

# La muséothérapie

Analyse des potentiels  
thérapeutiques du musée

Leslie LABBÉ

Travail réalisé par Leslie Labbé d'après le mémoire de recherche (2<sup>de</sup> année de 2<sup>e</sup> cycle) en muséologie qu'elle a soutenu en janvier 2021, sous la direction de Marie-Clarté O'Neill et avec l'accompagnement / l'expertise du Docteur Emmanuel Gallet.

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



Accompagnement éditorial : Ewa Maczek et Catherine Ruppli

Maquette : Fabien Lacaille (Ocim)

Mise en page : Lorraine Harris (Paper Addict)

Ocim

Université de Bourgogne

36 rue Chabot Charny

21000 Dijon – France

[www.ocim.fr](http://www.ocim.fr)

tél. : + 33 3 80 58 98 50

[formation.ocim@u-bourgogne.fr](mailto:formation.ocim@u-bourgogne.fr)



© Ocim, octobre 2021

**Ecole du Louvre**  
Palais du Louvre



# La muséothérapie

Analyse des potentiels  
thérapeutiques du musée

Leslie LABBÉ



# Sommaire

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
LE MUSÉE : UN ESPACE THÉRAPEUTIQUE	13
1. Sortir au musée : un moyen de se soigner ?	13
2. Architecture et espace	15
LE MUSÉE, LIEU DE THÉRAPIE SOCIALE	21
1. Le musée comme lieu de réhabilitation psycho-sociale	21
2. Un lieu de communication et de valorisation de la parole	25
LE MUSÉE, LIEU D'ARTEFACTS	29
1. Le statut et la valeur de l'objet de musée	29
2. Matérialité de l'objet	30
3. L'objet muséal, à la rescousse de la mémoire	32
4. La spécificité des œuvres d'art	34
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	37



# AVANT-PROPOS

---

Dans le courant inclusif qui traverse le milieu muséal, et la société dans son ensemble, la muséothérapie est une des voies explorées pour inclure certains publics empêchés<sup>1</sup>. Depuis quelques décennies, et plus particulièrement les années 2010, les expériences se multiplient, notamment en Amérique du Nord et donnent lieu à de nombreux témoignages et analyses.

Le musée : espace thérapeutique, lieu de thérapie sociale, lieu d'artefacts. Ce cahier d'études explore, de façon étayée et très documentée, les différentes sphères avec lesquelles le visiteur interagit lorsqu'il est au musée : le lieu physique, le lieu de sociabilité et la collection d'objets de musée. Ces trois approches renvoient bien sûr à chaque fois aux études menées dans le champ muséal et le secteur de la santé.

C'est avec la volonté d'explorer les différentes approches de la muséothérapie que Leslie Labbé a mené son travail de recherche dans le cadre de l'École du Louvre. Nous la remercions chaleureusement de partager dans ce cahier d'études les grandes lignes de son analyse.

---

1. Maczek E. & Meunier A. (dir.) *Des musées inclusifs : engagements, démarches, réflexions*. Dijon : Ocim, 2021.



# 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 : « *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>2</sup>. Il s'agit donc de considérer que par le musée il est possible de contribuer thérapeutiquement à l'amélioration d'un état de santé ou au bien-être d'un individu. Ce terme 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 États-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* » (Nauleau, 2017, p. 132). 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. Lors des recherches préliminaires pour la recherche 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. 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 fondé ce travail.

Si la muséothérapie correspond à des recherches plutôt récentes, il existe des prémices de la réflexion sur les liens entre institutions patrimoniales dès la fin de la Seconde Guerre mondiale. Il est possible d'évoquer en ce sens l'expérience d'Adrian Hill, un artiste britannique, qui, après sa rencontre avec la British Red Cross Society, en 1944, a mis en place avec elle le *Red Cross Library Scheme*. Il s'agit d'un fond de reproductions de chefs-d'œuvre artistiques destinés à être exposés dans des hôpitaux pour soulager les patients et éventuellement participer à leur guérison. En complément de l'exposition de ces chefs-d'œuvre, des conférenciers se déplaçaient une fois par semaine dans les hôpitaux pour effectuer une médiation autour de ces œuvres et discuter avec les patients. Très vite le programme se répand : en 1946 il compte déjà 100 hôpitaux anglais partenaires et 195 en 1950<sup>3</sup>. Cet exemple fait directement le lien entre institutions muséales et hôpitaux. Si le programme de la Red Cross Society ne peut pas être

---

2. Office québécois de la langue française, *Muséothérapie*, *Le grand dictionnaire terminologique*, 2020. En ligne : [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?ld\\_Fiche=26557613](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?ld_Fiche=26557613)

3. Hogan S. *Healing Arts : The History of the Art Therapy*. Londres : Jessica Kingsley Publishers, 2001, p. 135, cité dans Nauleau M. *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ?*, op. cit. p. 28.

désigné comme de la muséothérapie, car il n'implique pas de musée à proprement parler, il suggère très tôt la possibilité des liens entre institutions muséales et lieux de soin. Adrian Hill est principalement à l'origine des développements de l'art-thérapie, pourtant ce programme suggère déjà d'autres possibilités d'utilisation des fonds patrimoniaux dans une visée thérapeutique.

Si les recherches entre les institutions muséales et la santé se développent dans les pays anglo-saxons dès les années 1990, les véritables années d'éveil, notamment dans le monde francophone, correspondent aux années 2010. Cela est causé d'abord par le retentissement du programme *Meet Me : The MoMa Alzheimer's Project*, qui a duré de 2007 à 2014, un projet destiné aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences. Ce programme a fait l'objet de plusieurs évaluations dont une sur les bienfaits de ces 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 pour permettre à d'autres musées de s'en inspirer<sup>4</sup>.

Un autre grand retentissement dans le domaine étudié 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>5</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. Cela a permis le développement d'autres actions 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>6</sup>. Ce comité permet l'élaboration de projets de recherche et études cliniques pour mesurer les effets de l'art sur la santé. A suivi le programme *Prescriptions muséales MBAM-MFDC* commencé le 1<sup>er</sup> novembre 2018. 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. Ces actions ont été largement relayées dans la presse francophone et ont contribué à faire connaître ce type de réflexions au monde, et notamment à la France.

Aujourd'hui les réflexions autour des potentiels thérapeutiques des institutions muséales entrent également pleinement dans les réflexions autour de ce que doit être un musée au XXI<sup>e</sup> siècle. La Mission Musée XXI<sup>e</sup> siècle installée le 17 mai 2016 par Mme Audrey Azoulay, ministre de la Culture et de la Communication, et confiée à Jacqueline Eidelman, est arrivée à la conclusion que les musées étaient notamment appelés à devenir des lieux de vie inclusifs, plus ancrés sur leur territoire, et des acteurs publics à part entière (Eidelman, 2017). Les programmes de muséothérapie qui peuvent être mis en place correspondent pleinement à ces nouveaux rôles que les musées sont appelés à remplir.

Dans le terme « muséothérapie » on trouve le mot « thérapie » qui n'est pas anodin. Ce terme a pour origine le grec *Therapeia* (θεραπεία) qui selon *Le Petit Robert* signifie « soin, cure »<sup>7</sup>. On est donc pleinement dans une démarche soignante. Un terme dérivé de « thérapie » est thérapeutique, 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 » (Organisation Mondiale de la Santé, 2000). 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. Pour cela, il est nécessaire que les programmes de muséothérapie soient élaborés en collaboration avec des thérapeutes et que ceux-ci soient présents pour accompagner leur déroulement. Ces derniers peuvent alors fixer des objectifs médicaux vis-à-vis de l'amélioration d'un état pathologique et constater, ou non, des effets sur leurs patients ensuite. Ce sont eux qui apportent l'aspect thérapeutique au programme. On remarque 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>8</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

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

5. Hasquenoph, B. Montréal, un musée pour aller mieux, *Louvre pour tou.te.s, l'info citoyenne sur les musées*, 4 avril 2018. En ligne : <http://www.louvrepourous.fr/Montreal-un-musee-pour-aller-mieux,842.html>

6. Musée des Beaux-Arts de Montréal, *Prescriptions muséales MBAM-MFDC : des visites au musée prescrites par des médecins à leurs patients*, 11 octobre 2018. En ligne : <https://www.mbam.qc.ca/actualites/prescriptions-museales/>

7. Thérapie, *Le Petit Robert* 2013, Le Robert, 2012.

8. OMS, *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 22 juillet 1946, p. 1.

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>9</sup>. Cela rend primordiale l'importance de l'évaluation de ce type d'action. 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.

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 est 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 ?

À partir de 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* » (ICOM, 2007). 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, 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.

---

<sup>9</sup>. Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020, Annexe 3 du mémoire de recherche.



# LE MUSÉE : UN ESPACE THÉRAPEUTIQUE

---

## 1. Sortir au musée : un moyen de se soigner ?

### 1.1. 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 (Chatterjee & Noble, 2013). Dès le XIX<sup>e</sup> siècle on porte attention à l'environnement dans lequel on place le patient pour lui permettre de guérir. En 1860, Florence Nightingale, infirmière britannique, pionnière des soins infirmiers modernes, écrit *Notes on Nursing*, qui est, encore aujourd'hui, une référence en termes de réflexions sur le soin infirmier (Nightingale, 1860). Elle y explique notamment l'importance de la variété et de l'esthétique dans l'environnement des patients : « *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* »<sup>10</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 : « *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 sa 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'avait été envoyé, et que depuis cet instant, la guérison s'était accélérée* »<sup>11</sup>. Si Florence Nightingale se 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) (Ulrich, 1984, pp. 420-421). 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. 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 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. « *En résumé, par rapport au groupe avec vue sur*

<sup>10</sup>. « *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 of objects about them* » (Nightingale, 1860).

<sup>11</sup>. « *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 to me, and from that moment recovery becoming more rapid* » *ibid.*

le mur, les patients avec la vue sur l'arbre ont eu des séjours hospitaliers post-opératoires 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 post-opératoires mineures. Bien que les résultats suggèrent que la vue " construite " dans cette étude était relativement monotone, un mur de briques largement dépourvu de caractéristiques »<sup>12</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'analgésiques 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>13</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 (Arts Council England, 2006). 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 significatifs et positifs du nouveau bâtiment par rapport à l'ancien :

- « • 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 »<sup>14</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. Ces études peuvent servir aux lieux de soin pour améliorer leur environnement de prise en charge, mais elles sont utiles également à cette recherche 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.

## 1.2. 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, restent, par leurs odeurs, leurs bruits, leurs fonctions, associées 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>15</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 dépaysante que la visite* »

<sup>12</sup>. « 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 » (Ulrich, 1984, p. 421).

<sup>13</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. En ligne : <https://www.kingsfund.org.uk/projects/enhancing-healing-environment#our-work>

<sup>14</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 » (Art Council England, 2006, p. 47).

<sup>15</sup>. Un programme mené en collaboration entre le musée du Louvre et l'AP-HP proposant aux hôpitaux 3 visites par an au musée et 3 interventions à l'hôpital appelées « conversations ».

(Carvunis, 2017). 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 suggéré précédemment, sortir de l'espace dans lequel sont reçus 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. Il est donc 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>16</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... » (Deane & Carman, 2000, p. 144). Ce dépaysement, cet éloignement du lieu de soin, est aussi un éloignement temporaire de la maladie et donc peut être une clef pour soutenir un processus thérapeutique.

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 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 » (Paquier, 2011).

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 et dans la préparation des patients à une telle activité.

## 2. Architecture et espace

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. « 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 à ce dernier »<sup>17</sup> (Salom, 2008, p. 98). Sortir au musée ce n'est donc pas seulement aller dans un environnement autre, c'est aller dans un environnement extraordinaire. Un espace repérable, à part, un type de lieu unique, ce qui le rend d'autant plus dépayasant pour le patient, lui permettant ainsi de s'extraire de son quotidien.

### 2.1. 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 favorables 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.

<sup>16</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>17</sup>. « The architectural boundaries of a museum (scale, lighting, temperature, circulation, display, etc.), along with the appraisals visitors make of these elements, mark a clear difference between the museum and the world outside of it ».

On trouve notamment des réflexions sous le nom de *salutogenic design* que 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 (Antonovsky, 1979). 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 (Roy, 2013). 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* » (Roy, 2013). La santé n'est alors plus dans un état dichotomique, soit absente soit présente, mais se place sur un continuum.

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 (Antonovsky, 1996). « *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 posées 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 vie et (3) sa signification* » (Roy, 2013). 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 qui peuvent avoir une perception altérée de la réalité, avec des distorsions ou des hallucinations, et rencontrer des difficultés à cause de cela (Golembiewski, 2010). Ainsi, il reprend les trois caractéristiques qui composent le sentiment de cohérence pour les appliquer à l'architecture d'un lieu de soin psychiatrique :

« *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 »<sup>18</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 (Towery, 2012). 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 (Epnès, Lillefiell & Maass, 2017).

<sup>18</sup>. « *Comprehensibility : making sure that perceptual clues 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. [...]*

*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 » (Golembiewski, 2010, p. 114).*

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, puissante ou tamisée (Channon, 2019). Les couleurs auraient également un impact sur les comportements et les humeurs, allant même jusqu'à influencer l'efficacité de certains médicaments (Caren, De Vries & Kleijnen, 1996), ainsi, à Tokyo, des lumières bleues sont utilisées dans les rues pour réduire les crimes et éviter les suicides (Channon, 2019). On peut également souligner l'importance des textures qui stimulent le sens du toucher, sans le mobiliser. 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.

S'il s'agit plutôt ici de bien-être que de thérapie en elle-même, le bien-être 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.

## 2.2. 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 (Farrier, Froggett, Hacking, Poursanidou & Sagan, 2011). 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 : « *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* »<sup>19</sup>. Cela contribue également à le distinguer des autres lieux quotidiens, qui sont souvent très actifs et n'ont pas ces mêmes caractéristiques contemplatives.

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. « *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* »<sup>20</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* » (Bondil, 2016). 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. 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 (Wood, 2010). Cette possibilité d'introspection est appréciée des visiteurs au sein des musées : « *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

<sup>19</sup>. « *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, the lines on a painting, the smell of coffee, the view from a stairway* » (Salom, 2008, p. 100).

<sup>20</sup>. « *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* » (Salom, 2008, p. 98).

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 »<sup>21</sup>. Et elle est également bénéfique à leur santé mentale : « 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 »<sup>22</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 (Bedford, Chatterjee & Desmarais, 2018). 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 méditation au musée<sup>23</sup>. Si le musée oriente les séances de méditation autour des œuvres d'art, 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.

### 2.3. 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 ou éléments annexes distrayants (Després, Dufour & Lithfous, 2018). 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, « 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 fatigue de l'attention dirigée »<sup>24</sup>. La fatigue de l'attention dirigée est caractérisée par un déclin dans la capacité de se concentrer, de fonctionner (Cimprich, 1990), de raisonner et de planifier des choses (Bardwell, Kaplan & Slakter, 1993). Mais cela peut aussi inclure des symptômes comme l'impatience, l'irritabilité et une tendance à prendre des risques inutiles. 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 (Cimprich, 1990).

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 (Bardwell, Kaplan & Slakter, 1993), 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 : « 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 »<sup>25</sup>. De plus, les environnements hospitaliers peuvent parfois être sur-stimulants et donc renforcer la fatigue de l'attention dirigée comme le souligne Bernadine Cimprich : « En même temps, les environnements de soins de santé complexes et hautement technologiques peuvent surcharger la capacité d'attention d'un individu »<sup>26</sup>. Ainsi, il est clair que des personnes qui sont atteintes d'une maladie, et dans un accompagnement

21. « 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" » (Silverman, 2012, p. 45).

22. « 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 » (Silverman, 2012, p. 45).

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

24. « Any time one has worked intensely on a project and subsequently finds oneself in a state of mental exhaustion, one has experienced DAF » (Bardwell, Kaplan & Slakter, 1993, p. 726).

25. « 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 » (Cimprich, 1990, p. 1).

26. « At the same time, complex, highly technological health care environments can over-burden an individual's attentional capacity » *ibid.*

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. 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 (Bardwell, Kaplan & Slakter, 1993). 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. 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. 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 : « 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. 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.

Le deuxième facteur évoqué est « Extent ». Il désigne une stimulation qui s'étend dans le temps et dans l'espace (Bardwell, Kaplan & Slakter, 1993). 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. Cet espace doit constituer un tout cohérent plutôt que de multiples pièces n'ayant pas de relations entre elles. 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. 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. 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 qu'« 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 »<sup>27</sup>. Il est toutefois possible de se dire qu'une visite guidée pourrait permettre de réduire ces difficultés auprès de personnes non-familières des musées. 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>28</sup>.

Enfin l'ultime facteur est « Compatibility » et désigne le niveau de correspondance de l'environnement avec les attentes et intentions du visiteur (Bardwell, Kaplan & Slakter, 1993). 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 (Bardwell, Kaplan & Slakter, 1993). 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, l'immensité de certains musées 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 présents dans l'accessibilité : si une personne ayant des difficultés motrices ou étant fatiguée doit faire un effort supplémentaire pour accéder aux œuvres (en montant des marches

<sup>27</sup>. « 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 » (Bardwell, Kaplan & Slakter, 1993, p. 73).

<sup>28</sup>. *Ibid.*

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.

Il est important de rappeler qu'aucun de ces facteurs n'est absolu et que dans un environnement un facteur peut être plus fort qu'un autre. Cependant, « *plus l'environnement possède ces propriétés, et plus elles sont fortement représentées, plus l'environnement sera restaurateur* » (Bardwell, Kaplan & Slakter, 1993). Les auteurs ajoutent un facteur « bonus » qui peut influencer le potentiel restaurateur d'un environnement : la présence d'un composant esthétique. 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 accompagnées de tristesse et pour autant fonctionner dans le sens de la théorie de la restauration (Bardwell, Kaplan & Slakter, 1993). Ce qui est le plus déterminant, ce n'est pas à quel point une personne a apprécié les objets ou à quel point elle 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 vivre et gérer leur quotidien en évitant cette fatigue.

# LE MUSÉE, LIEU DE THÉRAPIE SOCIALE

---

## 1. Le musée comme lieu de réhabilitation psycho-sociale

### 1.1. 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. « 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 » (Paquier, 2011). 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 » (Paquier, 2011). En 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé conjointement à l'Association Mondiale de Réhabilitation Psychosociale définissent cette notion ainsi : « La réhabilitation psycho-sociale 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 »<sup>29</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 :

- 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 ;
- réduire la discrimination et la stigmatisation ;
- l'aide aux familles [des personnes] souffrant de troubles mentaux ;

---

<sup>29</sup>. « 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 impairment of their mental capacity which produces a certain level of disability » (Organisation Mondiale de la Santé, Psychosocial rehabilitation : a consensus statement, Division de la Santé Mentale, WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, 1996, p. 2).

- *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 »<sup>30</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.

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* » (Bassleer, Boulanger & Menozzi, 2014, p. 1). 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. 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>31</sup> à la fois en effectuant des actions qui peuvent avoir pour objectif de renforcer son sentiment « *d'auto efficacité* »<sup>32</sup> ou qui lui permettent d'apprendre à vivre avec la maladie, de relever le « *douloureux défi de devoir devenir "autrement le même"* »<sup>33</sup>. La notion d'empowerment inclut la notion de contrôle et est définie par l'OMS comme « *le processus par lequel les gens acquièrent le contrôle des facteurs et des décisions qui façonnent leurs vies* »<sup>34</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.

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>35</sup>. 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>36</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 eux s'y rendent seuls<sup>37</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.

## 1.2. 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*

**30.** « - *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 »*  
*ibid.* p. 3.

**31.** (Bassleer, Boulanger & Menozzi, 2014, p. 3).

**32.** *Ibid.* p. 4.

**33.** *Ibid.* p. 3.

**34.** « *the process by which people gain control over the factors and decisions that shape their lives* » (Organisation Mondiale de la Santé, *Track 1 : Community empowerment*).

**35.** (Paquier, 2011).

**36.** 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).

**37.** Extraits du cours du jeudi 19 novembre 2020, donné par le Dr. Emmanuel Gallet et M. Éric Vidal, du Diplôme Universitaire de Réhabilitation Psycho-Sociale, proposé conjointement par l'association Route Nouvelle et l'Université de l'Institut Catholique Toulousain, Annexe 1 du mémoire de recherche.

*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* » (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011, p. 16). 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 » (Ahade & Corato, 2018). 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.

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. « 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 lucidité »<sup>38</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 dans la société vraiment ça réveille en eux cette obligation sociale »<sup>39</sup>. Pour ces patients, par exemple, cela peut contribuer à maintenir une certaine mémoire des codes sociaux, et donc à réduire les troubles du comportement 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. De plus, le musée est à la fois dans la société et quelque peu différents des lieux quotidiens. Certains le qualifient de « tiers-lieu », ou troisième lieu (Eidelman, 2017), reprenant ainsi la notion de Ray Oldenburg dans *The Great Good place* (Oldenburg, 1999), un lieu entre le domicile et le monde professionnel qui permettrait aux communautés de se rencontrer et d'échanger (Nauleau, 2017). 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 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.

### 1.3. 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 « accessibles 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>40</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* (Bourdieu & Darbel, 1969) 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 (Labbé Le., 2019). 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.

<sup>38</sup>. « They adhere to a code of good behavior: visitors cannot destroy 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 » (Salom, 2008, p. 98).

<sup>39</sup>. Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020, Annexe 3 du mémoire de recherche.

<sup>40</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.

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 sont souvent dans des institutions excentrées et qu'ils sont donc « sorti[s] de la société [...], parqu[és], [...] cach[és] »<sup>41</sup>. La maladie, voire la différence physique, sont peu visibles dans nos espaces quotidiens. Cela peut 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 *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*, le stigmate 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 » (Goffman, 1975). 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 (Corrigan & Watson, 2002). 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. Le contact est efficace pour changer les attitudes individuelles de rejet des personnes malades. Or, la visite au musée est une source non négligeable de contact. Dans les visites effectuées au 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>42</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 ». 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. 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.

#### 1.4. 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>43</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>44</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>45</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.

<sup>41</sup>. Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020, Annexe 3 du mémoire de recherche.

<sup>42</sup>. Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, psychiatre à l'hôpital Gérard Marchant, le 24 février 2020, Annexe 2 du mémoire de recherche.

<sup>43</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 1 du mémoire de recherche.

<sup>44</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 1 du mémoire de recherche.

<sup>45</sup>. Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet *op.cit.* Annexe 2 du mémoire de recherche.

L'auto-stigmatisation a été associée à des conséquences psychologiques telles que la baisse de l'estime de soi, de l'*empowerment*, du sentiment d'auto-efficacité, et de l'espoir en termes de rétablissement (Brohan, Elgie, Sartorius & Thornicroft, 2010). 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. Chez les personnes atteintes de pathologies psychiatriques elle peut correspondre à une augmentation des symptômes et du risque dépressif.

Par la reconnaissance publique dont le musée bénéficie, et par sa place au sein de la société, il est une instance de légitimation et de reconnaissance (Eidelman, 2017). 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. 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.

## 2. Un lieu de communication et de valorisation de la parole

### 2.1. 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* » (Eidelman, 2017, p. 79) 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* » (Dierking, 1994).

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. Ils peuvent alors être utilisés comme des médiums prétextes à la communication et à l'échange. Dans le programme *Encountering the Unexpected*<sup>46</sup>, les objets de musée étaient utilisés dans le but de créer des discussions entre les participants. Marie Billyeard, qui accompagnait le projet en tant que *Service Manager* pour la prévention, fait remarquer à quel point ces objets encouragent la communication : « *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* »<sup>47</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 (Dodd & Jones, 2014). Les objets de musées sont des ouvertures sur d'autres pensées, « *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* »<sup>48</sup>. Les objets du musée peuvent ainsi évoquer des récits qui stimulent les conversations et peuvent amener les visiteurs à échanger d'autant plus sur leurs différents points de vue et manières 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* » (Dierking, 1994, p. 19).

<sup>46</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>47</sup>. « *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* » Billyeard M. citée dans Dodd & Jones, 2014, p. 30.

<sup>48</sup>. « *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* » (Camic & Chatterjee, 2013, p. 67).

Les visites autonomes permettent d'entretenir des conversations d'ordre personnel même si provoquées à partir d'éléments de l'exposition (Dierking, 1994). 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 ce qu'ils voient, 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.

## 2.2. 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 » (Serres, 2017). 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 (Baker, Harris, Holt-Lunstad & Smith, 2015). 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 (ce qui correspond aux deux grades les plus importants selon l'OMS<sup>49</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 (Gan, 2019).

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 » (Serres, 2017). C'est un véritable problème de santé publique, d'autant plus que, selon ce même rapport, le phénomène est en aggravation. Les personnes malades sont particulièrement enclines à être touchées par l'isolement social. 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 thérapeutiques. Laurence Paquier prend l'exemple 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 » (Paquier, 2011). 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.

## 2.3. 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>50</sup>. En 1985, Simon Baron-Cohen<sup>51</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 » (Labbé & Michel, 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. « Nous pouvons donc présenter la théorie de l'esprit comme la " capacité à penser la pensée d'autrui " et à s'y adapter » (Labbé & Michel, 2013). De nombreuses pathologies ou syndromes

<sup>49</sup>. Organisation Mondiale de la Santé, *Obesity and overweight*, 1<sup>er</sup> Avril 2020. En ligne : [https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/)

<sup>50</sup>. Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet, *op.cit.*, Annexe 2 du mémoire de recherche.

<sup>51</sup>. Dans : Baron-Cohen S., Leslie A. & Frith U. Does the autistic child have a « theory of mind ? », *Cognition*, Vol. 21, 1985, pp. 37-46.

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). 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 intellectuelle, 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 peut les lier à un sentiment de persécution ou mégalomanie etc. »<sup>52</sup>. Or, 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. Les musées conservent des artefacts, donc la plupart des visites peuvent intégrer 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. La visite au musée semble pouvoir soutenir le travail 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 (Hamil, 2016).

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 : « 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 chacun de nous a besoin en cours de route ? Qui prend les décisions ? Devons-nous négocier, concéder, confronter ou faire des compromis ? »<sup>53</sup>. Ces visites exigent donc de comprendre les intentions de l'autre et de les respecter. Cette coopération nécessaire qu'Andrée Salom décrit, requiert de nombreuses compétences qui sont liées à la théorie de l'esprit. 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 afin de vérifier cette hypothèse.

## 2.4. 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 (Epstein & Mittelman, 2009) faite suite au programme *Meet me at MoMA*<sup>54</sup>, un programme dédié aux personnes atteintes d'Alzheimer ou de démences, met en avant cet aspect dans ses conclusions : « 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

<sup>52</sup>. Entretien avec le Docteur Emmanuel Gallet op.cit., Annexe 2 du mémoire de recherche.

<sup>53</sup>. « I find that going to an exhibit with another person requires a lot of cooperation. Each programme 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? » (Salom, 2008, p. 100).

<sup>54</sup>. Cette étude a été faite auprès de 37 participants 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.

en soi »<sup>55</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 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. L'évaluation à remplir à la maison était l'occasion pour les participants de faire des remarques et suggestions et à la question « *Quel a été le meilleur aspect de votre visite ?* »<sup>56</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. « *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* »<sup>57</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. 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. Éric Vidal, médiateur au musée des Abattoirs de Toulouse qui accueille les patients de l'hôpital Marchant lors de visites, souligne qu'il adapte 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>58</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 permet 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>59</sup>. Elle propose également des partenariats avec les musées afin de leur proposer des parcours adaptés et des formations directement pour leurs médiateurs. 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. 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. 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>55</sup>. « *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* » (Epstein & Mittelman, 2009, p. 104).

<sup>56</sup>. « *What was the best thing about your visit?* » (Epstein & Mittelman, 2009, p. 102).

<sup>57</sup>. « *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* » (Epstein & Mittelman, 2009, pp. 104-105).

<sup>58</sup>. Extraits du cours du jeudi 19 novembre 2020, donné par le Dr. Emmanuel Gallet et M. Éric Vidal, du Diplôme Universitaire de Réhabilitation Psycho-Sociale, op.cit., Annexe 1 du mémoire de recherche.

<sup>59</sup>. Tel qu'indiqué sur le site de l'association ARTZ : <https://www.actionculturellealzheimer.org/rendre-les-musees-accessibles/>

# LE MUSÉE, LIEU D'ARTEFACTS

---

## 1. Le statut et la valeur de l'objet de musée

Les musées ont d'abord été conçus en vue d'accueillir des objets. S'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 centre des différentes définitions du musée. 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.

Il est admis que 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 (Dodd, Sandell & Scott, 2014). 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, parce qu'ils sont authentiques et correspondent à la notion 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) ») certains objets de musée créent un véritable lien physique et émotionnel avec les visiteurs (Desvallées & Mairesse, 2010). « *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* »<sup>60</sup>. Cet aspect des objets muséaux semble renforcer l'impact émotionnel qu'ils peuvent avoir sur le visiteur, or, les émotions peuvent avoir de véritables bénéfices 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.

Les objets muséaux vont au-delà de leur simple propriété matérielle. Les visiteurs peuvent entretenir des liens très personnels avec ces objets qui vont alors pouvoir évoquer leur identité (Farrier, Froggett, Hacking, Poursanidou & Sagan, 2011, p. 7) et dans lesquels ils pourront particulièrement se reconnaître. 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. On peut parfois être absorbé par l'objet : « *Être absorbé par un objet signifie ralentir, faire psychologiquement partie de lui et avoir une relation*

---

<sup>60</sup>. « *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* » (Wood, 2010, p. 4).

incarnée avec lui »<sup>61</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>62</sup>.

## 2. Matérialité de l'objet

### 2.1. Introduction à la matérialité de l'objet et lien intrinsèque

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 : « *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) »<sup>63</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. « *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, p. 45) »<sup>64</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.

### 2.2. 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 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) (Chatterjee, Noble & Vreeland, 2019). 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. 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. 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

---

61. « *Becoming absorbed by an object means slowing down, becoming psychically part of it, and having an embodied relation to it* », (Farrier, Frogett, Hacking, Poursanidou & Sagan, 2011, p.69).

62. Silverman L.H., *The therapeutic potential of museums as pathways to inclusion* in Sandell R. (dir.) *Museums, society, inequality*. Londres, New York : Routledge, 2002, 268 p.

63. « *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) » (Chatterjee & Noble, 2013, p. 41).

64. « *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 & Noble 2013, p. 45) » (Dodd, Sandell & Scott, 2014).

comme : « *Quel est cet objet selon vous ?* », « *Qu'est-ce que cela vous rappelle ?* », « *Pourquoi avez-vous choisi cet objet ?* »... 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 : « *Certains patients sont devenus très attachés aux objets du musée et hésitaient à les rendre* »<sup>65</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 identifié un toucher « *imaginatif* » 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 exploratoire permettant de mieux sentir et se concentrer sur la forme et la texture des objets. 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 puissantes qu'avec une simple visite : « *Pourtant, lorsqu'une collection contenait des objets anciens et exotiques, de nombreux visiteurs des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> 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* »<sup>66</sup>. Le lien de l'humain avec l'objet authentique, la vraie chose, est d'autant plus fort lorsqu'un contact physique est établi avec celui-ci. Ainsi, cela aide, en plus d'apporter un certain bien-être, à mieux faire le lien entre soi et les artefacts de musée : « *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* »<sup>67</sup>. Enfin, cette étude peut permettre d'avancer l'hypothèse selon laquelle la manipulation d'objets pourrait permettre de mieux les comprendre, et donc de faciliter et améliorer l'apport « *éducatif* » de ces sessions (Chatterjee, Noble & Vreeland, 2019). 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. 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 auprès de patients nécessitant des psychothérapies (Ander, Chatterjee, Lanceley, Menon & Thomson, 2012). Cependant, cette étude comporte également des limites notamment concernant le fait que les deux groupes comparés ne présentent pas le même nombre de 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 auteurs ont noté que le personnel hospitalier chargé de rapporter les améliorations suite aux sessions avait pu être biaisé dans ses observations. L'hypothèse que la manipulation d'objets muséaux améliorerait le bien-être des patients est à envisager sérieusement aux vues des conclusions encourageantes de quelques études faites sur le sujet. Cependant, les raisons pour lesquelles cela améliore le bien-être sont encore à explorer : « *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* »<sup>68</sup>.

Il est à noter que ce type d'intervention existe en France à l'aide « *d'artothèques tactiles* » qui se développent de plus en plus et permettent à des patients d'avoir accès à la matérialité des objets de musée<sup>69</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 cette recherche 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

<sup>65</sup>. « *Some patients became very attached to the museum objects and were reluctant to return them* », (Chatterjee, Noble & Vreeland, 2019, p. 167).

<sup>66</sup>. « *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* » (Classen, 2017, p. 903).

<sup>67</sup>. « *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* » Ibid.

<sup>68</sup>. « *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* » (Dodd & Jones, 2014, p. 26).

<sup>69</sup>. Entretien avec la Dr. Véronique Lefebvre des Noettes, psychiatre, et Natividad Alarcon, psychologue, le 14 février 2020, Annexe 3 du mémoire de recherche.

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.

### 3. L'objet muséal, à la rescousse de la mémoire

#### 3.1. Mémoire collective et temporalité

John Mack désigne les objets de musées comme des « *conteneurs de mémoire* »<sup>70</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>71</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. « *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* »<sup>72</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 histoire et ces cultures, la communauté humaine. C'est un des aspects que soulignent les auteurs de l'étude intitulée *Investigating the therapeutic potential of a heritage-object focused intervention : a qualitative study* (Balogun, Chatterjee, Johnson, Lanceley, Menon & Noble, 2011). 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. 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 « *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)* »<sup>73</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.

70. « *Containers of memory* » : Mack J. *The Museum of the Mind : Art and Memory in World Cultures*. Londres : The British Museum Press, 2003 cité dans Chatterjee H. et Noble G. *Museums, health and wellbeing*, op.cit., p. 39.

71. Bondil N. Manifeste pour un musée humaniste, in Bondil N. (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, Montréal : Musée des Beaux-Arts de Montréal, 2016, pp. 20-28.

72. « *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* » (Dodd & Jones, 2014, p. 26).

73. « *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)* » Ibid., p. 816.

Également, « 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 »<sup>74</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.

### 3.2. 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. « Lors de ces rencontres, les participants rapportent que les interactions avec les objets les aident à se rappeler des souvenirs et encouragent l'interactivité »<sup>75</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) Collaborative<sup>76</sup> au Wylie House Museum, une maison historique, « l'équipe a reconnu que les visiteurs réagissent souvent aux objets dans la maison en comparant ces objets et leur utilisation à des objets similaires d'aujourd'hui »<sup>77</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 une valeur thérapeutique (Chatterjee & Noble, 2013). L'objet de musée se révèle 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 : « 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) »<sup>78</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 (Hovarth, 2016), ce qui a été montré dans ce travail comme étant bénéfique pour les individus. Enfin c'est parler de soi : cela peut augmenter l'estime de soi qui est également bénéfique pour la santé.

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>74</sup>. « 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 health » (Wood, 2010, p. 4).

<sup>75</sup>. « During such encounters participants report that object interactions help them recall memories and encourage interactivity » (Camic & Chatterjee 2013, p. 67).

<sup>76</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 L.H. The therapeutic potential of museums as pathways to inclusion, in Sandell R. (dir.) *Museums, society, inequality*. Londres, New York : Routledge, 2002, 268 p.

<sup>77</sup>. « The team recognised that visitors often respond to artefacts in the house comparing them and their use to similar artefact of today » *Ibid.*, p. 69.

<sup>78</sup>. « 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) » (Silverman, 2010, p. 69).

## 4. La spécificité des œuvres d'art

Les œuvres d'art conservées dans les musées constituent des artefacts particuliers. Les mondes de l'art et de la santé sont entrés en interaction de nombreuses fois dans l'histoire. L'art-thérapie, qui consiste en un accompagnement thérapeutique par la création artistique, est aujourd'hui reconnue et se développe de plus en plus. Cependant, dans le cadre de la muséothérapie il ne s'agit pas tant de créer mais surtout de visiter et d'interagir avec ces artefacts. Or, des études en neurosciences affirment aujourd'hui que la contemplation d'objets de nature artistique active les circuits neuronaux de « récompense ». Ces circuits induisent des sentiments de plaisir et des pensées positives qui peuvent impacter la motivation à atteindre des objectifs (Erk, Galley, Spitzer, Walter & Wunderlich, 2003). Ils peuvent contribuer à une forme de bien-être et donc constituer un soutien thérapeutique. On peut citer l'étude intitulée *Art for reward's sake: Visual art recruits the ventral striatum* et publiée dans *Neuroimage* en 2010 (Anderson, Deshpande, Hu, Hagtvedt, Lacey, Patrick, Reddy, Sathian, Sato et Stilla, 2011). 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 (Anderson, Deshpande, Hu, Hagtvedt, Lacey, Patrick, Reddy, Sathian, Sato et Stilla, 2011). 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 : « *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 " »*<sup>79</sup>. Cette découverte peut être importante et suggérer que l'art a un rôle dans l'évolution de l'homme concernant des mécanismes alors essentiels à sa survie et à la perpétuité de son espèce. 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, stimulations de réseaux cérébraux spécifiques...)* » (Platel, 2017). 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. Si tous les artefacts de musée semblent pouvoir être utilisés dans des programmes de muséothérapie et apporter des bénéfices thérapeutiques, les objets de nature artistique semblent pouvoir apporter des bénéfices particuliers supplémentaires.

---

<sup>79</sup>. « *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 " »* (Anderson, Deshpande, Hu, Hagtvedt, Lacey, Patrick, Reddy, Sathian, Sato et Stilla, 2011, p. 430).

# 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 encouragent 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.

Ensuite, en tant que lieu public il présente un certain nombre de qualités, notamment dans le cadre de réhabilitations psycho-sociales, 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 par leur matérialité ou ce qu'ils représentent, créent une relation particulière avec le spectateur. Ils peuvent ainsi encourager la communication ou les processus de réminiscence. Ces objets sont parfois de nature artistique et peuvent activer des zones du cerveau, comme les circuits de la récompense, qui sont bénéfiques au bien-être.

Ces potentiels thérapeutiques ne concernent pas seulement des pathologies psychiatriques ou neuro-dégénératives. 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. 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. C'est grâce au dialogue et à la collaboration de ces deux mondes que la muséothérapie peut 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. 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 cette recherche, 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 travail entend réellement ouvrir des pistes pour de futures recherches. 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

---

Ahade S. & Corato C. Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales pour les personnes présentant un TSA, *Le Journal des psychologues*, n°1, vol. 353, 2018, pp. 34-39.

Ander E.E., Chatterjee H., Lanceley A., Menon U. & Thomson L.J.M. Quantitative evidence for wellbeing benefits from a heritage-in-health intervention with hospital patients, *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*, n°2, vol. 17, 2012, pp. 63-79.

Anderson A., Deshpande G., Hu X., Hagtvedt S., Lacey S., Patrick V.M., Reddy S., Sathian K., Sato J.R. & Stilla R. Art for reward's sake: Visual art recruits the ventral striatum, *NeuroImage*, vol. 55, mars 2011, pp. 420-433.

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health promotion international*, Vol. 11, n°1, Oxford University Press, 1996.

Arts Council England *The power of art visual arts : evidence of impact, partie 2*. Londres : Arts Council England, 28 juin 2006, accessible en ligne : <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>

Baghdadli A. & Brisot-Dubois J. *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme, Guide pour les intervenants*. Paris : Elsevier Masson, 2011, 136 p.

Baker M., Harris T., Holt-Lunstad J., Smith T.B. & Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review, *Perspectives on Psychological Science*, vol. 10, mars 2015, pp. 227-237.

Balogun N., Chatterjee H., Johnson M., Lanceley A., Menon U. & Noble G. Investigating the therapeutic potential of a heritage-object focused intervention: a qualitative study, *Journal of health psychology*, n°6, vol. 17, novembre 2011, pp. 809-820.

Bardwell L.V., Kaplan S. & Slakter D.B. The museum as a restorative environment, *Environment and Behavior*, n°6, vol. 25, 1993, pp. 725-742.

Bassleer B., Boulanger J.M. & Menozzi C. *L'empowerment des patients : pourquoi et comment*. CHU de Liège, 2014.

Bauer G.F., Eriksson M., Espnes G.A., Lindström B., Mittelmark M.B., Pelikan J.M. & Sagy S. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham : Springer, 2017.

- Bedford L., Chatterjee H. & Desmarais S. *Museums as spaces for well being : A Second Report from the National Alliance for Museums, Health and Wellbeing*. Arts Council England, 2018.
- Bondil N. (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*. Montréal : Musée des Beaux Arts de Montréal, 2016.
- Bourdieu P. & Darbel A. *L'amour de l'art. Les musées d'art européens et leur public*. Paris : Les éditions de Minuit, Le sens commun, 1969, 2<sup>e</sup> édition.
- Brohan E., Elgie R., Sartorius N. & Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries, *The GAMIAN-Europe study, Schizophrenia research*, vol. 122, 2010, pp. 232-238.
- Camic P. & Chatterjee H. Museums and art galleries as partners for public health interventions, *Perspectives in public health*, vol. 133, janvier 2013, pp. 66-91.
- Carvunis J. *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*, mémoire de stage de M2 sous la direction de F. Leseur, Paris : École du Louvre, 2017.
- Channon B. *Happy by design, A Guide to Architecture and Mental Wellbeing*. Londres : Riba publishing, juillet 2019, 224 p.
- Chatterjee H. & Noble G. *Museums, health and wellbeing*. Londres : Ashgate, 2013.
- Chatterjee H., Noble G. & Vreeland S. Museopathy: Exploring the Healing Potential of Handling Museum Objects, *Museum and Society*, n°7, Londres : University College, novembre 2009, pp. 164-177.
- Cimprich B.E. *Attentional fatigue and restoration in individuals with cancer*, Degree of Doctor of Philosophy (Nursing), The University of Michigan, Ann Arbor (Michigan), 1990, 211 p.
- Classen C. Museum Manners : The sensory life of the early museum, *Journal of social history*, n°4, vol. 40, juillet 2007, pp. 895-914.
- Corrigan P. & Watson A. The impact of stigma on people with mental illness, *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*, vol. 1, 2002, pp. 16-20.
- Craen A.J.M., De Vries L.A. & Kleijnen J. Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness, *British Medical Journal (BMJ)*, n°7072, vol. 313, 1996, pp. 1624-1626.
- Deane K., Carman M. & Fitch M. Le rapprochement entre l'art-thérapie et l'éducation muséale dans le contexte du vécu du cancer, *Canadian Oncology Nursing Journal*, n°10, 2000, pp. 143-146.
- 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.
- Després O., Dufour A. & Lithfous S. Les déficits de l'attention spatiale, in Masson E. *Le vieillissement neurodégénératif : méthodes de diagnostic différentiel, Cognition et orientation spatiales*. Paris : Elsevier Masson, 2018, 164 p., pp. 61-80.
- Desvallées A. (dir.) & Mairesse F. (dir.) *Concepts clés de muséologie, ICOM*. Paris : Armand Colin, 2010.
- Dierking L.D. Rôle de l'interaction sociale dans l'expérience muséale, *Culture & Musée*, n°5, L'interaction sociale au musée, sous la dir. de Uzzell D.L., 1994, pp. 19-43.
- Dodd J. & Jones C. *Mind, body, spirit : How museums impact health and wellbeing*. University of Leicester, Research Centre for Museums and Galleries, juin 2014.
- Dodd J., Sandell R. & Scott C. *Cultural Value : User value of museums and galleries: a critical view of the literature*. Arts & Humanities Research Council, University of Leicester, 2014.

Eidelman J. (dir.) *Inventer des musées pour demain, Rapport de la mission musée XXI<sup>e</sup> siècle*. Paris : La documentation française, mars 2017, 250 p.

Epnes G.A., Lillefiell M. & Maass R. The Application of Salutogenesis in Cities and Towns, in Bauer G.F., Eriksson M., Espnes G.A., Lindström B., Mittelmark M.B., Pelikan J.M. & Sagy S. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham : Springer, 2017, pp. 171-179.

Epstein C. & Mittelman M. *Research, MoMA Alzheimer's Project : Making Art Accessible to People with Dementia*. New York University Center of Excellence for Brain Aging and Dementia, 2009.

Erk S., Galley L., Spitzer M., Walter H. & Wunderlich A. Cultural objects modulate reward circuitry, *NeuroReport*, vol. 13, janvier 2003, pp. 2499-2503.

Farrier A., Froggett L., Hacking S., Poursanidou K. & Sagan O. *Who cares ? Museums, Health and Wellbeing Research project, A Study of the Renaissance North West Programme*. University of Central Lancashire, mars 2011.

Gan L. *Museums : they're good for your health*. Health and Wellbeing, University of Melbourne, 2019.

Goffman E. *Stigmates : les usages sociaux des handicaps*. Paris : éditions de minuit, 1975.

Golembievsky J. Start making sense applying a salutogenic model to architectural design for psychiatric care, *Facilities*, n°28, 2010, pp. 100-117.

Hamil S. *The Art Museum as a Therapeutic Space*. Thèse de doctorat en philosophie, Lesley University, mai 2016.

Howarth L.C. *Objects, Memory, Identity, Voice, Proceedings of the Annual Conference of CAIS*. Toronto : University of Toronto, 2016.

<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>

International Council of Museums (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.

Labbé La. & Michel L. *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, sous la dir. de Copeaux C. et Duboël N., septembre 2013.

Labbé Le. *Le musée, outil d'inclusion sociale ? , L'impact du partenariat entre le musée des Augustins de Toulouse et l'association Sozinho*. Mémoire d'étude, École du Louvre, sous la dir. de O'Neill M.C., 2019.

Nauleau M. *Musée + Art thérapie = Muséothérapie ? , Une alliance controversée, Regards croisés : France, Royaume-Uni, Canada, États-Unis*. Mémoire de recherche, École du Louvre, sous la dir. de Mairesse F. Paris : École du Louvre, 2017.

Nightingale F. *Notes on nursing, What it is, and what it is not*. New York : D. Appleton and Company, 1860.

Oldenburg R. *The Great Good Place, Cafes, Coffee Shops, Bookstores, Bars, Hair Salons, and Other Hangouts at the Heart of a Community*. Boston : De Capo Press, 1999, 3<sup>e</sup> édition, 384 p.

Organisation Mondiale de la Santé *Médecine traditionnelle : définitions*. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2000.

Organisation Mondiale de la Santé *Track 1 : Community empowerment*. Health Promotion. En ligne : <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>

Organisation Mondiale de la Santé *Psychosocial rehabilitation : a consensus statement*. Division de la Santé Mentale, WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness, 1996.

- Paquier L. Les sorties culturelles à visée thérapeutique, *Le Journal des Psychologues*, n°289, 2011, pp. 43-47.
- Platel H. L'étude du cerveau nous aide-t-elle à mieux comprendre l'impact de l'art sur nos vies ?, *Nectart*, n°1, vol. 4, 2017.
- Roy M. Pour une promotion de la santé : La salutogenèse, *Spiritualitésanté*, n°6, janvier 2013, pp. 44-47.
- Salom A. The therapeutic potentials of a museums visit, *International Journal of Transpersonal Studies*, n°13, vol. 27, 2008, pp. 98-103.
- Sandell R. (dir.) *Museums, society, inequality*. Londres, New York : Routledge, 2002, 268 p.
- Serres J.-F. *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*. Paris : Les éditions des journaux officiels, Les avis du CESE, Enquête CESE, juin 2017.
- Silverman L.H. *The Social Work of Museums*. Londres : Routledge, 2010, 212 p.
- Towery C. Salutogenic design : building better health, *Owners perspective*, 30 août 2012. En ligne : <https://ownersperspective.org/salutogenic-design-building-better-health/>
- Ulrich R. View through a window may influence recovery from surgery, *Science, New Series*, n°224, 27 avril 1984.
- Wood C. *Museums of the mind : Mental Health, Emotional Wellbeing and Museums, Summary*. Culture unlimited, Nicola Nuttal, décembre 2010.

### Sites internet

- Projet *Meet me* au MoMA : <https://www.moma.org/visit/accessibility/meetme/>
- 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>



