les « vraies choses », deviennent exceptionnels aux yeux du visiteur et peuvent provoquer en lui des émotions uniques et très fortes. Cet aspect des objets muséaux semble renforcer l'impact émotionnel qu'ils peuvent avoir sur le visiteur, or, comme c'est développé plus tard dans ce mémoire, les bénéfices que les émotions peuvent avoir sur les visiteurs en termes de bien-être et de soutien thérapeutique. Le fait que cela soit des « vraies choses » modifie indéniablement le rapport du visiteur à l'objet et est une caractéristique qu'on retrouve peu en dehors des institutions muséales. C'est aussi, en partie, ce qui rend unique une visite au musée ou le contact, direct ou indirect, avec ses artefacts.

### 3/ Un rapport à l'identité

Les objets muséaux vont au-delà de leur simple propriété matérielle. Les visiteurs peuvent entretenir des liens très personnels envers ces objets qui vont alors pouvoir évoquer leur identité<sup>313</sup> et dans lesquels ils pourront particulièrement se reconnaître. Au-delà de leur matérialité et de ce qu'ils représentent, c'est un lien personnel qu'ils vont pouvoir créer avec le visiteur : « Most importantly, it has been argued that when encountering museum exhibits and objects, visitors will consider and value not only the messages and meanings intended by educators and artists, but they will also value the personal and affective meanings they create themselves as they connect what they encounter to their own lives and relationships (Silverman,

---

<sup>312</sup> « Les artefacts - l'un des principaux atouts des musées et des galeries - ont tendance à communiquer en 3D et à mettre en avant vos émotions et votre imagination. Se tenir devant un squelette de brontosaurus dans le foyer du musée d'histoire naturelle a quelque chose d'unique sur le plan émotionnel que vous ne pouvez pas recréer à l'écran ou sur papier. C'est ce qui rend les musées spéciaux. » WOOD Chris, *Museums of the mind, Mental Health, Emotional Wellbeing and Museums, Summary*, Culture unlimited, Edition Nicola Nuttal, Décembre 2010, p.4

<sup>313</sup> FARRIER Alan, FROGGETT Lynn, HACKING Susan, POURSANIDOU Konstantina, SAGAN Olivia, *Who cares ? Museums, Health and Wellbeing Research project, A Study of the Renaissance North West Programme*, University of Central Lancashire, Mars 2011, p.7

1990). »<sup>314</sup>. Le lien que le visiteur entretient avec l'objet de musée est donc loin d'être anodin et est au carrefour de trois caractéristiques : la matérialité de l'objet, ce qu'il représente et ce à quoi il fait écho chez le visiteur. C'est pourquoi ces objets semblent si particuliers et peuvent provoquer des réactions uniques. Chacun peut être touché par un objet de musée sans forcément savoir pourquoi.<sup>315</sup> On peut parfois être absorbé par l'objet : « Becoming absorbed by an object means slowing down, becoming psychically *part of it*, and having an embodied relation to it. »<sup>316</sup>. Cela souligne la résonance que peut avoir un objet de musée en soi et ce qu'il peut provoquer. Ces objets sont symboles de cultures, d'identités, d'histoire mais ils peuvent également évoquer des choses beaucoup plus personnelles et devenir ainsi symboles de soi-même, de ses relations, de sa propre vie.<sup>317</sup>

## II/ Matérialité de l'objet

### 1/ Introduction à la matérialité de l'objet et lien intrinsèque

Comme cela a déjà été évoqué précédemment lors de ce travail, la stimulation sensorielle peut avoir un impact non négligeable sur notre santé, et elle est déjà utilisée comme thérapie non médicamenteuse dans de nombreux lieux de soins à travers le monde. Ce qui peut frapper le visiteur quand il visite un musée c'est la réalité matérielle des objets qu'il a devant lui. Cette présence matérielle couplée à l'idée de la « vraie chose », peut provoquer en lui des émotions. De nombreuses personnes peuvent témoigner avoir été touchées par la force de la touche d'un peintre ou la finesse du geste d'un sculpteur. Cette matérialité particulière entre en jeu dans la valeur intrinsèque de l'objet muséal et peut directement toucher le visiteur

---

<sup>314</sup> « Plus important encore, il a été avancé que lorsqu'ils rencontrent des pièces et des objets de musée, les visiteurs prennent en compte et apprécient non seulement les messages et les significations prévus par les éducateurs et les artistes, mais ils apprécient également les significations personnelles et affectives qu'ils créent eux-mêmes en reliant ce qu'ils rencontrent à leur propre vie et à leurs relations (Silverman, 1990). » idem p.8

<sup>315</sup> FARRIER Alan, FROGGETT Lynn, HACKING Susan, POURSANIDOU Konstantina, SAGAN Olivia, *Who cares ? Museums, Health and Wellbeing Research project, A Study of the Renaissance North West Programme*, University of Central Lancashire, Mars 2011

<sup>316</sup> « Être absorbé par un objet signifie ralentir, devenir psychiquement *partie de lui* et avoir une relation incarnée avec lui. », Idem, p.69

<sup>317</sup> SILVERMAN Lois H., « The therapeutic potential of museums as pathways to inclusion », *Museums, society, inequality*, SANDELL Richard (dir.), Routledge, 2002

: « It is argued that when individuals interact with museums and their collections the object's properties, including their intrinsic, physical and material properties, trigger sensory, emotional and cognitive associations, memories and projections (Frogett et al. 2011). »<sup>318</sup>. Même sans toucher les œuvres, voir des objets aux propriétés matérielles diverses ou particulières stimule les sens et notre cognition : il est possible d'imaginer quelles sensations cela doit produire au toucher, ou alors quel geste a créé telle ou telle trace. Ces qualités matérielles, traces de la création humaine, peuvent stimuler l'imagination et la création. « The sensory qualities of objects allow them to be experienced viscerally and the *embodied* impact can stimulate memory and reflection (Spector et al 2001 in Chatterjee and Noble 2013, 45). »<sup>319</sup>. Au-delà d'une stimulation cognitive, ces propriétés matérielles effectuent un véritable lien avec les sens et le corps. Ainsi l'œuvre peut toucher « viscéralement » le spectateur et donc provoquer en lui des émotions fortes. De plus, pour des personnes malades, se projeter dans son propre corps, imaginer des sensations, des actions, peut être bénéfique. Pour des personnes dont le corps a été mis à rude épreuve, cela peut permettre de se projeter de nouveau dans celui-ci, de renouer avec son corps et pourquoi pas ses sensations. Pour celles dont le psychisme a été atteint, comme la mémoire par exemple, cela pourrait aider à évoquer une mémoire sensorielle ou des actions effectuées par le passé.

## 2/ Manipulation

Des études et programmes ont tenté d'aller au bout de cette réflexion sur les bénéfices de la matérialité des objets de musée en organisant des sessions de manipulation de certains de ces artefacts. Si cela s'éloigne quelque peu du sujet de cette recherche, il semble intéressant de s'y pencher tout de même. En effet, cela

---

<sup>318</sup> « Il est avancé que lorsque les individus interagissent avec les musées et leurs collections, les propriétés des objets, y compris leurs propriétés intrinsèques, physiques et matérielles, déclenchent des associations, des souvenirs et des projections sensorielles, émotionnelles et cognitives (Frogett et al. 2011). » CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, *Museums, health and well being*, Ashgate, Londres 2013, p.41

<sup>319</sup> «Les qualités sensorielles des objets permettent de les ressentir viscéralement et l'impact «incarné» peut stimuler la mémoire et la réflexion (Spector et al 2001 dans Chatterjee and Noble 2013, 45).» DODD Jocelyn, SANDELL Richard, SCOTT Carol, *Cultural Value, User value of museums and galleries: a critical view of the literature*, Arts & Humanities Research Council, University of Leicester 2014, p.15

donne l'occasion d'évoquer ce pouvoir matériel que les objets de musée possèdent. De plus, ce type d'intervention peut être inclus à une visite et la compléter.

Helen Chatterjee, Guy Noble et Sonjel Vreeland ont réalisé une étude à ce propos à partir d'un projet pilote créé conjointement par l'*University College London Museums and Collections* (UCL M&C) et l'*University College London Hospital Arts* (UCLH Arts).<sup>320</sup> Ce projet consistait à emmener des objets de musées au chevet de patients hospitalisés et d'étudier si la manipulation de ces objets pouvait avoir un impact sur le bien-être du patient.<sup>321</sup> Le projet utilisait des boîtes de prêts spécialement conçues pour être utilisées dans le milieu hospitalier, composées de différents objets, de diverses natures (des artefacts archéologiques, des spécimens géologiques ou même des œuvres d'arts), provenant de l'*UCL M&C*.<sup>322</sup> Les objets ont été choisis pour refléter une diversité matérielle et en même temps faciliter leur transport. Les patients choisissaient les objets qu'ils voulaient manipuler. La manipulation de ces objets était accompagnée par la présence d'un médiateur qui pouvait répondre aux questions du patient et conduisait un entretien semi-directif en posant des questions comme : « Quel est cet objet selon vous ? », « Qu'est-ce que cela vous rappelle ? », « Pourquoi avez-vous choisi cet objet ? »...<sup>323</sup> La présence de ce médiateur a été une limite de l'étude puisqu'il a été parfois compliqué de savoir si c'était la discussion avec le médiateur qui avait eu des bénéfices ou la manipulation d'objets. Une des premières choses constatée est l'attachement des patients à ces objets après les avoir manipulés : « Some patients became very attached to the museum objects and were reluctant to return them. »<sup>324</sup>, la manipulation augmente le désir de possession de ces objets. Pour pallier ce problème, ils ont décidé d'offrir aux patients des souvenirs, comme des cartes postales. Cependant, cela souligne déjà que le rapport à l'objet change en le manipulant et peut donc faire apparaître de nouveaux désirs. Ils ont identifié plusieurs manières de toucher qui, selon eux, peuvent indiquer l'impact qu'un objet a sur le patient. Ils ont par exemple identifiés un toucher « imaginaire » qui consiste à manipuler l'objet de sorte à l'imaginer en action (exemple : ouvrir et fermer la gueule d'un crâne de puma), ou encore un toucher

---

<sup>320</sup> CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, VREELAND Sonjel, « Museopathy: Exploring the Healing Potential of Handling Museum Objects », *Museum and Society*, University College, Londres, Novembre 2009

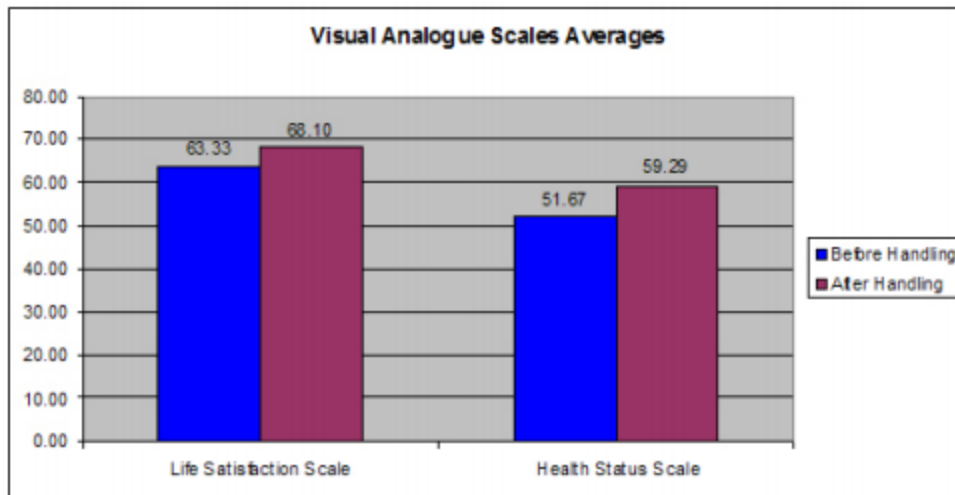
<sup>321</sup> Ibidem

<sup>322</sup> Ibidem

<sup>323</sup> Ibidem

<sup>324</sup> « Certains patients sont devenus très attachés aux objets du musée et hésitaient à les rendre. », Idem, p.167

exploratoire permettant de mieux sentir et se concentrer sur la forme et la texture des objets.



Histogramme montrant les scores moyens de satisfaction de vie et d'état de santé « avant » et « après », dérivés des échelles visuelles analogiques génériques.<sup>325</sup>

Finalement, l'étude a mis en avant une hausse de satisfaction chez les patients vis-à-vis de leur vie et de leur santé, après les sessions de manipulation. Il a donc été conclu que la manipulation d'objets pouvait avoir un impact positif sur le bien-être des patients.

Cette manipulation d'objets permet de ressentir des émotions plus puissante qu'avec une simple visite : « Yet, when a collection contained ancient and exotic artefacts, many seventeenth and eighteenth-century visitors [...] must have felt a thrill at holding in their hands what long-ago and far-away people had held in their hands [...] »<sup>326</sup>. Le lien avec l'objet authentique, la vraie chose, est d'autant plus facile à faire et se fait d'autant plus fort. Ainsi, cela aide, en plus d'apporter un certain bien-être, à mieux faire le lien entre soi et les artefacts de musée : « The seeming ability of touch to annihilate time and space give it a particularly vital role in the museum where so many of the exhibits were from long ago and far away. Touch helped bring the museum to life. »<sup>327</sup>.

<sup>325</sup> Idem, p.171

<sup>326</sup> « Pourtant, lorsqu'une collection contenait des objets anciens et exotiques, de nombreux visiteurs des XVIIe et XVIIIe siècles [...] ont dû ressentir un frisson en tenant dans leurs mains ce que des personnes lointaines et de longue date avaient tenu dans leurs mains [...]. » CLASSEN Constance, «Museum Manners : The sensory life of the early museum », op.cit. p.903

<sup>327</sup> « L'apparente capacité du toucher à annihiler le temps et l'espace lui confère un rôle particulièrement vital dans le musée où tant de pièces ont été exposées il y a longtemps et de très loin. Le toucher a contribué à donner vie au musée. » Ibidem

Enfin, cette étude peut permettre d'avancer l'hypothèse selon laquelle la manipulation d'objet pourrait permettre de mieux les comprendre, et donc de faciliter et améliorer l'apport « éducatif » de ces sessions : « Like Classen's early visitors who touched to access truths about the object only ascertainable through their fingers, instances recorded and labelled as 'tactile' included when patients handled the objects in order to determine texture, weight, temperature and how the object related spatially to their bodies. [...] This was demonstrated when SV 3 picked up the malachite specimen and described how it was harder and heavier than she had expected. »<sup>328</sup>. Certaines informations sur les objets ne sont accessibles qu'en les manipulant. Manipuler permet donc d'apprendre différemment et d'accéder à un autre niveau de savoir. Or, continuer d'apprendre et de s'épanouir fait partie des besoins fondamentaux de tout être humain connu dans la pratique infirmière, comme cela a déjà été évoqué précédemment. Au-delà d'une stimulation émotionnelle, la manipulation d'objets entraîne une stimulation cognitive, renforcée par la présence du médiateur, et peut donc contribuer à un accompagnement thérapeutique.

D'autres études sont arrivées à des conclusions similaires sur l'amélioration du bien-être par la manipulation d'objets. Une étude a été menée en 2012 par Linda J.M Thomson, Erica E. Ander, Usha Menon, Anne Lanceley et Helen Chatterjee auprès de patients nécessitant des psychothérapies. « Greater wellbeing improvements were demonstrated where participants could touch and handle the objects as well as look at them, exemplifying the added value of a tactile interaction »<sup>329</sup>. Cependant, cette étude comporte également des limites notamment concernant le fait que les deux groupes comparés ne présentent pas le même nombre participants (le groupe qui a manipulé des objets est constitué de 87 personnes et le groupe de comparaison de seulement 21 personnes). De plus, les

---

<sup>328</sup> « Comme les premiers visiteurs de Classen qui touchaient pour accéder à des vérités sur l'objet uniquement vérifiables avec leurs doigts, les cas enregistrés et étiquetés comme « tactiles » comprenaient les cas où les patients manipulaient les objets afin de déterminer la texture, le poids, la température et la façon dont l'objet était spatialement lié à leur corps. [...] Cela a été démontré lorsque la SV 3 a ramassé le spécimen de malachite et a décrit comment il était plus dur et plus lourd qu'elle ne l'avait prévu. » CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, VREELAND Sonjel, « Museopathy: Exploring the Healing Potential of Handling Museum Objects », op.cit., pp.173-174

<sup>329</sup> « Des améliorations du bien-être ont été démontrées lorsque les participants pouvaient toucher et manipuler les objets ainsi que les regarder, ce qui illustre la valeur ajoutée d'une interaction tactile » ANDER Erica, CHATTERJEE Helen, LANCELEY Anne, « Quantitative evidence for wellbeing benefits from a heritage-in-health intervention with hospital patients », *International Journal of Art Therapy : Formerly Inscape*, Routledge, 7 juin 2012, p.75



auteurs ont noté que le personnel hospitalier chargé de rapporter les améliorations suite aux sessions avait pu être biaisé dans ses observations.<sup>330</sup>

L'hypothèse que la manipulation d'objets muséaux améliorerait le bien-être des patients est à envisager sérieusement aux vues des conclusions encourageantes des quelques études faites sur le sujet. Cependant, les raisons pour lesquelles cela améliore le bien-être sont encore à explorer : « The link between object handling and wellbeing is not completely clear, but holistic ways of understanding health and wellbeing, which connect body and mind, suggest that the bodily connections made through touch and other senses stimulates cognition and emotions, acting as a trigger for thoughts, ideas, feelings and memories. »<sup>331</sup>.

Il est à noter que ce type d'intervention existe en France à l'aide « d'arthèques tactiles » qui se développent de plus en plus et permettent à des patients d'avoir accès à la matérialité des objets de musée.<sup>332</sup>

La matérialité des objets de musée peut jouer un rôle important dans la muséothérapie. Cette matérialité permet d'établir un lien direct avec le corps et peut stimuler à la fois un aspect psychologique (cognition, émotions, imagination,...) et physiologique (sensations, projections,...). Si la manipulation d'objets s'écarte quelque peu du cadre de ce mémoire puisqu'elle se fait surtout « hors-les-murs », elle nous permet cependant de mettre en avant les bénéfices que la richesse matérielle des musées peut provoquer. De plus, cela permet d'insister sur le lien important et viscéral entre le matériau et le corps, qu'il s'agirait d'étudier plus précisément pour l'inclure ou non à un suivi thérapeutique. Il est aussi intéressant de noter que ce type de manipulation pourrait être intégré à des visites directement au sein du musée. De nombreux musées développent aujourd'hui des médiations tactiles pour les non-voyants. Souligner les bénéfices thérapeutiques qu'elles peuvent avoir sur des patients semble donc pertinent dans le cadre de la muséothérapie.

---

<sup>330</sup> Ibidem

<sup>331</sup> « Le lien entre la manipulation d'objets et le bien-être n'est pas tout à fait clair, mais les façons holistiques de comprendre la santé et le bien-être, qui relient le corps et l'esprit, suggèrent que les connexions corporelles établies par le toucher et les autres sens stimulent la cognition et les émotions, agissant comme un déclencheur pour les pensées, les idées, les sentiments et les souvenirs. » DODD Jocelyn, JONES Ceri, *Mind, body, spirit : How museums impact health and wellbeing*, University of Leicester, Research Centre for Museums and Galleries, Juin 2014, p.26

<sup>332</sup> Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020, Annexe 6

### III/ L'objet-muséal, à la rescousse de la mémoire

#### 1/ Mémoire collective et temporalité

John Mack désigne les objets de musées comme des « conteneurs de mémoire »<sup>333</sup>. En effet, les objets de musée ont un statut et un rôle particulier. On leur attribue notamment la fonction de garder la mémoire culturelle de l'humanité, comme des témoins de son histoire. Or, le musée s'attribue la mission de conserver ces objets et comme le souligne Nathalie Bondil, « Le musée pense à l'échelle de l'éternité, c'est assez rare comme perspective pour le souligner »<sup>334</sup>. Ainsi, la temporalité des objets de musée est celle de l'éternité. Ils appartiennent bien souvent à des temps et époques du passé, parfois très lointains, et sont conservés et entretenus de sorte à ce qu'ils perdurent pour toujours. Au-delà de la thématique temporelle, ces objets, mis ensemble, sont des symboles de l'humanité. Certes, ils représentent, seuls, une communauté, une époque, une culture, mais ensemble ils sont symboliques de l'universalité de l'expression humaine. La confrontation avec ces réflexions peut effrayer, mais elle peut aussi rassurer, notamment des personnes qui ont à affronter des maladies qui menacent leur vie. « They provide a connection to the past, to lives lived long ago, to the people who made, owned or used the object - giving some participants the feeling of being in another context or time. This can promote positive feelings of belonging, feeling part of the continuity of time or a wider context, or help people to understand their place in the world. »<sup>335</sup> Ces objets permettent donc de repenser la perspective de sa propre existence à une échelle beaucoup plus importante. Ils peuvent permettre de se placer dans la lignée de l'humanité, de son histoire passée, présente et future. Mais ils peuvent également donner le sentiment d'appartenir à la communauté qui a produit ces objets, cette

---

<sup>333</sup> « Containers of memory », MACK John, *The Museum of the Mind : Art and Memory in World Cultures*, The British Museum Press, Londres, 2003 cité dans CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, *Museums, health and well being*, op.cit., p.39

<sup>334</sup> BONDIL Nathalie (dir.), « Manifeste pour un musée humaniste », *Pavillon pour la paix : Michal et Renata Hornstein art international et éducation : Atelier international d'éducation et d'art thérapie Michel de la Chenelière*, Musée des Beaux arts de Montréal, Montréal, 2016

<sup>335</sup> « Ils établissent un lien avec le passé, avec des vies vécues il y a longtemps, avec les personnes qui ont fabriqué, possédé ou utilisé l'objet - donnant à certains participants le sentiment d'être dans un autre contexte ou à une autre époque. Cela peut favoriser un sentiment d'appartenance positif, le sentiment de faire partie de la continuité du temps ou d'un contexte plus large, ou aider les gens à comprendre leur place dans le monde. » DODD Jocelyn, JONES Ceri, *Mind, body, spirit : How museums impact health and wellbeing*, op.cit., p.26

histoire et ces cultures, la communauté humaine. C'est un des aspects que soulignent Anne Lanceley, Guy Noble, Michelle Johnson, Nyaladzi Balogun, Helen Chatterjee et Usha Menon dans une étude intitulée « Investigating the therapeutic potential of a heritage-object focused intervention: a qualitative study ». <sup>336</sup> Cette étude qualitative a été effectuée en 2011 auprès de patientes d'un grand centre d'oncologie, ayant subi récemment une chirurgie pour un cancer gynécologique ou qui étaient en attente de diagnostic avec des antécédents familiaux importants. Il leur était proposé des sessions de manipulations d'objets muséaux seules à seules avec une infirmière. Les patientes étaient invitées à choisir un des objets proposés pour la session et les infirmières qui les accompagnaient leur posaient des questions non-dirigées. Les sessions étaient enregistrées et duraient entre 20 et 45 minutes. <sup>337</sup> Une des remarques de cette étude est que le fait que ce soit des objets patrimoniaux anciens permet aux patients d'expérimenter un autre rapport au temps « the object embodied a huge span of time and reached far into mankind's past as a link with human beings' genesis and universality was key to this. The object provided much more than perhaps could be evoked by a present-day object which may lend itself to people's childhoods and memories, but does not carry that depth unless it is say a beautiful, hand crafted 21st-century bowl, which manages to carry a profound sense of history as well as modernity. As one of the study participants says: 'a sense of timelessness' (Patient 6). » <sup>338</sup>. Ainsi, ces objets pourraient permettre une sorte de suspension du temps qui peut être bénéfique pour des personnes atteintes de maladie pour qui la question du temps peut être particulièrement prégnante.

Également, « There's something about museums being memory institutions too – the collective memory of society that is broader and deeper than any one person's recollections. The collective history, identity, and culture of humanity ; museums are like a memory bank that we all share ; an anchor for our mental

---

<sup>336</sup> BALOGUN Nyaladzi, CHATTERJEE Helen, JOHNSON Michelle, LANCELEY Anne, MENON Usha, NOBLE Guy, « Investigating the therapeutic potential of a heritage-object focused intervention: a qualitative study », *Journal of health psychology*, Vol. 17, pp. 809-820, novembre 2011

<sup>337</sup> Ibidem

<sup>338</sup> « l'objet a incarné une période de temps énorme et s'est étendu loin dans le passé de l'humanité, car un lien avec la genèse et l'universalité de l'être humain en était la clé. L'objet a fourni bien plus que ce que pourrait peut-être évoquer un objet d'aujourd'hui qui se prête peut-être à l'enfance et aux souvenirs des gens, mais ne porte pas cette profondeur, à moins qu'il ne s'agisse d'un beau bol du XXI<sup>e</sup> siècle, fabriqué à la main, qui parvient à véhiculer un sens profond de l'histoire aussi bien que de la modernité. Comme le dit l'un des participants à l'étude : « un sentiment d'intemporalité » (patient 6).», Idem, p.816

health.»<sup>339</sup>. Cela peut être vraiment rassurant de savoir que cette « Banque mémorielle » existe. Le musée est garant d'une certaine mémoire de l'humanité qui perdure après la mort des individus. Pour certaines personnes, cela permet de relativiser sur les problèmes du quotidien en se plaçant en surplomb par rapport à sa propre vie.

## 2/ Les objets-muséaux : médiums de réminiscence

Si les objets de musée permettent d'évoquer un passé universel et commun à l'humanité, ils peuvent également faire écho à des vies personnelles. Dans le domaine de la muséothérapie, beaucoup de programmes et d'études se sont adressés à des publics atteints notamment par la maladie d'Alzheimer, et donc confrontés à des troubles de la mémoire. Cela est notamment dû à la grande impulsion du MoMA et de son programme pionnier et très bien documenté *Meet me* qui s'adressait à des personnes atteintes par cette maladie. Si les symptômes de la maladie d'Alzheimer ne peuvent pas se résumer à des pertes mémorielles, c'est cependant l'un des plus connus. Il est intéressant de s'intéresser à ce lien entre les objets muséaux et la mémoire des visiteurs ou patients qui les voient.

D'abord, les objets muséaux appartiennent souvent au passé donc ils sont directement rattachés à la thématique de la mémoire, ils portent en eux cette mémoire. Ils sont témoins de cultures et de pratiques, parfois anciennes, qu'il est possible de comparer avec sa propre culture ou ses propres pratiques. « During such encounters participants report that object interactions help them recall memories and encourage interactivity. »<sup>340</sup>, notent Paul Camic et Helen Chatterjee à propos des activités de réminiscence au sein des musées. Les objets muséaux sont des médiums qui permettent de stimuler la mémoire et des prétextes à parler du passé et de soi. Lors d'une étude effectuée par le *Museums as Therapeutic Agent (MATA)*

---

<sup>339</sup> « Il y a quelque chose dans le fait que les musées sont aussi des institutions de mémoire - la mémoire collective de la société qui est plus large et plus profonde que les souvenirs d'une seule personne. L'histoire collective, l'identité et la culture de l'humanité ; les musées sont comme une banque de mémoire que nous partageons tous ; un point d'ancrage pour notre santé mentale. » WOOD Chris, *Museums of the mind, Mental Health, Emotional Wellbeing and Museums, Summary*, op.cit., p.4

<sup>340</sup> « Lors de ces rencontres, les participants rapportent que les interactions avec les objets les aident à se rappeler des souvenirs et encouragent l'interactivité. » CAMIC Paul, CHATTERJEE Helen, « Museums and art galleries as partners for public health interventions », *Perspectives in public health*, vol. 133, pp. 66-71, Janvier 2013, p.67

*Collaborative*<sup>341</sup> au *Wylie House Museum*, une maison historique, « The team recognised that visitors often respond to artefacts in the house comparing them and their use to similar artefact of today »<sup>342</sup>. Cette comparaison avec des objets connus peut encourager la réminiscence. C'est pourquoi des objets comparables au quotidien que la personne a connu, ou qui renvoient à son identité, peuvent être particulièrement efficaces.

La réminiscence est importante et peut être considérée comme thérapeutique pour certaines maladies. C'est notamment le cas de la maladie d'Alzheimer pour laquelle on essaie de stimuler la mémoire. Les activités de réminiscence impliquant des artefacts muséaux ont valeur thérapeutique.<sup>343</sup> Les objets de musées se révèlent être idéal pour ce genre de travail sur la réminiscence. La réminiscence, le fait de se souvenir, a des impacts directs sur la vie même du patient, notamment âgé : « Reminiscence and life review are necessary and helpful activities for older adults, which can lead to an increase in self-esteem and communication (Butler 1963 – Edinberg 1985) [...] »<sup>344</sup>. Se souvenir c'est affirmer une identité : savoir d'où l'on vient et ce qu'on a vécu. C'est aussi communiquer, parler du passé avec les autres<sup>345</sup>, ce qui a été montré dans ce mémoire comme étant bénéfique pour les individus. Enfin c'est parler de soi : cela peut augmenter l'estime de soi<sup>346</sup> qui a été également qualifiée de bénéfique pour la santé dans ce travail.

Si les objets muséaux peuvent encourager la réminiscence, aucune étude ne dit qu'ils freinent le développement de maladies comme la maladie d'Alzheimer, par exemple. En ce sens, la réminiscence, provoquée par les artefacts de musée, aide pour l'estime de soi, la communication et se révèle souvent être une source de bien-être, mais n'agit pas nécessairement sur les symptômes de perte mémorielle.

---

<sup>341</sup> Un collectif formé en 1997 réunissant des travailleurs des trois musées de l'*Indiana University* menant des programmes axés sur la santé mentale, cité dans SILVERMAN Lois H., « The therapeutic potential of museums as pathways to inclusion », op.cit.

<sup>342</sup> « L'équipe a reconnu que les visiteurs réagissent souvent aux objets dans la maison en les comparant et leur utilisation à des objets similaires d'aujourd'hui » Idem, p.69

<sup>343</sup> CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, *Museums, health and well being*, op.cit.

<sup>344</sup> « La réminiscence et le bilan de vie sont des activités nécessaires et utiles pour les personnes âgées, qui peuvent conduire à une augmentation de l'estime de soi et de la communication (Butler 1963 - Edinberg 1985) [...] » SILVERMAN Lois H., « The therapeutic potential of museums as pathways to inclusion », op.cit., p.69

<sup>345</sup> HOWARTH Lynne C., *Objects, Memory, Identity, Voice*, Proceedings of the Annual Conference of CAIS, University of Toronto, Toronto, 2016

<sup>346</sup> Ibidem

### 3/ Des objets transitionnels ?

En 1951, Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste, développe les concepts d'objets et phénomènes transitionnels dans un article intitulé « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », qu'il reformule dans l'ouvrage *Jeu et Réalité* publié en 1971. Il tire ces concepts de son étude des jeunes enfants et de leur passage de la stimulation orale, qui leur permet un sentiment d'apaisement, à l'attachement à un objet comme une poupée ou une peluche.<sup>347</sup> Il s'intéresse alors au rapport entre le nourrisson et sa première possession, son premier rapport au « non-moi ».<sup>348</sup> Cette théorie, partant de l'étude de nourrisson, peut cependant être étendue à tout individu. Pour lui, il existe entre le moi et le non-moi une « aire intermédiaire d'expérience » qui relie ces deux aspects : « [...] dans la vie de tout être humain, il existe une troisième partie que nous ne pouvons ignorer, c'est l'aire intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure. Cette aire n'est pas contestée, car on ne lui demande rien d'autre sinon d'exister en tant que lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine interminable qui consiste à maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure. »<sup>349</sup>. Il s'agit alors d'une « aire intermédiaire qui se situe entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu. »<sup>350</sup>. Or cette aire intermédiaire, permise pour le nourrisson par l'attachement à un objet spécifique comme un ours en peluche, pourrait permettre, selon lui, de soulager la tension entre notre être subjectif et notre environnement objectif, et de mieux accepter la réalité : « Nous supposons ici que l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin et que nul être humain ne parvient à se libérer de la tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et de la réalité du dehors ; nous supposons aussi que cette tension peut être soulagée par l'existence d'une aire intermédiaire d'expérience qui n'est pas contestée (arts, religion, etc.). »<sup>351</sup>. Cette « aire intermédiaire d'expérience » entre le moi et le non-moi est désignée par Winnicott comme « espace potentiel » où peuvent se réaliser le jeu et l'expérience culturelle, il est entre le rêve et la réalité, entre le

---

<sup>347</sup> WINNICOTT Donald, *Jeu et réalité, L'espace potentiel*, Traduction par MONOD Claude et PONTALIS Jean-Baptiste, Gallimard, folio essais, première parution 1975, 2002

<sup>348</sup> Ibidem

<sup>349</sup> Idem, p.25

<sup>350</sup> Ibidem

<sup>351</sup> Idem p.38

monde intérieur et extérieur.<sup>352</sup> L'importance de cet espace potentiel chez les individus n'est pas tout le temps la même et « varie largement d'un individu à un autre »<sup>353</sup>. Cet espace potentiel, étudié par Winnicott entre l'enfant et sa mère, est un espace qui peut se créer avec un autre individu à condition d'avoir confiance en cet individu.<sup>354</sup> Celui-ci est alors nécessaire pour changer, évoluer et il peut être une aide thérapeutique majeure.<sup>355</sup> Les théories de Winnicott des phénomènes et objets transitionnels et de l'espace potentiel sont aujourd'hui utilisées en psychothérapie.<sup>356</sup> « The containing structure of the therapy is based on a trusting relationship that allows the client the opportunity to experience him or herself in a formless, free flowing manner. [...] This formless experience of « to-ing and fro-ing » (Winnicott, 1971; Siegelman, 1991) called reverie facilitates one's ability to play, to imagine, and to fantasize for the purpose of being open to oneself, and to learn about oneself. This occurs in the potential space of the therapy where new things can happen. This is the optimal therapeutic atmosphere and vehicle for change, « in which meanings can be played with, considered, understood, etc. » (Ogden, 1986, p. 233) by the two parties. This space cannot always be present in the treatment but the therapist must work to create it. »<sup>357</sup>. On voit donc toute l'importance que ces théories peuvent prendre dans le cadre d'un accompagnement thérapeutique, notamment psychothérapeutique.

Certains auteurs affirment que les objets de musée pourraient constituer des objets transitionnels. Dans l'étude qualitative de Nyaladzi Balogun et alii. intitulée « Investigating the therapeutic potential of a heritage-object focused intervention: a qualitative study »<sup>358</sup>, concernant des patientes d'un grand centre d'oncologie, il a été montré que les objets muséaux manipulés agissaient en tant qu'objets transitionnels

---

<sup>352</sup> Ibidem

<sup>353</sup> Idem p.162

<sup>354</sup> Ibidem

<sup>355</sup> SPENCER Elizabeth, « Art, potential space, and psychotherapy : A Museum Workshop for Licensed Clinical Social Workers », *Social work Education*, vol. 31, 2012, pp. 778-784

<sup>356</sup> Ibidem

<sup>357</sup> « La structure de la thérapie est basée sur une relation de confiance qui permet au client de faire l'expérience de lui-même de manière informelle et libre. Cette expérience informelle de « va et vient » (Winnicott, 1971 ; Siegelman, 1991) appelée rêverie facilite la capacité de jouer, d'imaginer et de fantasmer dans le but d'être ouvert à soi-même et d'apprendre sur soi-même. Cela se produit dans l'espace potentiel de la thérapie où de nouvelles choses peuvent se produire. C'est l'atmosphère thérapeutique optimale et le véhicule du changement, « dans lequel on peut jouer avec les significations, les considérer, les comprendre, etc. » (Ogden, 1986, p. 233) par les deux parties. Cet espace ne peut pas toujours être présent dans le traitement, mais le thérapeute doit s'efforcer de le créer. » Idem, p. 780

<sup>358</sup> BALOGUN Nyaladzi, CHATTERJEE Helen, JOHNSON Michelle, LANCELEY Anne, MENON Usha, NOBLE Guy, « Investigating the therapeutic potential of a heritage-object focused intervention: a qualitative study », op.cit.

: « The heritage-object served as a transitional object, to be kept, held and thought about in the external world of events. [...] The object bridged the patients' external world and their inner world of phantasies. »<sup>359</sup>. Ce rôle transitionnel qu'ont pris ces objets a notamment permis aux patientes d'exprimer leurs pensées, leurs sentiments et de s'exprimer notamment sur leurs ressentis vis-à-vis de la maladie.<sup>360</sup> Les objets patrimoniaux, en tant qu'objets potentiellement transitionnels, pourraient donc permettre aux patients de créer un espace potentiel entre eux et l'objet, entre le moi et le non-moi. Ils pourraient ainsi les aider à mieux accepter leur maladie, à mieux l'affronter, en leur permettant d'explorer et d'exprimer leurs ressentis. Ainsi, la théorie de Winnicott et son application au musée ne serait pas seulement possible pour des patients atteints de pathologies psychiatriques, mais pourrait être bénéfique à d'autres types de patients.

Elizabeth J. Spencer relie l'expérience vécue dans un musée de Beaux-Arts à l'expérience d'espaces potentiels. Elle décrit l'espace architectural même du musée comme tel, mais elle s'attarde surtout à lier l'expérience vécue devant une œuvre d'art à cette théorie : « Viewing art can be a formless experience that is open and unstructured —not unlike the experience of potential space in psychotherapy. [...] In summary, experiencing art may open our inner world and lead us to experience the outer world and ourselves in new ways. »<sup>361</sup>. A travers un *workshop* consistant en une visite d'un musée de Beaux-Arts et réunissant dix travailleurs sociaux, elle observe la formation de ces espaces potentiels devant les œuvres d'arts. Elle insiste en conclusion sur le potentiel thérapeutique de cette expérience et son intérêt d'utilisation pour les thérapeutes : « The experience of potential space in the museum and in viewing/experiencing art transposed onto the clinical hour allows the therapist to be more open, more resonant, less definite, with less need to label behavior or characteristics. The therapist may be more willing to be patient, to wait and see, to tolerate and contain the unknown. Visual acuity is sharper. Looking at the artwork helps hone visual and perceptual observational skills. It encourages divergent thinking; there is more than one possibility. The therapist can be more open

---

<sup>359</sup> « L'objet patrimonial a servi d'objet transitionnel, à conserver, à tenir et à penser dans le monde extérieur des événements. L'objet faisait le lien entre le monde extérieur des patients et leur monde intérieur de fantasmes. », Idem, p.818

<sup>360</sup> Idem, p.816

<sup>361</sup> « Voir de l'art peut être une expérience informelle, ouverte et non structurée - un peu comme l'expérience de l'espace potentiel en psychothérapie », SPENCER Elizabeth, *Art, potential space, and psychotherapy : A Museum Workshop for Licensed Clinical Social Workers*, op.cit., p.781



to multiple ways of viewing and experiencing the client. The observation of artwork offers an experience of the essence in the moment. This kind of presence is key to creating potential space in psychotherapy. »<sup>362</sup>. Elle affirme ainsi que le fait de visiter un musée de Beaux-Arts peut constituer une aide et entrer dans un processus thérapeutique encadré par un soignant.

Si ces deux expériences ne permettent pas, à elles seules, d'affirmer avec certitude que les objets muséaux peuvent constituer des objets transitionnels et créer des espaces potentiels, elles viennent cependant appuyer avec force cette hypothèse. Les collections des musées semblent posséder un véritable potentiel thérapeutique. Des études plus poussées pourraient permettre de valider cette hypothèse et de savoir si cela concerne des objets de musée avec des caractéristiques particulières ou si cela peut être applicable à une grande partie des collections.

---

<sup>362</sup> « L'expérience de l'espace potentiel dans le musée et de la vision/expérience de l'art transposée sur l'heure clinique permet au thérapeute d'être plus ouvert, plus résonnant, moins défini, avec moins de besoin d'étiqueter le comportement ou les caractéristiques. Le thérapeute peut être plus disposé à être patient, à attendre et à voir, à tolérer et à contenir l'inconnu. L'acuité visuelle est plus nette. L'observation des œuvres d'art aide à affiner les capacités d'observation visuelle et perceptuelle. Elle encourage la pensée divergente ; il y a plus d'une possibilité. Le thérapeute peut être plus ouvert à de multiples façons de voir et d'appréhender le client. L'observation de l'œuvre d'art offre une expérience de l'essence dans le moment présent. Ce type de présence est essentiel pour créer un espace potentiel dans la psychothérapie » idem, p.783

## F. Les oeuvres d'art

### I/ Les liens entre l'art et la santé

#### 1/ Histoire de ces liens

Les liens entre la santé et les arts, notamment les arts visuels, sont très anciens et présents dans beaucoup de civilisations, comme la Grèce antique. On peut par exemple évoquer les *ex-voto*, offrandes aux dieux très répandues dans le monde gréco-romain, ils ont pour fonction de remercier un dieu de l'exaucement d'un vœu, d'une guérison par exemple.<sup>363</sup> Mais ils peuvent aussi être utilisés pour formuler ce vœu auprès de la divinité choisie. Il existe alors une catégorie d'*ex-voto* dédiés à demander une guérison : les *ex-voto* anatomiques. Ce sont des figurations en bas-relief ou ronde bosse pouvant être constituées en divers matériaux (pierre, bois, terre cuite, alliage cuivreux, or ou argent) qui représentent des parties des organes, membres ou maladies à soigner ou qui ont été guéris.<sup>364</sup> Si on peut ne pas vouloir considérer ces *ex-voto* comme de l'art, puisqu'ils possèdent une fonction pratique, ils restent une production matérielle qui se rapproche de la pratique de la sculpture et constituent déjà un lien entre la production d'un objet et la possibilité de guérison. Au Moyen-Âge, beaucoup de liens sont possibles entre les arts et la santé. A Florence par exemple, en 1378, les peintres ont l'autorisation de constituer une branche autonome au sein de leur guilde : celle des médecins et apothicaires.<sup>365</sup> Ces corps de métier étaient alors liés dans une même guilde et associés. On trouve d'ailleurs dans cette période des liens entre les productions de peintures et la santé. Pierre Lemarquis, neurologue, prend l'exemple du triptyque de Jérôme Bosch *La Tentation de Saint Antoine*, réalisé entre 1495 et 1510, représentant, selon l'historienne de l'art Laurinda Dixon, les symptômes de la maladie de l'ergotisme (provoquée par l'ergot du seigle, un champignon parasite) alors appelée « feu de Saint-Antoine ».<sup>366</sup> Ce tableau, à une époque où peu de gens savaient lire, décrit les symptômes et

---

<sup>363</sup> RAUX Stéphanie, *Quand se soigner, c'est croire, Les ex-voto anatomiques, témoins des appels aux dieux dans les processus de guérison*, Archéopages, Vol. 43, pp. 6-17, 2016

<sup>364</sup> Ibidem

<sup>365</sup> LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, Odile Jacob, Paris, 2012

<sup>366</sup> LEMARQUIS Pierre, *L'art qui guérit*, Hazan, Paris, 2020, p.46

conséquences de la maladie et présente les moyens de l'époque pour la guérir.<sup>367</sup> La manière alors de guérir cette maladie était d'entrer en communion avec Saint-Antoine physiquement (en buvant par exemple le Saint-Vinagre, un vin ayant arrosé les os du saint un jour d'Ascension) ou par la prière.<sup>368</sup> Parfois, prier devant une représentation de Saint-Antoine avec ses attributs pouvait suffire : ainsi, la représentation du saint devenait l'intermédiaire du croyant pour formuler des vœux de guérison.<sup>369</sup> Si ce n'est pas la représentation elle-même qui soignait elle était cependant un moyen d'obtenir cette guérison et, comme le font les icônes, incarnait le saint. La *Tentation de Saint-Antoine* de Jérôme Bosch « était ainsi réputé guérir l'herpès et autres maladies de peau et nombre de croyants vinrent admirer la beauté de l'œuvre et jouir de ses bienfaits. »<sup>370</sup>. Ainsi, le tableau lui-même incarnait des pouvoirs de guérison.

En 1512 est commandé à Matthias Grünewald et à Nicolas de Hagueneau un polyptyque pour le maître-autel de l'église de la commanderie des Antonins qui soigne les malades touchés par le « feu de saint-Antoine » ou « mal des ardents ».<sup>371</sup> Le retable avait une véritable fonction dans le soin de ces patients puisqu'il « devait également participer au rétablissement des malades en leur offrant réconfort et consolation par une représentation très réaliste et douloureuse de la Crucifixion et l'espoir de la guérison transmis par la scène de la Résurrection. »<sup>372</sup>. Le croyant pouvait s'identifier aux souffrances endurées par le Christ crucifié quand le retable est fermé, d'autant plus que Grünewald se serait directement inspiré des patients de la commanderie pour réaliser son oeuvre<sup>373</sup>. Alors, les malades « se consolait en songeant que ce Dieu qu'ils imploraient avait éprouvé leurs tortures et qu'il s'était incarné dans une forme aussi repoussante que la leur, et ils se sentaient moins déshérités et moins vils. »<sup>374</sup>. Ils pouvaient ensuite trouver de l'espoir et de la consolation dans la scène de la résurrection lors de la première ouverture du retable, ou à la vue de la présence de Dieu dans la scène représentant les tourments de

---

<sup>367</sup> Ibidem

<sup>368</sup> Ibidem

<sup>369</sup> Ibidem

<sup>370</sup> DAVILA Thierry, FRECHURET Maurice, *L'art médecine*, catalogue de l'exposition L'art Médecine au Musée Picasso du 5 juin au 10 octobre 1999, réunion des musées nationaux, 1999, p.26

<sup>371</sup> MUSEE UNTERLINDEN, « Le Retable d'Issenheim », Fiche de salle à télécharger accessible à <https://www.musee-unterlinden.com/visites-et-activites/parcours/adultes/fiches-de-salles-a-telecharger>

<sup>372</sup> Idem, p.1

<sup>373</sup> LEMARQUIS Pierre, *L'art qui guérit*, op.cit.

<sup>374</sup> HUYSMANS Joris-Karl, *Trois Églises et trois primitifs*, Plon, 1908, p.189, cité dans LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

Saint-Antoine lors de la seconde ouverture.<sup>375</sup> Ce retable est réellement réalisé pour aider à la thérapie des patients et participer à leur guérison. Il constitue ainsi un lien direct entre l'art et la santé.

Beaucoup plus récemment, au XX<sup>e</sup> siècle, de nombreux artistes attribuent eux-même à leur art des pouvoirs de guérison.<sup>376</sup> On peut à ce propos citer Matisse lorsqu'il dit : « Je veux un art d'équilibre, de pureté, qui n'inquiète ni ne trouble ; je veux que l'homme fatigué, surmené, éreinté, goûte devant ma peinture le calme et le repos »<sup>377</sup>. Il n'hésite d'ailleurs pas à prêter ses toiles à ses amis, notamment à Pierre Bonnard, afin de les soulager.<sup>378</sup> Fernand Léger croit en une « cure par la couleur » et il est enthousiaste lorsqu'on lui confie le projet de décoration de l'hôpital Saint-Lô. Il dit alors à un journaliste : « Pourquoi les malades aiment-ils les fleurs ? La vision de leur coloris ardent jette une sorte de pont entre leur chair mortifiée et le grand rythme frais, tout en parfums et en couleurs de la nature. Créer la fleur autour du recueillement physiologique des convalescents ne serait-ce pas le rendre plus doux, tout en hâtant le retour de la vitalité ? Quel esthéticien fera l'apologie de la couleur ? Il serait possible d'établir sa valeur psychologique aussi bien que son importance physiologique. »<sup>379</sup>. Ainsi, il destine pleinement sa création dans cet hôpital à une aide thérapeutique. Également, on peut évoquer plus récemment l'attitude d'Antoni Tàpies, qui fait des oeuvres qui stimulent à la fois le toucher et le regard, et qui voit ses tableaux comme des objets magiques ayant des pouvoirs curatifs<sup>380</sup>. Il confie à Antenne 2 en 1994 « l'idéal serait de prendre un petit tableau quand vous avez mal à la tête et, qu'en le touchant avec la tête, ça vous donne des énergies pour vous guérir »<sup>381</sup>. Pierre Lemarquis, dans ses ouvrages *Portrait du cerveau en artiste*<sup>382</sup> et *L'art qui guérit*<sup>383</sup>, prend également les exemples de Sam Francis, Joseph Beuys ou

---

<sup>375</sup> MUSEE UNTERLINDEN, « Le Retable d'Issenheim, Origine d'un chef d'oeuvre », accessible à <https://mecenat.musee-unterlinden.com/le-retable-d-issenheim/le-retable-origine-d-un-chef-d-oeuvre>

<sup>376</sup> DAVILA Thierry, FRECHURET Maurice, *L'art médecine*, catalogue de l'exposition L'art Médecine au Musée Picasso du 5 juin au 10 octobre 1999, réunion des musées nationaux, 1999

<sup>377</sup> Propos recueillis par Marcel Sembat et cités par Gaston Diehl dans *Henri Matisse* publié en 1954 cité dans LEMARQUIS Pierre, *L'art qui guérit*, op.cit.

<sup>378</sup> Information venant de l'exposition de 1999 *L'art médecine* au Musée Picasso à Antibes retranscrite dans LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

<sup>379</sup> Propos rapporté dans la *Revue Monde*, n°53, 13 juillet 1929, cités dans LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

<sup>380</sup> LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

<sup>381</sup> ANTENNE 2, *Rencontre avec Antoni Tapies*, 29 septembre 1994, accessible à <https://fresques.ina.fr/europe-des-cultures-fr/fiche-media/Europe00223/rencontre-avec-antoni-tapies>

<sup>382</sup> LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

<sup>383</sup> LEMARQUIS Pierre, *L'art qui guérit*, op.cit.

Louise Bourgeois qui, chacun dans leurs processus créatifs, envisagent les vertus potentiellement thérapeutique de leur art, à la fois pour eux-même et pour leur public.

Ces liens entre pratiques artistiques et santé sont également présents dans des civilisations non-occidentales. Par exemple, les Navajos utilisent le terme « hozho » qui signifie à la fois « santé », « beauté » et « équilibre », la maladie résultant donc d'un équilibre rompu avec l'harmonie et la beauté.<sup>384</sup> Différents rituels de soin sont pratiqués au sein de ce peuple, chacun d'entre eux étant adapté en fonction du mal à soigner.<sup>385</sup> Ces rituels sont pratiqués par des *hogan*, hommes-médecine ayant reçu près de vingt ans d'apprentissage.<sup>386</sup> Pour ces cérémonies sont pratiquées des « peintures de sable », des dessins, spécifiques au rituel pratiqué, réalisés grâce à du sable coloré sur un fond de sable blanc.<sup>387</sup> Ces peintures de sable font pleinement partie des éléments nécessaires à la cérémonie et donc au processus de guérison.<sup>388</sup> Si elles sont le résultat d'une pratique spécifique, elles sont une forme d'expression artistique en vue d'une guérison. Une exposition à leur sujet a d'ailleurs été réalisée en 1996 à la Grande Halle de La Villette.<sup>389</sup> Les études de ces cérémonies ont montré de véritables résultats sur la santé et la guérison allant au-delà de l'effet placebo, mais uniquement sur les personnes Navajos.<sup>390</sup> Ceci au point que les *hogan* sont intégrés dans les hôpitaux locaux et que leurs pratiques sont remboursées par les compagnies d'assurance.<sup>391</sup> On voit que pour leur civilisation beauté et santé sont pleinement liés et que cela se traduit par une forme d'expression artistique curative.

Ainsi, à travers les âges et dans les différentes civilisations l'art et la santé sont régulièrement liés. L'art a donc été souvent envisagé comme moyen de guérison et aide thérapeutique. C'est sans doute avec le développement de l'histoire de l'art et la volonté de l'établir comme une véritable discipline scientifique que l'art s'est peu à peu éloigné de cet aspect qui l'a pourtant accompagné au fil de son développement. Alain de Botton lors de la présentation de l'exposition *Art is therapy* au Rijksmuseum souligne la perte de cette vision de l'art comme un adjuvant de la

---

<sup>384</sup> LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

<sup>385</sup> Ibidem

<sup>386</sup> Ibidem

<sup>387</sup> Ibidem

<sup>388</sup> Ibidem

<sup>389</sup> CROSSMAN Sylvie (dir.), BAROU Jean Pierre (dir.), « Peintures de sable des indiens navajo : la voie de la beauté », Grande Halle de la Villette, 22 février - 31 mars 1996, Paris

<sup>390</sup> LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

<sup>391</sup> Ibidem

vie humaine, et donc potentiellement de la santé : « Art has lost a lot of its former ambition really to act as a didactic force helping you to live and to die »<sup>392</sup>. S'il ne s'agit pas ici d'être aussi radical que l'affirmation de De Botton, il est possible de dire que, dans les études d'histoire de l'art ou de muséologie, l'impact de l'art sur la santé et la vie des individus a été jusqu'à peu très peu abordé. Pourtant, comme cela vient d'être développé, c'est un aspect qui a accompagné toute son histoire et qui continue aujourd'hui d'exister dans certaines pratiques artistiques. De plus, c'est un aspect de l'art qui provoque parfois un certain scepticisme lorsqu'il est évoqué. S'il ne s'agit pas dans ce mémoire de développer complètement tous les potentiels thérapeutiques de l'art, il semble cependant important d'en évoquer certains. Beaucoup de musées exposant des œuvres d'art, c'est un aspect qui doit être pris en compte dans les réflexions autour de la muséothérapie.

## 2/ L'art dans le contexte hospitalier aujourd'hui

Il a déjà été évoqué dans ce travail l'influence de l'environnement sur les patients et certaines expériences menées en milieu hospitalier. Ce même type d'expérience a été mené en se concentrant sur la présence d'art au sein de l'hôpital. Ainsi, des études affirment que la présence d'arts visuels au cours d'un processus thérapeutique est un atout. Dr Rosalia Lelchuk Staricoff évoque dans *Arts in health : a review of the medical literature* plusieurs de ces études.<sup>393</sup> D'abord, l'article de Beth Homicki et Eileen K. Joyce en 2004 qui constate des effets positifs sur les patients et leurs familles de l'introduction d'une rotation d'expositions dans la salle d'attente d'un centre de cancérologie.<sup>394</sup> Cette étude a été réalisée au *Massachusetts General Hospital (MGH) Cancer Center* à Boston aux Etats-Unis qui avait mis en place le projet *Illuminations* : une exposition d'œuvres d'art de différentes natures (huile sur toile, photos en noir et blanc, collages, sculptures de bronze,...), renouvelée régulièrement pour créer un environnement favorisant le rétablissement.<sup>395</sup> Les

---

<sup>392</sup> « L'art a perdu une grande partie de son ancienne ambition : agir réellement comme une force didactique qui vous aide à vivre et à mourir », RIJSMUSEUM, *Alain de Botton on Art Is Therapy in the Rijksmuseum*, Alain de Botton, présentation du 25 avril 2014, posté le 12 mai 2014, Youtube, accessible à [https://www.youtube.com/watch?v=ZMb5mik9H7w&ab\\_channel=Rijksmuseum](https://www.youtube.com/watch?v=ZMb5mik9H7w&ab_channel=Rijksmuseum)

<sup>393</sup> STARICOFF LELCHUK Rosalia, « Arts in health : a review of the medical literature », *Arts Council England, Research Report*, Vol.36, janvier 2006

<sup>394</sup> HOMICKI Beth, EILEEN K. Joyce, « Art Illuminates Patients' Experience at the Massachusetts General Hospital Cancer Center », *The Oncologist, Reflections*, pp. 111-114, 1er février 2004

<sup>395</sup> Ibidem

patients et les professionnels ayant vécu avec ce programme ont constaté les effets positifs sur les patients et leurs familles.<sup>396</sup> Dr Rosalia Lelchuk Staricoff dans son article<sup>397</sup> évoque également une étude de Jane Duncan, « The effect of colour and design in hydrotherapy: designing for care », qui a montré les effets positifs psychologiques et cliniques de l'incorporation d'arts visuels dans une salle d'hydrothérapie.<sup>398</sup> Dans *Museums, Health and Wellbeing* Helen Chatterjee et Guy Noble mettent en avant le programme *UCLH Arts* mis en place par le *University College London Hospitals NHS Foundation Trust*. Ce programme a pour objectif d'offrir un environnement stimulant et accueillant pour les patients, les visiteurs et le personnels des hôpitaux à travers des programmes artistiques (comme par exemple la mise en place d'espaces d'expositions, des projets avec les galeries et les musées pour amener des oeuvres au contact des patients, des concerts de musique, etc...).<sup>399</sup> Une étude menée par l'*University of Central Lancashire* a mis en avant que ce programme était stimulant, amenait de la joie et de la relaxation.<sup>400</sup> Aussi, le fait d'exposer des œuvres d'arts donnait une valeur intrinsèque au lieu alors plus apprécié par les patients.<sup>401</sup> Des études constatent également que la présence d'art visuel permettrait de réduire les niveaux de stress et d'anxiété chez les patients<sup>402</sup> et améliorerait ainsi leur bien-être. Des auteurs affirment aussi que la présence d'arts visuels permet de réduire la perception de la douleur.<sup>403</sup> Roger S. Ulrich dans une étude exploratoire à petite échelle vient cependant nuancer ce propos : il affirme que certains types d'œuvres d'art auraient des effets plus positifs que d'autres sur les patients. Selon lui, les œuvres représentant des scènes naturelles permettent effectivement de réduire l'anxiété post-opératoire des patients alors que les œuvres d'arts abstraites réduisent de façon moins significative cette anxiété et, peuvent même provoquer des réactions négatives comme leur destruction par le patient.<sup>404</sup>

---

<sup>396</sup> Idem

<sup>397</sup> STARICOFF LELCHUK Rosalia, « Arts in health : a review of the medical literature », op.cit.

<sup>398</sup> DUNCAN Jane, The effect of colour and design in labour and delivery: A scientific approach, *Optics & Laser Technology*, Vol.43, n°2, mars 2011 cité dans STARICOFF LELCHUK Rosalia, « Arts in health : a review of the medical literature », op.cit.

<sup>399</sup> CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, *Museums, health and well-being*, Farnham, Ashgate, 2013

<sup>400</sup> Ibidem

<sup>401</sup> Idem

<sup>402</sup> FANCOURT Daisy, FINN Saoirse, «What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being, A scoping review », *Health Evidence Network Synthesis Report*, World Health Organization, 2019

<sup>403</sup> ARTS COUNCIL ENGLAND, *The power of art visual arts : evidence of impact*, partie 2, 28 juin 2006

<sup>404</sup> ULRICH Roger, « How design impacts wellness », *The Healthcare Forum journal*, Vol. 35, pp. 20-25, septembre 1992

Cependant, les patients exposés à n'importe quel type d'oeuvre d'art récupèrent tout de même mieux que ceux qui ne sont exposés à aucune oeuvre d'art : lors de l'étude d'Ulrich, ils étaient notamment capables d'effectuer un test de perception visuelle plus rapidement que ceux exposés à aucune oeuvre d'art. Cela suggère qu'ils bénéficiaient d'une récupération plus rapide de certaines capacités mentales.<sup>405</sup>

Ainsi, les effets de l'art sur la santé dans les environnements de soin semblent aujourd'hui confirmés par diverses études. L'art, et notamment l'art visuel, permet de s'apaiser et peut avoir des effets positifs sur la santé. Sa présence dans les structures hospitalières peut aider au rétablissement et il n'est donc pas insensé de le penser comme pouvant faire partie d'un accompagnement thérapeutique. Beaucoup de musées dans le monde exposent des oeuvres d'arts et il semble donc pertinent de s'intéresser à quelle plus-value ces objets peuvent apporter.

## II/ L'art un besoin nécessaire et potentiellement thérapeutique ?

### 1/ L'art un besoin nécessaire ?

La question de l'utilité de l'art a été de nombreuses fois posée et continue d'être débattue aujourd'hui. Certains auteurs postulent que l'art constitue un besoin nécessaire pour l'homme. Plus largement, ces auteurs abordent souvent les questions de « l'esthétique », champ de la philosophie qui s'intéresse au concept de beauté, d'art, et de la création. Pierre Lemarquis prend plusieurs exemples de l'utilisation de l'esthétique dans le règne animal en vue de la survie. Par exemple, le paon contredit la théorie initiale de l'évolution de Charles Darwin puisqu'il a des couleurs très voyantes, des cris facilement repérables, qu'il est maladroit et court lentement et serait donc mal adapté à son environnement, donc particulièrement vulnérable.<sup>406</sup> Charles Darwin répond à cette question alors plus tard en 1871 dans son ouvrage *La Filiation de l'homme et la sélection liée au sexe* et reconnaît alors la possibilité d'un attribut sexuel ayant évolué de manière plus ou moins importante et parfois de manière étonnante comme la dent du narval, les bois de cerf ou la queue

---

<sup>405</sup> Ibidem

<sup>406</sup> LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.



du paon lui permettant de faire la roue.<sup>407</sup> « Il faudra donc savoir faire le beau, se pavaner, chanter et danser, lancer des parfums pour survivre et se reproduire ; cela se nomme l'esthétique évolutionniste [...] »<sup>408</sup>. Selon Pierre Lemarquis, l'esthétique ferait donc partie de l'évolution et de la survie de certaines espèces, entrant en compte dans leur reproduction. Ainsi, si l'homme fait partie du règne animal lui aussi, ou s'il en provient, il semble pertinent de suggérer qu'il doit posséder des restes de ce besoin esthétique. Si l'esthétique n'est pas toujours liée directement à l'art ou si l'art n'est pas toujours beau, la plupart des œuvres d'art ont le pouvoir d'éveiller en chacun cette sensibilité à la beauté. Selon Boris Cyrulnik, neuropsychiatre, l'art est une interprétation du réel qui permet de le mettre en scène, de faire des choses, telles qu'elles sont, des représentations.<sup>409</sup> Ainsi, l'art serait une médiation du réel qui permettrait de vivre pleinement : « Nous pourrions vivre, bien sûr, comme une non-vie avant la mort, car il n'est pas nécessaire d'être mort pour ne pas être vivant. Sans art, les choses ne seraient que ce qu'elles sont, un peu de matière inanimée. »<sup>410</sup>. Pour lui, cette sensibilité à l'art et à l'esthétique arrive très tôt dans le développement de l'enfant, dès lors qu'il s'émerveille en voyant un objet coloré à côté de lui, et cela participe à son développement psychique.<sup>411</sup> Il explique les premières créations comme permettant de combler un vide affectif : « Arrive un jour où maman s'éloigne et où le monde se vide. Que faire dans un désert affectif quand on peut métamorphoser les choses ? On prend un papier, un crayon, on dessine un bonhomme, on le colorie et, pendant ce travail artisanal, on imagine qu'au retour de la mère on lui offrira notre petite œuvre d'art afin de donner lieu à une fête affective. On vient de triompher de la non-vie en inventant une production artistique, faite de papier, de formes et de couleurs. Cette petite magie quotidienne nous a rendu capable de triompher de l'angoisse du rien. Est-ce ainsi que l'on pourrait expliquer la nécessité vitale de l'art ? Sans créativité, la condition humaine ne serait faite que de l'angoisse du vide et du désespoir de ne pas vivre. »<sup>412</sup>. Pour lui, l'art est donc une nécessité pour être vivant, non pas nécessairement pour la survie, mais pour vivre pleinement. La créativité chez l'homme permettrait de combler un vide et d'élever la vie. On peut d'ailleurs faire le parallèle entre cette thèse et la célèbre citation de

---

<sup>407</sup> Ibidem

<sup>408</sup> Ibidem

<sup>409</sup> CYRULNIK Boris, *Préface de L'art qui guérit*, LEMARQUIS Pierre, op.cit.

<sup>410</sup> Idem p.3

<sup>411</sup> Ibidem

<sup>412</sup> Idem p.3

Robert Filliou : « L'art est ce qui rend la vie plus intéressante que l'art »<sup>413</sup> affirmant ainsi que l'art élève l'existence. René Huyghe affirme, lui aussi, que l'art est nécessaire à l'existence humaine en répondant ainsi à la question concernant son utilité : « A quoi sert l'art ? ont souvent demandé les esprits positifs. [...] Nous avons des fonctions organiques, nous avons besoin d'aliments pour nous nourrir, nous avons besoin d'air pour respirer. Mais il est tout aussi évident que nous avons des fonctions mentales et, au-delà, des fonctions spirituelles qui réclament aussi impérieusement leur exercice. Il serait donc arbitraire, dans cette complexité de l'homme, qui va du corps à l'âme et qui les associe indissolublement, de ne vouloir tenir compte que de ses rapports avec le monde physique. [...] Au vrai, le rôle de l'art est beaucoup plus important. On pourrait dire que si notre organisme ne saurait perdurer sans des échanges avec le monde extérieur, tels que la respiration, l'art est aussi nécessaire à la vie mentale, dont il est, en effet, une sorte de respiration. »<sup>414</sup>. Pour lui l'art serait ainsi une respiration de l'esprit permettant d'entretenir les fonctions mentales des individus.

Si aucune preuve scientifique à ce jour ne semble exister sur la nécessité ou non de l'art pour l'homme, cela correspond à l'affirmation de plusieurs auteurs, travaillant dans différents domaines de recherche. S'il semble pour certains si essentiel, alors on peut émettre l'hypothèse qu'il peut apporter des effets positifs sur les individus, et donc potentiellement sur leur santé.

## 2/ Les circuits de la récompense

Si l'art rien ne prouve que l'art est un besoin de l'homme, il est indéniable qu'il peut constituer un véritable plaisir pour lui. Pierre Lemarquis, à la suite de son affirmation sur la nécessité de l'esthétique dans les logiques évolutionnistes complète par : « mais sans doute faisons-nous aussi parfois le paon uniquement pour le plaisir, pour activer les circuits neuronaux de notre système de récompense si nécessaire à nos motivations et à notre élan vital. »<sup>415</sup>. Il souligne ici que l'esthétique et l'art peuvent stimuler nos circuits neuronaux liés à la récompense. Les circuits de

---

<sup>413</sup> DONGUY Jacques, FILIOU Robert, MARTEL Richard, *L'art est ce qui rend la vie plus intéressante que l'art, El arte es lo que hace la vida más interesante que el arte*, les presses du réel, 2003

<sup>414</sup> HUYGHE René, *Les puissances de l'image : bilan d'une psychologie de l'art*, Flammarion, 1965, p.249

<sup>415</sup> LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

« récompense » induisent des sentiments de plaisir et des pensées positives qui peuvent impacter la motivation à atteindre des objectifs.<sup>416</sup> Plusieurs études en neurosciences affirment en effet que l'art, et notamment l'art visuel, stimulerait ces circuits. On peut notamment citer celle de Simon Lacey, Henrik Hagtvedt, Vanessa M. Patrick, Amy Anderson, Randall Stilla, Gopikrishna Deshpande, Xiaoping Hu, João R. Sato, Srinivas Reddy, Krishnankutty Sathian intitulée « Art for reward's sake: Visual art recruits the ventral striatum » et publiée dans *Neuroimage* en 2010. Cette étude part de l'hypothèse que l'art, étant reconnu comme source de plaisir, doit activer les circuits neuronaux de la récompense et notamment, la région nommée « striatum ventral », considérée comme clef dans le circuit de récompense.<sup>417</sup> Cette étude valide effectivement que l'art est une expérience qui apporte du plaisir et active les circuits neuronaux de récompense. Au-delà de cette conclusion, l'étude montre que l'art en tant que tel, pour lui-même, avec son statut particulier, active ces circuits : « The present study suggests that reward processing makes a specific contribution to the neural processing of visual art, that artistic status alone is enough to instantiate reward processing, and that the brain thus responds to « art for art's sake »...»<sup>418</sup>. Cette découverte peut être importante et suggérer que l'art a en effet joué un rôle dans l'évolution de l'homme concernant des mécanismes alors essentiels à sa survie et à la perpétuité de son espèce.<sup>419</sup> Cela suggère, une fois de plus, que l'art peut être véritablement vital pour l'homme.

La découverte de l'implication de circuits cérébraux tels que celui de « récompense » peut permettre de mieux comprendre les raisons de l'impact de l'art sur la santé comme le souligne Hervé Platel, professeur de neuropsychologie : « Tout d'abord, dans le domaine de la santé, ces résultats permettent de mieux expliquer comment des interventions en musicothérapie ou art-thérapie peuvent s'avérer efficaces dans la prise en charge de patients. [...] Les résultats des neurosciences cognitives permettent de mieux objectiver et expliquer les mécanismes à l'œuvre dans ces actions de soin (sécrétions d'endorphines,

---

<sup>416</sup> ERK Susanne, GALLEY Lars, SPITZER Manfred, WALTER Henrik, WUNDERLICH Arthur, « Cultural objects modulate reward circuitry », *NeuroReport*, Vol. 13, pp. 2499-2503, janvier 2003

<sup>417</sup> ANDERSON Amy, DESHPANDE Gopikrishna, HU Xiaoping, HAGTVEDT Simon, LACEY Simon, et alii., « Art for reward's sake: Visual art recruits the ventral striatum », *NeuroImage*, Vol. 55, pp. 420-433, mars 2011

<sup>418</sup> « La présente étude suggère que le traitement de la récompense apporte une contribution spécifique au traitement neural de l'art visuel, que le statut artistique seul suffit à instancier le traitement de la récompense, et que le cerveau réagit ainsi à « l'art pour l'art ». », idem, p.430

<sup>419</sup> Ibidem

stimulations de réseaux cérébraux spécifiques...). »<sup>420</sup>. Ainsi, le fait qu'une étude montre que l'art visuel active ces circuits, permet de renforcer l'hypothèse selon laquelle il pourrait être bénéfique pour la santé et constituer ainsi une potentielle aide thérapeutique. Comme développé précédemment, les musées ont le pouvoir de donner un statut particulier aux objets. C'est d'autant plus le cas de l'art : un tableau dans un musée sera automatiquement reconnu comme de l'art et comme une œuvre digne d'être exposée dans ce lieu institutionnel prestigieux. L'art serait donc capable d'apporter du plaisir et des pensées positives qui peuvent s'avérer nécessaires lorsque quelqu'un doit affronter une maladie, quelle qu'elle soit. Ainsi, la visite d'un musée de Beaux-Arts pourrait apporter quelque chose de plus, ou de différent, d'un musée classique grâce à la spécificité des objets qu'il expose.

### III/ Émotion et empathie esthétique

Les émotions que le spectateur peut ressentir face à une œuvre d'art ont longtemps été mises de côté dans le monde de l'histoire de l'art du XX<sup>e</sup> siècle, dans un souci de scientificité, d'objectivité et de classification.<sup>421</sup> Il semble indéniable que les œuvres ont un grand potentiel émotionnel, qui est souligné par de nombreux témoignages et auteurs. Ces réponses émotionnelles peuvent être puissantes et inclure à la fois des émotions positives et des émotions négatives.<sup>422</sup> Des artistes ont d'ailleurs cherché à susciter ces émotions dans leur art comme Mark Rothko qui dit : « mon seul but est d'arriver à exprimer des émotions humaines fondamentales: la tragédie, l'extase, le découragement, et ainsi de suite, et le fait que des gens s'effondrent et se mettent à pleurer en présence de mes peintures prouve que je suis parvenu à leur transmettre ces émotions humaines fondamentales... Les gens qui pleurent devant mes tableaux ressentent la même expérience religieuse que j'avais en les peignant. »<sup>423</sup>. Il est ainsi possible pour chacun de témoigner d'une œuvre d'art qui a pu le toucher émotionnellement ou provoquer une réaction en lui. Ces émotions font partie de ce qu'il est possible de désigner comme « l'expérience esthétique »,

---

<sup>420</sup> PLATEL Hervé, « L'étude du cerveau nous aide-t-elle à mieux comprendre l'impact de l'art sur nos vies ? », *Nectart*, Vol. 4, n°1, 2017

<sup>421</sup> FREEDBERG David, GALLESE Vittorio, « Motion, emotion and empathy in aesthetic experience », *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 11, pp. 197-203, 2007

<sup>422</sup> CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, *Museums, health and well-being*, op.cit.

<sup>423</sup> ROTHKO Mark, *Ecrits sur l'art. 1934-1969*, Flammarion, Champs arts, 2009 cité dans LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

c'est-à-dire l'expérience particulière que chacun peut vivre face à une œuvre d'art. Et cette expérience est en grande partie composée de ces émotions : « Ainsi, l'expérience esthétique ne découle pas du simple décodage d'une perception sensorielle, mais génère des processus sensori-moteurs et émotionnels multiples, subjectifs et objectifs, faisant appel en particulier aux circuits de l'empathie, des neurones miroirs et de la mémoire émotionnelle. »<sup>424</sup>. Cette théorie de Pierre Lemaquis suggère que ces émotions sont causées en grande partie par des circuits neuronaux liés à l'empathie.

## 1/ L'empathie esthétique

Pour en partie expliquer les émotions que peuvent produire les œuvres d'art sur l'humain, il est essentiel d'évoquer la notion d'empathie esthétique. Robert Vischer en 1873 utilise pour la première fois le terme « empathie » (« *Empfindung* » en allemand) en l'appliquant à l'art dans sa thèse de doctorat sur l'esthétisme et la vision des formes.<sup>425</sup> Il « désigne la relation esthétique qu'un sujet peut entretenir avec un objet, une œuvre d'art, le monde environnant »<sup>426</sup>. Aujourd'hui cette notion qualifie une situation dans laquelle « le sujet s'identifie et se projette au point de partager les états d'âme de l'autre et de les ressentir comme siens. »<sup>427</sup> Ainsi, elle désigne la capacité de se mettre à la place de l'autre et de compatir avec lui, ce qui fait partie de la théorie de l'esprit, développée précédemment. La notion d'empathie, tant utilisée aujourd'hui, notamment dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie, a donc d'abord été utilisée en lien avec les œuvres d'art. Son lien avec celles-ci a été mis de côté pendant un temps avant d'être étudié, notamment sous le prisme des neurosciences.

D'abord, face à un tableau les zones du cerveau impliquées dans la reconnaissance des visages s'activent<sup>428</sup> « ce qui incite à considérer l'œuvre d'art comme une personne ou son émanation »<sup>429</sup>. C'est donc une première piste à explorer pour la notion d'empathie esthétique : si notre cerveau assimile les œuvres

---

<sup>424</sup> LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

<sup>425</sup> Ibidem

<sup>426</sup> CALIANDRO Stefania, « Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques », *Revue française de psychanalyse*, Vol. 68, n°3, pp.791-800, 2004

<sup>427</sup> Ibidem

<sup>428</sup> LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

<sup>429</sup> Ibidem

d'art à des personnes, il semble alors logique que celles-ci puissent activer les zones de notre cerveau qui concernent l'empathie. Par ce biais, il est donc possible de ressentir des émotions en s'identifiant à cette œuvre d'art.<sup>430</sup>

Une découverte majeure des neurosciences au XX<sup>e</sup> siècle peut permettre de comprendre comment fonctionne ce processus d'empathie esthétique. En 1992, Giacomo Rizzolatti, professeur de physiologie à l'université de Parme, découvre les neurones miroirs.<sup>431</sup> : « un ensemble de cellules du cerveau qui s'activent « en miroir » lorsqu'un sujet observe un autre individu en train d'exécuter une action, permettant ainsi l'apprentissage par imitation, mais aussi la vie sociale et l'empathie, en collaboration avec d'autres zones du cerveau [...] »<sup>432</sup>. Or, ces neurones miroirs s'activent lorsqu'un sujet regarde une œuvre d'art, ce qui signifie qu'un mécanisme d'imitation s'opère mais, également, un processus empathique. C'est une confirmation que l'empathie, qu'il est possible de ressentir avec des personnes, peut s'appliquer, peut-être d'une manière différente et pas avec la même intensité, aux œuvres d'art. Si l'empathie esthétique fonctionne de la même manière que l'empathie interpersonnelle, alors la théorie de l'esprit qui a été évoquée précédemment serait applicable aux œuvres d'arts.

Enfin, une troisième partie du cerveau impliquée dans le processus empathique s'active dans certaines circonstances devant les œuvres d'art : « On observe aussi que l'insula, très impliquée dans l'empathie, s'active naturellement (surtout à droite) devant les sculptures originales, celles qui respectent les canons classiques, et qu'elle est moins sensible aux sculptures moins bien proportionnées -- grands torsos ou longues jambes. »<sup>433</sup>. Cela semble confirmer qu'il est possible de se projeter de manière empathique, donc émotionnelle, dans les œuvres d'art. David Freedberg et Vittorio Gallese pousse cette notion d'empathie esthétique plus loin en émettant la théorie selon laquelle les œuvres d'art pourraient provoquer en nous une « empathie physique » : « Most spectators of works of art are familiar with feelings of empathetic engagement with what they see in the work itself. These feelings might consist of the empathetic understanding of the emotions of represented others or, most strikingly, of a sense of inward imitation of the observed actions of others in

---

<sup>430</sup> Ibidem

<sup>431</sup> Ibidem

<sup>432</sup> Ibidem

<sup>433</sup> Ibidem

pictures and sculptures. »<sup>434</sup>. Dans leur étude, ils montrent que le spectateur reproduirait dans sa tête l'attitude ou le mouvement de ce qui est représenté, pour une œuvre figurative, ou le geste de l'artiste pour ce qui est non-figuratif.<sup>435</sup> Et, comme le souligne Pierre Lemarquis, en comparant le *Laocoon et ses fils* au *Baiser* de Rodin, dans ces conditions certaines œuvres sont préférables à voir que d'autres. Dans le cadre de la muséothérapie et de ce mémoire, cela peut donc souligner l'importance du choix des œuvres dans un parcours de visite suivant les émotions que l'on veut stimuler.

La notion d'empathie esthétique permet alors d'expliquer en partie les émotions que chacun a déjà ressenties devant certaines œuvres d'art. Aujourd'hui, afin d'élaborer des visites qui prennent en compte l'impact émotionnel des œuvres d'art, dans le cadre de programme de muséothérapie ou non, il serait intéressant de comprendre quelle caractéristique d'une œuvre produit quelle émotion. Mieux connaître les potentiels émotionnels des œuvres permettrait alors l'émergence et l'élaboration réfléchie de ce type de visite. Quelques pistes ont déjà été explorées à ce propos : par exemple, les œuvres à contour flous, « non finies » déclenchaient des émotions esthétiques plus fortes et permettraient aux spectateurs de laisser plus aller à leur subjectivité.<sup>436</sup>

## 2/ Des émotions thérapeutiques ?

Certes, les œuvres d'art provoquent des émotions chez le spectateur mais quels bénéfices thérapeutiques peuvent-elles présenter ?

### a/ Les émotions positives

Les émotions positives sont celles qui sont le plus recherchées dans ce type de visite : on veut avoir un impact positif sur les patients-visiteurs et donc provoquer

---

<sup>434</sup> « La plupart des spectateurs d'œuvres d'art sont familiers avec des sentiments d'engagement empathique par rapport à ce qu'ils voient dans l'œuvre elle-même. Ces sentiments peuvent consister en une compréhension empathique des émotions des personnes représentées ou, ce qui est le plus frappant, en un sentiment d'imitation intérieure des actions observées des autres dans les tableaux et les sculptures. » FREEDBERG David, GALLESE Vittorio, « Motion, emotion and empathy in aesthetic experience », op.cit., p.197

<sup>435</sup> Ibidem

<sup>436</sup> LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, op.cit.

des émotions positives. D'abord une émotion correspond à une expérience à la fois psychique et physique : « Les émotions déclenchent une réaction quasi immédiate de l'organisme au niveau physiologique (altération du rythme cardiaque, transpiration, rougeurs...), cognitif (pensées automatiques...) et comportemental (actions ou réactions face à l'événement). »<sup>437</sup>. Il semble donc logique qu'elles aient un impact sur ces deux aspects.

Les émotions positives permettent de contrebalancer les effets des émotions négatives sur la santé physique et peuvent par exemple permettre de réguler des états de stress<sup>438</sup> : « Si l'individu se trouve en état de stress chronique sans parvenir à rétablir un équilibre physiologique en régulant le stress par de l'activité physique, de la relaxation ou de la méditation, par exemple, il augmente -- entre autres -- ses risques de maladies cardiovasculaires. Or, pour rétablir le fonctionnement physiologique rapidement après un événement stressant, il a été démontré que les émotions positives étaient particulièrement efficaces. C'est ce que Fredrickson et Levenson (1998) ont nommé *undo effect*, c'est-à-dire que cela permet de «défaire» ce qui vient d'être produit. »<sup>439</sup>. Barbara L. Fredrickson et Robert W. Levenson ont réalisé deux études pour valider leur théorie du *undo effect* qui se concentrent sur les effets cardiaques des émotions négatives et la rapidité de leur rémission grâce à des émotions positives. Ils ont conclu, grâce à ces deux études, que les personnes se remettent plus rapidement des émotions négatives grâce à des émotions positives : « Nonetheless, in both emotional contexts, participants who experienced or expressed positive affect showed quickest recovery from whatever pattern of cardiovascular activation they had exhibited. »<sup>440</sup>. Cet article, en plus de théoriser l'*undo effect* permis par les émotions positives, souligne que ces émotions ont des effets cardiovasculaires mesurables, et donc physiologiques. Les émotions positives permettent de réguler son équilibre émotionnel. Des personnes confrontées à une maladie, sur le moyen ou long-terme, sont sujettes à du stress. Elles voient leur quotidien bouleversé et doivent affronter une situation difficile qui provoque nécessairement des émotions négatives. Or, le stress est un facteur connu de

---

<sup>437</sup> SHANKLAND Rebecca, *La psychologie positive*, Dunod, 3e édition, Paris, 2019

<sup>438</sup> Ibidem

<sup>439</sup> Idem p.80

<sup>440</sup> « Néanmoins, dans les deux contextes émotionnels, les participants qui ont ressenti ou exprimé un effet positif se sont rétablis le plus rapidement, quel que soit le schéma d'activation cardio-vasculaire dont ils avaient fait preuve. » FREDRICKSON Barbara L., LEVENSON Robert W., « Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions », *Cognition and emotion*, Vol. 12, pp.191-220, Mars 1998, p.215



l'apparition ou de l'aggravation de maladies et problèmes de santé, comme le cancer par exemple.<sup>441</sup> Pour résumer les émotions positives permettent d'augmenter la « résilience » des individus « c'est-à-dire notre capacité à résorber les effets de nos expériences négatives »<sup>442</sup> et ainsi se remettre de traumatismes. C'est un terme que l'on retrouve beaucoup dans le domaine du soin. De plus, les émotions ont « un impact sur la vitalité et la motivation de l'individu, les émotions positives étant corrélées à un sentiment d'augmentation de l'énergie. »<sup>443</sup>. Ainsi, en plus d'augmenter sa résilience, elles permettent à l'individu d'avoir l'impression d'avoir plus d'énergie pour affronter les problèmes qu'il rencontre, et donc potentiellement affronter sa maladie.

Enfin, les émotions positives renforceraient notre système immunitaire et permettraient de vivre plus longtemps.<sup>444</sup> C'est en tout cas ce qu'avance une étude de 2001 intitulée *Nun study* par Danner, Snow et Friesen<sup>445</sup> : « Ces auteurs ont analysé les lettres de motivation que cent quatre-vingts sœurs catholiques avaient envoyées à la mère supérieure lors de leur entrée au couvent dans les années 1930. Deux personnes ne connaissant pas les hypothèses de l'étude avaient pour mission de classer ces lettres selon le type de mot à caractère émotionnel qu'elles contenaient (positifs, négatif ou neutre). Alors que les conditions de vie de ces sœurs étaient comparables, l'espérance de vie des différents groupes était très différente : 20% des sœurs éprouvant peu d'émotions positives à l'âge de 20 ans ont atteint 95 ans, comparativement à 50% des sœurs vivant beaucoup plus d'émotions positives au même âge. »<sup>446</sup>.

Il semble donc maintenant possible d'affirmer que les émotions positives ont des effets positifs sur la santé des individus et peuvent permettre à des personnes malades, qui bénéficient d'une prise en charge médicale, de mieux affronter leur

---

<sup>441</sup> FANCOURT Daisy, FINN Saoirse, «What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being, A scoping review », *Health Evidence Network Synthesis Report*, World Health Organization, 2019

<sup>442</sup> QUOIDBACH Jordi, «Chapitre 1, Les émotions positives : à quoi servent-elles et comment les savourer ?», *Introduction à la psychologie positive*, LECOMTE Jacques (dir.), Dunod, PsychoSup, 2014, p.23

<sup>443</sup> SHANKLAND Rebecca, *La psychologie positive*, op.cit, p.78

<sup>444</sup> QUOIDBACH Jordi, «Chapitre 1, Les émotions positives : à quoi servent-elles et comment les savourer ?», op.cit.

<sup>445</sup> DANNER Deborah, SNOWDOWN David, WALLACE Friesen, « Positive emotions on early life and longevity : findings from the Nun Study », *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 80, n°5, pp. 804-813, 2001 cité dans QUOIDBACH Jordi, «Chapitre 1, Les émotions positives : à quoi servent-elles et comment les savourer ?», op.cit.

<sup>446</sup> QUOIDBACH Jordi, « Chapitre 1, Les émotions positives : à quoi servent-elles et comment les savourer ? », op.cit., p.24

maladie en augmentant leur capacité de résilience et en contrecarrant les émotions négatives qu'ils rencontrent. Elles peuvent lui donner un regain d'énergie et de motivation et peuvent ainsi entraîner un cercle vertueux : « les émotions positives conduisent l'individu à construire de nouvelles ressources qui, à leur tour, élargissent les opportunités de vivre des émotions positives. »<sup>447</sup>.

## b/ La force des émotions

Si les émotions ont autant d'impact sur la santé il faut les manier avec grande précautions. En effet, les émotions provoquées par les œuvres d'art peuvent être puissantes. Chacun, qui est déjà allé à plusieurs reprises dans des musées, ou s'est confronté à des œuvres d'art, peut témoigner d'une ou plusieurs expériences émotionnelles qui l'ont marquées. En 1979, Graziella Magherini, une psychiatre italienne, réalise une étude à Florence sur des « crises » provoquées par un « surplus de beauté » après la visite de musées et lieux patrimoniaux.<sup>448</sup> De cette étude elle identifie un syndrome, le syndrome de Stendhal, en référence à une expérience décrite par Stendhal : « J'étais arrivé à ce point d'émotion où se rencontrent les sensations célestes données par les Beaux Arts et les sentiments passionnés. En sortant de Santa Croce, j'avais un battement de cœur, la vie était épuisée chez moi, je marchais avec la crainte de tomber. »<sup>449</sup>. S'il ne s'agit pas ici de débattre sur l'existence effective ou non de ce syndrome, cela montre cependant la puissance que l'on peut attribuer à l'émotion esthétique. Dans le cadre de ce mémoire, cela permet d'insister sur la nécessité de la formation des guides ou concepteurs de visite. Certes, les émotions provoquées par les œuvres d'art peuvent être intéressantes à inclure dans une visite et avoir des vertus thérapeutiques. Seulement, comme toute thérapie, cela peut comporter des risques, qui doivent être mesurés et encadrés par des professionnels. C'est pourquoi, il est également nécessaire de travailler de pair avec les soignants qui accompagnent et connaissent les patients. De plus, certaines pathologies rendent les personnes extrêmement perméables aux émotions, comme la maladie d'Alzheimer par exemple, ce qui rend

---

<sup>447</sup> Idem p.25

<sup>448</sup> MAGHERINI Graziella, *Le syndrome de Stendhal, Du voyage dans les villes d'art*, Usher, Paris, 1990

<sup>449</sup> STENDHAL, *Rome, Naples et Florence en 1817*, tome 2, Delaunay, Paris, 1826 cité dans MAGHERINI Graziella, *Le syndrome de Stendhal*, op.cit., p.31

la nécessité de manipuler les émotions avec une grande précaution d'autant plus importante.

#### IV/ Les œuvres d'art : un potentiel cathartique ?

La notion de *catharsis* a été énoncée par Aristote dans son texte *La poétique* à propos de la tragédie. « Et, en représentant la pitié et la frayeur, elle réalise une épuration [catharsis] de ce genre d'émotions. »<sup>450</sup> écrit-il à propos de la représentation tragique. Le fait qu'Aristote ne décrive pas le processus par lequel cette « purification » s'opère, et comme il reste très évasif sur cette notion, de nombreuses interprétations de la *catharsis* ont été émises. Ici il s'agit de s'appuyer sur l'interprétation suivante : « Dans sa *Poétique*, Aristote justifie la tragédie en lui attribuant un pouvoir de purification (*katharsis*) des passions du spectateur. Assistant à un tel spectacle, l'être humain se libérerait des tensions psychiques, qui s'extériorisent sur le mode de l'émotion et de la sympathie avec l'action représentée (induisant pitié, colère etc.). Cette interprétation de la catharsis se rapporte à une conception de la vie comme équilibre et de l'âme comme juste milieu, juste mesure qui est « sommet », comme le précise l'*Éthique à Nicomaque* (1107 a,b) [...]. »<sup>451</sup>. Cette interprétation ne représente qu'une petite partie de la notion de catharsis mais correspond à ce qui va servir au propos ici.

La *catharsis* permettrait de se débarrasser des émotions négatives : « Dès lors ce n'est pas l'âme qui est « purgée » de crainte et de pitié mais ce sont les émotions elles-mêmes de crainte et de pitié « et autres semblables » qui sont épurées de l'intérieur de l'âme par le moyen du spectacle tragique. »<sup>452</sup> Contrairement à l'*undo effect*, déjà développé dans ce mémoire, cela ne serait pas en générant des émotions positives, mais bien à partir d'une représentation de ces émotions négatives mêmes. Cette représentation pourrait générer un processus d'identification : « [Aristotle] asserts in the *Poetics* that human beings learn by imitating and that we delight in artistic works that imitate (in some sense reproduce)

---

<sup>450</sup> ARISTOTE, *La poétique*, Texte, traduction et notes par : DUPONT-ROC Roselyne, LALLOT Jean, Seuil, 1980, chapitre 6, 49b28, p.53

<sup>451</sup> ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS, *Catharsis*, Encyclopædia Universalis, Paris,, 1990, Thésaurus-index Ad à Dieu, p.621 a.

<sup>452</sup> ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS, *Art*, Paris, Encyclopædia Universalis, 1990, Corpus, vol.3, p.35 c.

human issues. He also asserts that the tragedian should portray certain kinds of human beings standing in certain kinds of relationships. Aristotle's recommendations imply that he wishes the viewer to identify himself as closely as possible with a personage or character of the play. »<sup>453</sup> Le spectateur en s'identifiant aux personnages de la tragédie pourrait ainsi « purifier » ses émotions et retrouver un équilibre. Il y a donc dans la catharsis la notion d'identification que l'on peut lier à la notion d'empathie, et notamment d'empathie esthétique, développée précédemment. Le fait qu'il existe une empathie esthétique laisse à penser qu'il est d'autant plus facile de s'identifier à une œuvre d'art et de trouver des échos en elle. C'est pourquoi, la notion de catharsis semble applicable aux œuvres d'art et ne se limite pas qu'à la représentation théâtrale.<sup>454</sup>

## 1/ Catharsis des oeuvres

Les œuvres d'art visuel provoquent des émotions qui pourraient permettre de les « épurer », de les exprimer plutôt que de les garder en soi.

Les œuvres d'art, notamment figuratives, peuvent représenter des scènes qui évoquent des situations auxquelles le patient peut s'identifier en trouvant des parallèles entre cette scène et son histoire personnelle. « It is not only the qualities that objects and collections have which promote health and wellbeing, but the themes and subjects that they represent or can connect with, which includes contemporary health concerns and issues.»<sup>455</sup>. Les thèmes et sujets abordés par les œuvres d'art peuvent alors parfaitement entrer en résonance avec le patient et provoquer certaines émotions en lien avec ce que cela lui évoque. Ainsi, le patient va pouvoir se purifier des émotions qu'il a ressenties à ce moment-là, ou qu'il ressent dans une certaine situation. De plus, le fait que l'œuvre d'art constitue une

---

<sup>453</sup> « [Aristote] affirme dans la Poétique que les êtres humains apprennent en imitant et que nous nous réjouissons des œuvres artistiques qui imitent (en quelque sorte reproduisent) les questions humaines. Il affirme également que le tragédien doit représenter certains types d'êtres humains se trouvant dans certains types de relations. Les recommandations d'Aristote impliquent qu'il souhaite que le spectateur s'identifie le plus étroitement possible à un personnage ou à une figure de la pièce.», PASKOW Alan, « What is aesthetic catharsis ? », *The Journal of aesthetics and Art Criticism*, Vol. 42, n°1, pp. 59-68, automne 1983, p.61

<sup>454</sup> PASKOW Alan, « What is aesthetic catharsis ? », op.cit.

<sup>455</sup> « Ce ne sont pas seulement les qualités des objets et des collections qui favorisent la santé et le bien-être, mais aussi les thèmes et les sujets qu'ils représentent ou auxquels ils peuvent se rattacher, ce qui inclut les préoccupations et les questions de santé contemporaines. » DODD Jocelyn, JONES Ceri, *Mind, body, spirit : How museums impact health and wellbeing*, University of Leicester, Research Centre for Museums and Galleries, Juin 2014, p.29

représentation de la réalité et n'est pas la réalité même, permet au spectateur de s'autoriser plus facilement à ressentir certaines émotions : « In the first place, the spectator knows that what he is viewing is a type of illusion and therefore the permission given to him to objectify some of his own dark feelings and inclinations is not more painful to him than the indulgence of fantasy, and perhaps even less so, since the spectator can, if necessary, blame the upsurge of unacceptable desires or affects on the playwright's manipulative efforts»<sup>456</sup>. L'œuvre n'a alors pas nécessairement besoin d'évoquer des sentiments positifs, son récit peut faire écho à la situation du patient et à sa vie et l'aider dans sa quête de résilience. Il est possible de supposer qu'il y a une forme de *catharsis* qui se met en place entre le spectateur et les œuvres d'art suivant ce qu'elles représentent et ce à quoi elles font écho en lui qui l'aide à la fois à ressentir ces émotions négatives et à les transformer en plaisir esthétiques, en émotions positives. Ainsi, il « purge » ses émotions et peut retrouver un équilibre émotionnel lui permettant de mieux affronter les difficultés. Aucune étude scientifique ne venant confirmer cette hypothèse, il est impossible de la considérer comme valide. Cependant, elle permet de mettre en avant les échos qui peuvent exister entre la vie de l'individu, sa situation, et les œuvres d'art. Ces échos pourraient avoir des effets positifs et aider à la résilience grâce à un processus cathartique et d'identification. Ainsi, les œuvres pouvant représenter des scènes, censées générer des émotions négatives, pourraient tout de même se montrer bénéfiques grâce au processus cathartique. Cette hypothèse, si elle s'avère vraie, pourrait donc être intéressante dans le cadre de la muséothérapie et entrer en considération dans le choix des œuvres lors d'une visite.

## 2/ Les vies d'artistes : des modèles de résilience

Le visiteur peut s'identifier aux œuvres, à leur récit ou à ce qu'elles représentent. Mais, derrière les œuvres se trouvent des artistes : des hommes et des femmes ayant eu aussi parfois à affronter de grandes difficultés. Lors des visites commentées, les visiteurs peuvent prendre connaissance de l'histoire des artistes

---

<sup>456</sup> « En premier lieu, le spectateur sait que ce qu'il voit est une sorte d'illusion et, par conséquent, la permission qui lui est donnée d'objectiver certains de ses propres sentiments et inclinations sombres ne lui est pas plus douloureuse que l'indulgence de la fantaisie, et peut-être même moins, puisque le spectateur peut, si nécessaire, imputer la recrudescence de désirs ou d'affects inacceptables aux efforts de manipulation du dramaturge », PASKOW Alan, « What is aesthetic catharsis ? », op.cit.

derrière les œuvres qu'ils voient. « Visitors learn about the life stories of many artists who created artwork as they coped with distressing conditions. They discover that Monet painted his water lilies despite problems with his vision (*Is It Art?*, 1997), and that Kahlo painted much of her work from her bed, confined by the many surgeries that she underwent after a bus accident fractured her back. They learn that Matisse started to cut shapes instead of painting them because cancer forced him into a wheelchair, that Munch suffered from alcoholism, that Van Gogh had bipolar tendencies, that Hopper underwent acute loneliness, and that financial difficulties plagued Vermeer and Gauguin. The fact that these artists continued to search for meaning and reach for beauty in the face of adversity may inspire visitors to do the same. »<sup>457</sup>. Connaître les difficultés de ces hommes et de ces femmes, pourtant connus et reconnus par le monde entier, peut aider les patients. D'abord, cela leur montre qu'il est possible de continuer de créer, de continuer de faire des choses d'une grande qualité malgré la maladie. Ainsi, cela pourrait renforcer l'estime de soi et de réduire l'auto-stigmatisation qui a été évoquée dans ce mémoire. De plus, cela permet sans doute aux patients de se sentir moins seuls, de pouvoir s'identifier à un modèle qui a lui aussi lutté contre la maladie. Ces histoires de vies peuvent ainsi l'aider à redonner un sens à la sienne, et donc augmenter sa capacité de résilience.

Ainsi, les objets artistiques ont des apports différents par rapport à des objets non-artistiques. Les œuvres d'art semblent pouvoir apporter une plus-value, notamment émotionnelle, qui peut être considérée pour ses potentiels apports thérapeutiques. Le choix des œuvres et des informations transmises dans une visite de muséothérapie peut alors agir sur les émotions des visiteurs. Les émotions, positives notamment, peuvent présenter des bénéfices pour la santé. Cependant, il est important de maîtriser et de faire attention aux émotions générées car elles

---

<sup>457</sup> « Les visiteurs découvrent l'histoire de la vie de nombreux artistes qui ont créé des œuvres d'art alors qu'ils faisaient face à des conditions pénibles. Ils découvrent que Monet a peint ses nénuphars malgré ses problèmes de vision (*Is It Art ?*, 1997), et que Kahlo a peint une grande partie de ses œuvres depuis son lit, confinée par les nombreuses opérations qu'elle a subies après qu'un accident de bus lui ait fracturé le dos. Ils apprennent que Matisse a commencé à découper des formes au lieu de les peindre parce que le cancer l'obligeait à se déplacer en fauteuil roulant, que Munch souffrait d'alcoolisme, que Van Gogh avait des tendances bipolaires, que Hopper souffrait d'une solitude aiguë et que des difficultés financières accablaient Vermeer et Gauguin. Le fait que ces artistes aient continué à chercher un sens et à atteindre la beauté face à l'adversité peut inciter les visiteurs à faire de même. », SALOM Andrée, « The therapeutic potentials of a museums visit », *International Journal of Transpersonal Studies*, Vol. 27, article 13, pp. 98-103, 2008, p.99

peuvent également avoir des effets négatifs. C'est également pourquoi l'alliance avec des professionnels de la santé est essentielle lors de ce type de visite.

# Conclusion

Cette recherche a soulevé de nombreux potentiels thérapeutiques du musée. D'abord en tant que lieu physique il peut avoir une influence positive sur le patient en étant un lieu neutre, loin de la maladie. Cette influence est également provoquée par ses spécificités : son architecture, son calme, son espace qui encourage la contemplation,... Il peut également constituer un espace restaurateur et aider face à la fatigue de l'attention dirigée, dont sont souvent touchées les personnes malades. L'environnement muséal ayant des qualités intrinsèques pouvant potentiellement être utilisées dans le cadre d'un accompagnement thérapeutique, se pose la question de la pertinence de l'adaptation de ce lieu. Il semble falloir trouver un entre-deux, entre espaces spécifiques et visite au cœur du musée, pour effectuer des programmes de muséothérapie idéaux.

Ensuite, en tant que lieu public il présente un certain nombre de qualités, notamment dans le cadre de réhabilitations psychosociales, de lutte contre l'isolement social ou contre les stigmatisations. En étant au cœur de la société et à la fois quelque peu à part, il est un lieu qui peut se prêter au travail touchant aux habiletés sociales. C'est un lieu inclusif qui encourage le dialogue et la communication, en ce sens, il peut aider aux thérapies qui ont trait à la théorie de l'esprit. Par la valorisation de la parole, il est également un lieu de reconquête individuelle et peut permettre d'augmenter l'estime de soi.

Enfin, il est un lieu qui conserve des objets qui ont, dès lors, un statut et une valeur spécifiques. Par leur matérialité ou ce qu'ils représentent, ils créent une relation particulière avec le spectateur. Ils peuvent ainsi encourager la communication, les processus de réminiscence, et même, créer des espaces intermédiaires, transitionnels, qui peuvent être utilisés dans le cadre thérapeutique. Ces objets sont parfois de nature artistique. Tout au long de l'histoire, l'art a entretenu des relations avec le domaine de la santé. Il active des zones du cerveau, comme les circuits de la récompense, qui sont bénéfiques au bien-être. Il peut également créer des émotions puissantes, grâce aux mécanismes de l'empathie esthétique, qui peuvent aider au rétablissement. Il peut également provoquer une expérience cathartique qui permettrait au patient de purger ses émotions négatives.



Ces potentiels thérapeutiques ne concernent pas seulement des pathologies psychiatriques ou neuro-dégénératives. Notamment sous l'influence du programme du MoMA, *Meet me*, les programmes à destination de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont été plus développés que les programmes à destination d'autres pathologies. Cependant, à plusieurs reprises dans cette recherche, les bénéfices sur de nombreuses pathologies ont été mis en avant. Le fait d'affronter une pathologie, quelle qu'elle soit, et de vivre avec, est quelque chose de déstabilisant qui peut freiner le rétablissement, et sur lequel l'institution muséale peut apporter un véritable soutien. Ainsi, si certains potentiels thérapeutiques concernent plutôt certaines pathologies spécifiques, d'autres peuvent bénéficier à toute personne dans un parcours de soin.

Si ces potentiels doivent être étudiés de manière plus poussée pour affirmer leur efficacité sur la santé des individus, ils sont autant de pistes qui nous laissent à penser que le musée peut être thérapeutique. Au carrefour des caractéristiques évoquées, et en combinant plusieurs de ces bénéfices au cours d'une visite au musée, l'institution semble pouvoir jouer un vrai rôle dans ce domaine. Cependant, il est important de souligner qu'il est nécessaire de créer une véritable collaboration entre les institutions de santé et les institutions muséales pour que cela fonctionne. La muséothérapie constitue une discipline à cheval sur deux domaines qui semblent parfois cloisonnés. C'est grâce au dialogue et à la collaboration de ces deux mondes qu'elle pourra se développer et prendre une place importante. Pour cela, il semble capital de former les professionnels de chaque secteur aux problématiques des autres. Ainsi, chacun, en restant dans son domaine de compétence, pourra jouer un véritable rôle dans cet accompagnement.

L'apparition de la muséothérapie, domaine transdisciplinaire, est représentative de l'évolution du rôle et de la place du musée au sein de la société. Ces collaborations avec d'autres secteurs, semblent aujourd'hui faire partie du futur des musées. Il ne semble donc pas pertinent d'attendre des lois ou des directives pour s'intéresser à ce type de pratiques qui permettent au musée de prendre une réelle place au sein de la société, et d'être reconnu comme un bien plus essentiel. De plus, l'évaluation est la clef du développement des programmes de muséothérapie et de son établissement en tant que discipline reconnue. Trop peu

souvent mise en place, son absence empêche de valoriser ces programmes et de montrer les bénéfices qu'ils apportent, au-delà de la simple satisfaction des patients et professionnels.

Il est important de souligner que, dans ce mémoire, la thérapie a été envisagée sous le prisme de l'accompagnement thérapeutique et donc de la prise en charge médicale. L'aspect des « thérapies préventives », ou du bien-être de personnes n'étant pas touchées par une maladie identifiée, n'a pas été abordé. Cependant, on peut suggérer que, tout comme les dispositifs mis-en-place dans le cadre de l'accessibilité au musée, certains potentiels thérapeutiques peuvent, sans doute, également bénéficier à des personnes « en bonne santé ». Ce sont là aussi des études qui mériteraient d'être menées.

La caractéristique concernant l'apport d'informations et de connaissances du musée n'a pas été abordée de manière détaillée et mériterait sans doute également d'être étudiée de manière plus ample. Il serait ainsi intéressant d'approfondir les bénéfices cognitifs des visites au musée et de réfléchir à leurs éventuels effets thérapeutiques. Le sujet de la sensibilisation par le musée aux questions de santé pourrait également être intéressant, en lien avec la lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de certaines pathologies.

Ce mémoire entend réellement ouvrir des pistes pour de futures recherches. Chacune des caractéristiques du musée évoquées pourrait faire l'objet d'un mémoire à part entière et d'une recherche plus détaillée. Il est également possible de prendre la suite de ces recherches en s'intéressant à une pathologie particulière. Ainsi, il s'agirait de développer les bénéfices que peuvent apporter les caractéristiques du musée à un accompagnement thérapeutique spécifique. Enfin, il semble essentiel aujourd'hui d'effectuer des études de terrain, en collaboration avec des personnes exerçant dans le domaine médical, afin de mesurer et de confirmer les effets thérapeutiques du musée. Ce n'est que de cette manière que la muséothérapie peut être reconnue et davantage mise en place au sein des institutions. Ce type d'étude peut également permettre de mieux penser les programmes proposés pour qu'ils soient adaptés et répondent à des objectifs thérapeutiques.

# Bibliographie

## Muséothérapie

ALLARD Michel (dir.), LEFEBVRE Bernard (dir.), *Le Musée au service de la personne, The Museum as service to people*, Université du Québec à Montréal, Groupe de recherche sur l'éducation et les musées, Les cahiers du GREM, n°11, 1999

AMERICAN ALLIANCE OF MUSEUM, *Museums On Call : How Museums Are Addressing Health Issues*, Washington DC, 2018

BARDWELL Lisa V., KAPLAN Stephen, SLAKTER Deborah B., « The museum as a restorative environment », *Environment and Behavior*, Vol. 25, n°6, 1993, accessible à [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67383/10.1177\\_0013916593256004.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67383/10.1177_0013916593256004.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

BARDWELL Lisa V., KAPLAN Stephen, SLAKTER Deborah B., « The Restorative Experience as a Museum Benefit », *The Journal of Museum Education*, Vol. 18, N°3, pp. 15-18, Automne 1993

BEDFORD Laura, CHATTERJEE Helen, DESMARAIS Sarah, *Museums as spaces for well being : A Second Report from the National Alliance for Museums, health and Wellbeing*, National Alliance for Museums, Health and Wellbeing, Arts Council England, 2018, accessible à <https://museumsandwellbeingalliance.files.wordpress.com/2018/04/museums-as-spaces-for-wellbeing-a-second-report.pdf>

BONDIL Nathalie (dir.), *Pavillon pour la paix : Michal et Renata Hornstein art international et éducation : Atelier international d'éducation et d'art thérapie Michel de la Chenelière*, Musée des Beaux arts de Montréal, Montréal, 2016

CAMIC Paul, CHATTERJEE Helen, « Museums and art galleries as partners for public health interventions », *Perspectives in public health*, vol. 133, pp. 66-71, Janvier 2013

CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, *Museums, health and well being*, Ashgate, 2013, Londres

CLOW Angela, «Normalisation of salivary cortisol levels and self-report stress by a brief lunchtime visit to an art gallery by London City workers», *Journal of Holistic Healthcare*, Janvier 2006, accessible à [https://www.researchgate.net/publication/252281628\\_Normalisation\\_of\\_salivary\\_cortisol\\_levels\\_and\\_self-report\\_stress\\_by\\_a\\_brief\\_lunchtime\\_visit\\_to\\_an\\_art\\_gallery\\_by\\_London\\_City\\_workers](https://www.researchgate.net/publication/252281628_Normalisation_of_salivary_cortisol_levels_and_self-report_stress_by_a_brief_lunchtime_visit_to_an_art_gallery_by_London_City_workers)

DEANE Karen, CARMAN Marianne, FITCH Margaret, « Le rapprochement entre l'art-thérapie et l'éducation muséale dans le contexte du vécu du cancer », *Canadian Oncology Nursing Journal*, pp. 143 - 146, 2000, accessible à <http://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/438/439>

DODD Jocelyn, JONES Ceri, *Mind, body, spirit : How museums impact health and wellbeing*, University of Leicester, Research Centre for Museums and Galleries, Juin 2014, p.30 accessible à <https://pdfs.semanticscholar.org/3ee9/3ecad504e0782050ccd995b00fb9407f98a5.pdf>

EPSTEIN Cynthia, MITTELMAN Mary, « Research », *MoMA Alzheimer's Project: Making Art Accessible to People with Dementia*, New York University Center of Excellence for Brain Aging and Dementia, 2009 accessible à [https://www.moma.org/visit/accessibility/meetme/\\_assets/momaorg/shared/pdfs/docs/meetme/Resources\\_NYU\\_Evaluation.pdf](https://www.moma.org/visit/accessibility/meetme/_assets/momaorg/shared/pdfs/docs/meetme/Resources_NYU_Evaluation.pdf)

FARRIER Alan, FROGETT Lynn, HACKING Susan, POURSANIDOU Konstantina, SAGAN Olivia, *Who cares ? Museums, Health and Wellbeing Research project, A Study of the Renaissance North West Programme*, University of Central Lancashire, Mars 2011, accessible à

[https://www.researchgate.net/publication/264541260\\_Who\\_Cares\\_Museums\\_Health\\_and\\_Well-being](https://www.researchgate.net/publication/264541260_Who_Cares_Museums_Health_and_Well-being)

GAN Lena, « Museums: they're good for your health », *Health and Wellbeing*, University of Melbourne, 2019, accessible à

<https://pursuit.unimelb.edu.au/articles/museums-they-re-good-for-your-health>

HAMIL Sarah, *The Art Museum as a Therapeutic Space*, thèse de doctorat en philosophie, Lesley University, Mai 2016, accessible à

[https://digitalcommons.lesley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1036&context=expressive\\_dissertations](https://digitalcommons.lesley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1036&context=expressive_dissertations)

MARIN Axelle, « Quand le musée soigne », *La Lettre de l'Ocim*, n°157, pp. 12-17, 2015 accessible à <https://journals.openedition.org/ocim/1471#quotation>

PAQUIER Laurence, « Les sorties culturelles à visée thérapeutique », *Le Journal des Psychologues*, n°289, pp. 43-47, 2011 accessible à

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2011-6-page-43.htm>

SALOM Andrée, « The therapeutic potentials of a museums visit », *International Journal of Transpersonal Studies*, Vol. 27, article 13, pp. 98-103, 2008

WOOD Chris, « Museums of the mind, Mental Health, Emotional Wellbeing and Museums, Summary », *Culture unlimited*, Edition Nicola Nuttal, Décembre 2010 accessible à

[https://issuu.com/northwestmuseumsfederation/docs/museums-of-the-mind-summary-publis\\_20101203\\_114810](https://issuu.com/northwestmuseumsfederation/docs/museums-of-the-mind-summary-publis_20101203_114810)

## Objets patrimoniaux et santé

ANDER Erica, CHATTERJEE Helen, LANCELEY Anne, « Quantitative evidence for wellbeing benefits from a heritage-in-health intervention with hospital patients », *International Journal of Art Therapy : Formerly Inscape*, Routledge, 7 juin 2012

BALOGUN Nyaladzi, CHATTERJEE Helen, JOHNSON Michelle, LANCELEY Anne, MENON Usha, NOBLE Guy, « Investigating the therapeutic potential of a heritage-object focused intervention: a qualitative study », *Journal of health psychology*, Vol. 17, pp. 809-820, novembre 2011

CHATTERJEE Helen, NOBLE Guy, VREELAND Sonjel, « Museopathy: Exploring the Healing Potential of Handling Museum Objects », *Museum and Society*, University College, Londres, Novembre 2009, accessible à [https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1309194/1/Chatterjee\\_Museopathy%20Chatt%20Vree%20Noble%20Museum%20and%20Society%202009.pdf](https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1309194/1/Chatterjee_Museopathy%20Chatt%20Vree%20Noble%20Museum%20and%20Society%202009.pdf)

ERK Susanne, GALLEY Lars, SPITZER Manfred, WALTER Henrik, WUNDERLICH Arthur, « Cultural objects modulate reward circuitry », *NeuroReport*, Vol. 13, pp. 2499-2503, janvier 2003

## Art et santé

ANDERSON Amy, DESHPANDE Gopikrishna, HU Xiaoping, HAGTVEDT Simon, LACEY Simon, PATRICK Vanessa M., REDDY Srinivas, SATHIAN Krish, SATO Joao R., STILLA Randall, « Art for reward's sake: Visual art recruits the ventral striatum », *NeuroImage*, Vol. 55, pp. 420-433, mars 2011

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

ARMSTRONG John, DE BOTTON Alain, *Art is therapy*, catalogue de l'exposition au Rijksmuseum du 25 avril au 7 septembre 2014, Rijksmuseum, Amsterdam, 2014

ARTS COUNCIL ENGLAND, *The power of art visual arts : evidence of impact*, partie 2, 28 juin 2006, accessible à

<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160204123256/http://www.artscouncil.org.uk/advice-and-guidance/browse-advice-and-guidance/the-power-of-art-visual-arts-evidence-of-impact-regeneration-health-education-and-learning>

BARBIER Laurence, *L'art médecine : le colloque* [organisé les 24 et 25 septembre 1999 à l'occasion de l'exposition L'art médecine], Musée Picasso, Antibes, éd. Laurence Barbier, Réunion des musée nationaux, Paris, 2000

CALIANDRO Stefania, « Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques », *Revue française de psychanalyse*, Vol. 68, n°3, pp.791-800, 2004 accessible à <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2004-3-page-791.htm>

CAYTON Harry (dir.), *Report of the Review of Arts and Health Working Group*, Department of Health, Royaume-Uni, Mars 2007 accessible à <http://www.artsandhealth.ie/wp-content/uploads/2011/09/Report-of-the-review-on-the-arts-and-health-working-group-DeptofHealth.pdf>

CHANNON Ben, *Happy by design, A Guide to Architecture and Mental Wellbeing*, RIBA publishing, Londres, 2018

FANCOURT Daisy, FINN Saoirse, «What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being, A scoping review », *Health Evidence Network Synthesis Report*, World Health Organization, 2019, accessible à <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2019/what-is-the-evidence-on-the-role-of-the-arts-in-improving-health-and-well-being-a-scoping-review-2019>

FARMER Kathryn W.,KOMETIANI Mary K., « Exploring resilience through case studies of art therapy with sex trafficking survivors and their advocates », *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 67, Février 2020

FREEDBERG David, GALLESE Vittorio, « Motion, emotion and empathy in aesthetic experience », *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 11, pp. 197-203, 2007

GOLEMBIEWSKI Jan, « Start making sense applying a salutogenic model to architectural design for psychiatric care », *Facilities*, pp. 100-117, 2010, accessible à [https://www.researchgate.net/publication/255994250\\_Start\\_making\\_sense\\_Applying\\_a\\_salutogenic\\_model\\_to\\_architectural\\_design\\_for\\_psychiatric\\_care](https://www.researchgate.net/publication/255994250_Start_making_sense_Applying_a_salutogenic_model_to_architectural_design_for_psychiatric_care)

HOMICKI Beth, EILEEN K. Joyce, « Art Illuminates Patients' Experience at the Massachusetts General Hospital Cancer Center », *The Oncologist, Reflections*, pp. 111-114, 1er février 2004

AGNATI Luigi F., HUSTON Joseph P., MORA francisco, NADAL Marcos, CELA CONDE Camilo José, *Art, aesthetics and the brain*, Oxford, Oxford University, 2015

HUYGHE René, *Les puissances de l'image : bilan d'une psychologie de l'art*, Flammarion, 1965

LEMARQUIS Pierre, *L'art qui guérit*, Hazan, Paris, Octobre 2020

LEMARQUIS Pierre, *Portrait du cerveau en artiste*, Odile Jacob, Paris, 2012

MAGHERINI Graziella, *Le syndrome de Stendhal, Du voyage dans les villes d'art*, Usher, Paris, 1990

PLATEL Hervé, « L'étude du cerveau nous aide-t-elle à mieux comprendre l'impact de l'art sur nos vies ? », *Nectart*, Vol. 4, n°1, 2017

SHIMAMURA Arthur P., *Experiencing art : in the brain of the beholder*, Oxford University Press, New York, 2013

SILVIA Paul J., « Emotional Responses to Art : From Collation and Arousal to Cognition and Emotion », *Review of General Psychology*, Vol. 9, n°4, pp. 342-357, Décembre 2005



SPENCER Elizabeth, « Art, potential space, and psychotherapy : A Museum Workshop for Licensed Clinical Social Workers », *Social work Education*, vol. 31, pp. 778-784, 2012

STARICOFF LELCHUK Rosalia, « Arts in health : a review of the medical literature », *Arts Council England, Research Report*, Vol.36, janvier 2006

ULRICH Roger, « How design impacts wellness », *The Healthcare Forum journal*, Vol. 35, pp. 20-25, septembre 1992, accessible à

[https://www.researchgate.net/publication/13177406\\_How\\_Design\\_Impacts\\_Wellness](https://www.researchgate.net/publication/13177406_How_Design_Impacts_Wellness)

## Muséologie

ALVARO Pascual-Leone, SOBOL LEVENT Nina, *The Multisensory museum : cross-disciplinary perspectives on touch, sound, smell, memory, and space*, Rowman & Littlefield, Lanham (Maryland), 2014

BOURDIEU Pierre, DARBEL Alain, *L'amour de l'art. Les musées d'art européens et leur public*, 1ère éd. Paris, Les éditions de Minuit, Collection Le sens commun, mars 1966, 2ème éd. Utilisée, 1969

BRUYERE Michèle, CAMARA Magali, GILBERT Claude, GRASSE Marie-Christine, *Musée : outil de lien social ?*, Association Générale des Conservateurs des Collections Publiques de France Provence-Alpes-Côte d'Azur (AGCCPF PACA), édition Fage Eds, juin 2008

CLASSEN Constance, « Museum Manners : The sensory life of the early museum », *Journal of social history*, pp. 895-914, été 2007, accessible à

<http://www.david-howes.com/WebClassenMuseumMannersJSH.pdf>

DIERKING Lynn D., « Rôle de l'interaction sociale dans l'expérience muséale », *Culture & Musée*, n°5, *L'interaction sociale au musée*, UZZELL David L. (dir.), pp. 19-43, 1994 accessible à

[https://www.persee.fr/doc/pumus\\_1164-5385\\_1994\\_num\\_5\\_1\\_1035](https://www.persee.fr/doc/pumus_1164-5385_1994_num_5_1_1035)

DODD Jocelyn, SANDELL Richard, SCOTT Carol, *Cultural Value, User value of museums and galleries: a critical view of the literature*, Arts & Humanities Research Council, University of Leicester 2014, accessible à <https://le.ac.uk/rcmg/publications>

EIDELMAN Jacqueline (dir.), *Inventer des musées pour demain*, Rapport de la mission musée XXIème siècle, La documentation française, Paris, mars 2017

ICOM, *Statuts*, Tels qu'amendés et adoptés par l'assemblée générale extraordinaire, le 9 juin 2017, Article 3. Définition des termes, Paris, France, 9 juin 2017, accessible à

<https://icom.museum/fr/ressource/icoms-statutes/>

SANDELL Richard (dir.), *Museums, Society, Inequality*, Routledge, Londres, 2002

SILVERMAN Lois H., *The Social Work of Museums*, Routledge, Londres, 2010

## Arts

CHEMINADE Christian, « Architecture et médecine à la fin du XVIIIe siècle : la ventilation des hôpitaux, de l'Encyclopédie au débat sur l'Hôtel-Dieu de Paris », *Recherches sur Diderot et sur l'Encyclopédie*, n°14, pp. 85-109, 1993, accessible à

[https://www.persee.fr/doc/rde\\_0769-0886\\_1993\\_num\\_14\\_1\\_1207](https://www.persee.fr/doc/rde_0769-0886_1993_num_14_1_1207)

DEMEULENAERE Pierre, *Une théories des sentiments esthétiques*, B. Grasset, Paris, 2002

HOWARTH Lynne C., *Objects, Memory, Identity, Voice*, Proceedings of the Annual Conference of CAIS, University of Toronto, Toronto, 2016

MARTEL Pierre, SAINTE FARE GARNOT Nicolas, *L'architecture hospitalière au XIXème siècle : l'exemple parisien, exposition présentée au Musée d'Orsay du 18 octobre 1988 au 22 janvier 1989*, Ministère de la culture, de la communication, des grands travaux et du bicentenaire, La Réunion des musées nationaux, Les dossiers du Musée d'Orsay, Paris, 1988

MUSEE UNTERLINDEN, « Le Retable d'Issenheim, Origine d'un chef d'oeuvre », accessible à <https://mecenat.musee-unterlinden.com/le-retable-d-issenheim/le-retable-origine-d-un-chef-d-oeuvre>

MUSEE UNTERLINDEN, « Le Retable d'Issenheim », Fiche de salle à télécharger accessible à <https://www.musee-unterlinden.com/visites-et-activites/parcours/adultes/fiches-de-salles-a-telecharger>

RAUX Stéphanie, *Quand se soigner, c'est croire, Les ex-voto anatomiques, témoins des appels aux dieux dans les processus de guérison*, Archéopages, Vol. 43, pp. 6-17, 2016 accessible à <https://journals.openedition.org/archeopages/1609>

SOURIAU Paul, *La suggestion dans l'art*, Félix Alcan, 2e éd. revue, Paris, 1909

## Expositions

CROSSMAN Sylvie (dir.), BAROU Jean Pierre (dir.), « Peintures de sable des indiens navajo : la voie de la beauté », Grande Halle de la Villette, 22 février - 31 mars 1996, Paris

DAVILA Thierry, FRECHURET Maurice, *L'art médecine*, catalogue de l'exposition L'art Médecine au Musée Picasso du 5 juin au 10 octobre 1999, réunion des musées nationaux, 1999

## Santé

ANTONOVSKY Aaron, « The salutogenic model as a theory to guide health promotion », *Health promotion international*, Voll. 11, n°1, Oxford University Press, 1996, accessible à

[https://salutogenesi.org/images/PDF/The\\_salutogenic\\_model\\_as\\_a\\_theory\\_to\\_guide\\_health\\_promotion.pdf](https://salutogenesi.org/images/PDF/The_salutogenic_model_as_a_theory_to_guide_health_promotion.pdf)

BAUER Georg F., EPNES Geir Arild, ERIKSSON Monica, LINDSTRÖM Bengt, MITTELMARK Maurice B., PELIKAN Jürgen M., SAGY Shifra, *The Handbook of Salutogenesis*, Springer, accessible à

<https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-04600-6>

BRUN Anne, CHOUVIER Bernard, ROUSSILLON René, *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod, 2019

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Le serment d'Hippocrate*, revu par l'Ordre des médecins en 2012, accessible à

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins\\_ns\\_-\\_serment.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins_ns_-_serment.pdf)

CRAEN Anton J. M., DE VRIES Leonard A., KLEIJNEN Jos, «Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness», *British Medical Journal (BMJ)*, Vol.313,21, pp. 1624-1626, 28 décembre 1996 accessible à

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359128/pdf/bmj00573-0060.pdf>

DESPRES Olivier, DUFOUR André, LITHFOUS Ségolène, *Le vieillissement neurodégénératif : méthodes de diagnostic différentiel, Cognition et orientation spatiales*, Elsevier, Paris, 4 avril 2018,

FOLSCHEID Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », *Actes du colloque international « Sens et Savoir » à l'occasion du cinquantenaire de la revue*, Faculté de philosophie, Université Laval, Laval théologique et philosophique, n°52, juin 1996, p.506 accessible à <https://www.erudit.org/fr/revues/ltp/1996-v52-n2-ltp2155/401007ar.pdf>

GUIBET LAFAYE Caroline, « Bien-être et qualité de vie en santé : l'approche par les capacités », *Cinquième Conférence Internationale sur l'Approche par les Capacités*, Paris, Septembre 2005 accessible à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00510370/document>

HAUTE AUTORITE DE SANTE, « Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées », *Rapport d'orientation*, Avril 2011, accessible à [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement\\_de\\_la\\_prescription\\_de\\_therapeutiques\\_non\\_medicamenteuses\\_rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf)

INFIRMIER.COM, « Cours - Soins Infirmiers - Virginia Henderson et sa conception de la profession infirmière », publié le 2 février 2015 accessible à <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

NIGHTINGALE Florence, *Notes on nursing, What it is, and what it is not*, D. Appleton and Company, New York, 1860, accessible à <https://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html>

ROY Matthieu, « Pour une promotion de la santé : La salutogénèse », *Spiritualité santé*, Janvier 2013, pp. 44-47 , accessible à [https://www.researchgate.net/publication/312211439\\_Pour\\_une\\_promotion\\_de\\_la\\_sante\\_La\\_salutogenese](https://www.researchgate.net/publication/312211439_Pour_une_promotion_de_la_sante_La_salutogenese)

TOWERY Chris, «Salutogenic design : building better health», *Owners perspective*, 30 juin 2012, accessible à <https://ownersperspective.org/salutogenic-design-building-better-health/>

## Organique et physiologique

CIMPRICH Bernadine E., *Attentional fatigue and restoration in individuals with cancer*, Degree of Doctor of Philosophy (Nursing), The University of Michigan, Ann Arbor (Michigan), 1990

DUBOIS DE LA PATELLIERE Arthus, *Comment favoriser le maintien d'une activité physique régulière ?*, Application lors d'une prise en charge en réhabilitation respiratoire, Travail écrit en vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur kinésithérapeute 2015, Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale, mars/avril 2014 accessible à

[https://ecoledanhier.centredoc.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=260](https://ecoledanhier.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=260)

KLEIN Nicole, *Le besoin fondamental de l'homme de se mouvoir et de maintenir une bonne posture*, Lycée Technique pour Professions de Santé Année scolaire 2009-2010, PIRARD Brigitte (Trad.), 2010 accessible à

[http://www.ferronfred.eu/ferron\\_fred/classe\\_de\\_12iemeSI/Entrees/2008/9/23\\_scripts\\_files/Le%20besoin%20fondamental%20de%20l%E2%80%99homme%20de%20se%20mouvoir%20et%20de%20maintenir%20une%20bonne%20posture.pdf](http://www.ferronfred.eu/ferron_fred/classe_de_12iemeSI/Entrees/2008/9/23_scripts_files/Le%20besoin%20fondamental%20de%20l%E2%80%99homme%20de%20se%20mouvoir%20et%20de%20maintenir%20une%20bonne%20posture.pdf)

ULRICH Roger, «View through a window may influence recovery from surgery», *Science, New Series*, Volume 224, 27 avril 1984, pp. 420-421, accessible à

[https://www.researchgate.net/publication/17043718\\_View\\_Through\\_a\\_Window\\_May\\_Influence\\_Recovery\\_from\\_Surgery](https://www.researchgate.net/publication/17043718_View_Through_a_Window_May_Influence_Recovery_from_Surgery)

## Psychologie et Psychiatrie

AHADE Sabrina, CORATO Caroline, « Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales pour les personnes présentant un tsa », *Le Journal des psychologues*, vol. 353, n°1, 2018, pp. 34-39 accessible à

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2018-1-page-34.html>

BAGHDADLI Amaria, BRISOT-DUBOIS Judith, *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme, Guide pour les intervenants*, Elsevier Masson, Paris, 2011

BAKER Mark, HARRIS Tyler, HOLT-LUNSTAD Julianne, SMITH Timothy B., STEPHENSON David, « Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review », *Perspectives on Psychological Science*, Vol. 10, pp. 227-237, mars 2015

BASSLEER Bernard, BOULANGER Jean-Marie, MENOZZI Christel, *L'empowerment des patients : pourquoi et comment.*, CHU de Liège, 2014, accessible à [https://www.chu.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2016-09/empowerment\\_bb\\_jm\\_b\\_cm\\_10-01-2014.pdf](https://www.chu.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2016-09/empowerment_bb_jm_b_cm_10-01-2014.pdf)

BROHAN Elaine, ELGIE Rodney, SARTORIUS Norman, THORNICROFT Graham, « Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study », *Schizophrenia research*, Vol. 122, pp. 232-238, 2010

CORRIGAN Patrick, WATSON Amy, « The impact of stigma on people with mental illness », *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*, Vol. 1, pp. 16-20, 2002, accessible à [https://www.researchgate.net/publication/6842078\\_The\\_impact\\_of\\_stigma\\_on\\_people\\_with\\_mental\\_illness](https://www.researchgate.net/publication/6842078_The_impact_of_stigma_on_people_with_mental_illness)

FREDRICKSON Barbara L., LEVENSON Robert W., « Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions », *Cognition and emotion*, Vol. 12, pp.191-220, Mars 1998

GINGER Serge, « Place de la psychothérapie dans la société d'aujourd'hui », *Colloque national de la ffdp Paris*, palais du Luxembourg, le 19 octobre 1997, in *Journal français de psychiatrie*, n°21, pp.14-16, 2004, accessible à <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2004-1-page-14.htm#no2>

GREENBERG Jeff, SOLOMON Sheldon, PYSZCZYNSKI Tom, ROSENBLATT Abram, BURLING John, LYON Deborah, SIMON Linda, PINEL Elizabeth, « Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety buffering function », *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 63, pp. 913-922, 1992

MASLOW Abraham, « A Theory of Human Motivation », *Psychological Review*, n° 50, pp. 370-396, 1943, accessible à <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm> (21-12-2020)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Plan d'action global pour la santé mentale 2013 - 2020*, Genève, 2013 accessible à [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1) (27/01)

PAPADOPOULOS Linda, WALKER Carl, *Psychodermatology : The Psychological Impact of Skin Disorders*, Cambridge University Press, 2005 accessible à <https://books.google.co.uk/books?id=fzlfioyw6ewC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false>

LECOMTE Jacques (dir.), *Introduction à la psychologie positive*, Dunod, PsychoSup, Paris, 2014

SERRES Jean-François, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*, Les éditions des journaux officiels, Les avis du CESE, Enquête CESE, Juin 2017, accessible à [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017\\_17\\_isolement\\_social.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_17_isolement_social.pdf)

SHANKLAND Rebecca, *La psychologie positive*, Dunod, 3<sup>e</sup> édition, Paris, 2019

WHO, « Obesity and overweight », 1er Avril 2020, accessible à [https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/)



WHO, « Track 1 : Community empowerment », *Health Promotion*, accessible à <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>

WINNICOTT Donald, *Jeu et réalité, L'espace potentiel*, Traduction par MONOD Claude et PONTALIS Jean-Baptiste, Gallimard, folio essais, première parution 1975, 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Psychosocial rehabilitation : a consensus statement*, Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, 1996, accessible à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60630>

### Lois, décrets, textes gouvernementaux

Convention entre Le ministère de la Culture et de la Communication et Le secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale, 4 mai 1999, Préambule, accessible à <http://www.rhone-alpes.culture.gouv.fr/hopital/image/convention-1999.pdf>

CULTURE.GOUV, Le développement culturel en France, «Historique», accessible à <https://www.culture.gouv.fr/Sites-thematiques/Developpement-culturel/Le-developpement-culturel-en-France/Culture-et-Sante/Bibliographie-ouvrages-films/Historique>

CULTURE.GOUV, Textes de référence, publié le 30 juillet 2013, accessible à <https://www.culture.gouv.fr/Sites-thematiques/Developpement-culturel/Le-developpement-culturel-en-France/Culture-et-Sante/Bibliographie-ouvrages-films/Textes-de-reference>

Décret n°59-889 du 24 juillet 1959 portant organisation du ministère chargé des affaires culturelles (M. Malraux), Journal Officiel de la République Française du 26 juillet 1959, p.7413. Accessible à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000299564>

Loi n° 2002-5 du 4 janvier 2002 relative aux musées de France, Article 2, JORF du 5 janvier 2002, accessible à

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000769536&categorieLien=id>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, MINISTÈRE DE LA COMMUNICATION, *Protocole d'accord « Culture à l'hôpital » entre le ministère de la santé et des solidarités, le ministère de la culture et de la communication, et les membres du Cercle des partenaires de la culture à l'hôpital*, Paris, 10 janvier 2006, accessible à

<https://www.culture.gouv.fr/Sites-thematiques/Developpement-culturel/Le-developpement-culturel-en-France/Culture-et-Sante/Bibliographie-ouvrages-films/Textes-de-reference>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA COMMUNICATION, *Convention « Culture Santé » entre le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication*, Préambule, Paris, 6 mai 2010 accessible à

<https://www.culture.gouv.fr/Sites-thematiques/Developpement-culturel/Le-developpement-culturel-en-France/Culture-et-Sante/Bibliographie-ouvrages-films/Textes-de-reference>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA COMMUNICATION, *Signature de la convention « Culture et Santé » par le Ministère de la Santé et des Sports et le Ministère de la Culture et de la Communication*, Jeudi 6 mai 2010, Discours de Frédéric Mitterrand, ministre de la Culture et de la Communication, prononcé à l'occasion de la signature de la convention Culture et Santé avec Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, Dossier de presse, Paris, 2010

## Définitions

DESVALLEES André (dir.), MAIRESSE François (dir.), Concepts clés de muséologie, ICOM, Armand Colin, 2010, accessible à

<https://www.icom-musees.fr/sites/default/files/2018-09/Concept%20cl%C3%A9%20mus%C3%A9ologie.pdf>

ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS, Art, Paris, Encyclopædia Universalis, 1990, Corpus, vol.3, p.35 c.

ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS, *Catharsis*, Encyclopædia Universalis, Paris,, 1990, Thésaurus-index Ad à Dieu, p.621 a.

OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE, Muséothérapie, *Le grand dictionnaire terminologique*, 2020 accessible à

[http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=26557613](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26557613)

OMS, « Médecine traditionnelle: définitions », *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle*, Organisation Mondiale de la Santé Genève, 2000 accessible à

[https://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/fr/](https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/)

OMS, *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, 22 juillet 1946, New York, juillet 1946 accessible à

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

Thérapie, *Le Petit Robert 2013*, Le Robert, Paris, 2012

## Articles d'informations

HASQUENOPH Bernard, « Montréal, un musée pour aller mieux », *Louvre pour tou.te.s, l'info citoyenne sur les musées*, publié le 4 avril 2018, accessible à <http://www.louvreourtous.fr/Montreal-un-musee-pour-aller-mieux,842.html>

MBAM, « Prescriptions muséales MBAM-MFdC : des visites au musée prescrites par des médecins à leurs patients », publié le 11 octobre 2018, accessible à <https://www.mbam.qc.ca/actualites/prescriptions-museales/>

MONTPETIT Caroline, « Le MBAM dévoile son nouveau « pavillon de la paix » », *Le Devoir*, publié le 8 juin 2016 , accessible à <https://www.ledevoir.com/culture/arts-visuels/472840/musee-le-mbam-devoile-son-nouveau-pavillon-de-la-paix>

## Mémoires

CARVUNIS Juliette, *Hors les murs et entre les murs : la culture pour les patients, l'exemple du Louvre à l'hôpital, partenariat entre l'AP-HP et le musée du Louvre*, LESEUR Frédérique (dir.), mémoire de stage de M2, Ecole du Louvre, 2017

LABBÉ Laurie, MICHEL Laurine, *Attrac(émo)tions : Effet d'un entraînement de l'identification et de la compréhension des émotions d'autrui chez des enfants sourds âgés de 8 à 12 ans*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, COPEAUX Catherine (dir.), DUBOËL Nathalie (dir.), septembre 2013

LABBÉ Leslie, *Le musée, outil d'inclusion sociale ? , L'impact du partenariat entre le musée des Augustins de Toulouse et l'association Sozinho*, O'NEILL Marie-Clarté (dir.), mémoire d'étude, Ecole du Louvre, 2019

LERICHE Cyrielle Léa, *Le musée comme chemin de mémoire, Les opérations du Louvre en direction des malades d'Alzheimer*, « *Le Louvre en tête* », O'NEILL Marie-Clarté (dir.), Ecole du Louvre, 2017

LOPEZ Margaux, *La culture dans les services de gériatries : l'exemple des « conversations » du musée du Louvre*, O'NEILL Marie-Clarté (dir.), Ecole du Louvre, 2016

MARIE Léa, *Musée et hôpital ; Quand culture et santé se rencontrent*, O'NEILL Marie-Clarté (dir.), Ecole du Louvre, 2016

NAULEAU Mélissa, *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, *Une alliance controversée, Regards croisés : France, Royaume-Uni, Canada, Etats-Unis*, mémoire de recherche, MAIRESSE François (dir.), Ecole du Louvre, 2017

NAULEAU Mélissa, *Musées français et publics atteints de la maladie d'Alzheimer : patients ou visiteurs ?*, mémoire d'étude, JONCHERY Anne (dir.), Ecole du Louvre, 2016

VENUAT Camille, *Au son de l'immersion résonne le bien être, Étude de l'expérience intense, sonore, visuelle au musée des Musiques Populaires de Montluçon (MuPop)*, mémoire d'étude, O'NEILL Marie-Clarté (dir.), Ecole du Louvre, mai 2019

## Philosophie

ARISTOTE, *La poétique*, Texte, traduction et notes par : DUPONT-ROC Roselyne, LALLOT Jean, Seuil, Paris, 1980

ARISTOTE, *Métaphysique*, Traduction (ed. de 1953) de J. Tricot, Les échos du maquis, janvier 2014, accessible à

<https://docplayer.fr/2725689-Aristote-metaphysique-traduction-ed-de-1953-de-j-tricot-1893-1963-editions-les-echos-du-maquis-epub-pdf-v-1-0-janvier-2014.html>

PASKOW Alan, « What is aesthetic catharsis ? », *The Journal of aesthetics and Art Criticism*, Vol. 42, n°1, pp. 59-68, automne 1983

## Sites internet

Projet *Meet me* au MoMA : <https://www.moma.org/visit/accessibility/meetme/>

Programme *Au rythme du souvenir* :

<http://aurythmedusouvenir.philharmoniedeparis.fr/>

Association Culture et Hôpital : <https://culturehopital.eu/>

Association Artz : <https://www.actionculturellealzheimer.org/>

Musée des Beaux-Arts de Lyon : <https://www.mba-lyon.fr/fr>

Projet *Encountering the Unexpected* : <https://unexpectedencounters.le.ac.uk/>

Projet *Enhancing the Healing Environment* par le King's Fund :

<https://www.kingsfund.org.uk/projects/enhancing-healing-environment#our-work>

## Vidéos

ANTENNE 2, *Rencontre avec Antoni Tapies*, 29 septembre 1994, accessible à

<https://fresques.ina.fr/europe-des-cultures-fr/fiche-media/Europe00223/rencontre-avec-antoni-tapies>

RIJKSMUSEUM, Alain de Botton on Art Is Therapy in the Rijksmuseum, Alain de Botton, présentation du 25 avril 2014, posté le 12 mai 2014, Youtube, accessible à

<https://youtu.be/ZMb5mik9H7w>