

le cnam



Diplôme inter-universitaire Philosophie, Éthique, Design dans les domaines de la Santé et du Soins

Promotion 2025-2026

Sous la responsabilité de Cynthia FLEURY-PERKINS et Antoine FENOGLIO

**(Re) Connaître les stigmatisations : de la nécessité de
penser et d'organiser la participation de tous les
acteurs pour mieux créer du commun dans l'espace
public du musée**

Julien Rousset



Jeanne de Bussac



Isabelle Mangola

Julia Midelet

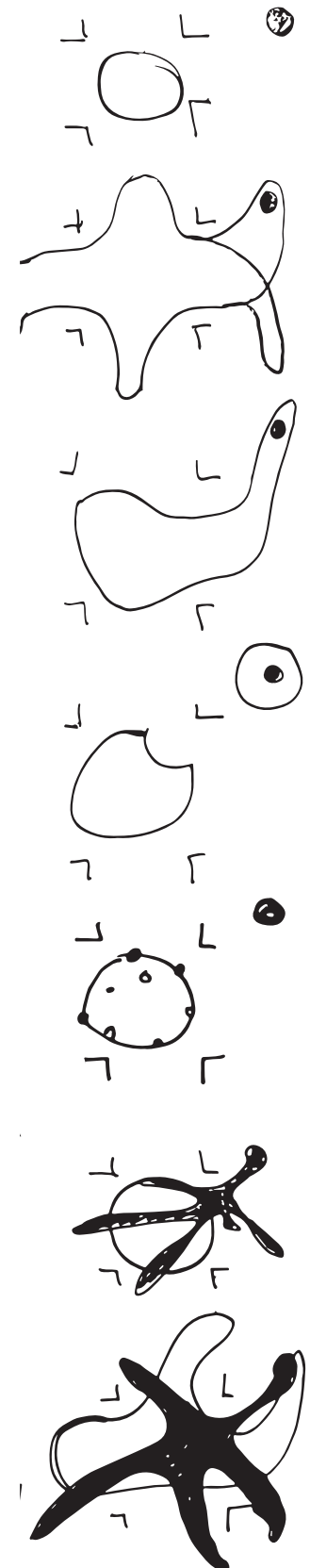


Table des matières

PARTIE 1 - REVUE DE LITTÉRATURE..... 3

Introduction..... 3

1. Santé Mentale 3

1.1 Santé mentale: Définition(s) 3

1.2 Santé Mentale: Quelques chiffres 5

2. Stigmatisation 5

2.1. Stigmatisation: historique et rôle social 5

2.2 Stigmatisation et santé mentale 7

Intermède : Santé mentale et Art(s): Quels (r)apports ?..... 9

3. Le Musée..... 10

3.1 (R) évolutions 10

3.2 Politique Culture et Santé..... 11

Eléments de débat 12

Introduction..... 14

1. Un cadre d’analyse pour revisiter les terrains..... 14

1.1 L’expérience muséale pourvoyeuse de care sous conditions 14

1.2 De la participation fictive à la prise de pouvoir: un juste milieu pour créer du commun au musée..... 15

2. Ateliers d’Art-thérapie 18

2.1 Art-thérapie – Séance du 10/02/2026..... 18

2.2 Art-thérapie - séance du 10/02/2026 20

2.3 Fiche action..... 23

Conclusion : la participation comme variable permettant l’instauration d’un climat de soin 24

Bibliographie..... 26

Autres pistes bibliographiques repérées..... 28

Nous avons souhaité mettre en marge et en image le présent texte, pour créer une résonnance et une lecture autre de notre propos.

Dans la version pdf, les pages sont en miroir avec le texte, alors que dans la version papier, les pages de droite pourront être feuilletées au rythme souhaité.

Images et dessins comme discours commun, illustrations de concept ou climat de soin ?

PARTIE 1 - REVUE DE LITTÉRATURE

Introduction

Alors que les maladies mentales représentent la première cause de handicap dans le monde (2), près de 13 millions de Français présentent un trouble psychique (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023), dont 3 millions un trouble sévère avec une nette majoration notamment chez les jeunes depuis le COVID. Aujourd'hui, la santé mentale s'inscrit socialement comme un enjeu de santé publique et a été déclarée « Grande Cause Nationale 2025 » et se poursuit pour l'année 2026¹.

Parmi les mesures de prévention étudiées, la lutte contre le manque d'information à propos des troubles psychiques ainsi que les stigmatisations qui peuvent en découler représentent des axes de travail prioritaires (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023) devant permettre une amélioration des conditions de vie des citoyens concernés ainsi que de leur inclusion sociale afin de rendre possible l'exercice de leurs droits dans le respect de leur dignité (Zayts-Spence O, Edmonds D, Fortune Z., 2023).

Inscrits en tant qu'étudiants dans le cadre du DU « Philosophie, Éthique et Design en Santé », nous avons été amenés à questionner et enrichir notre réflexion sur la nécessité de créer des espaces communs afin d'habiter collectivement le monde dans la prise en compte et le respect de chacun de ses membres. C'est à travers l'appréhension de ce que recouvre le concept de « climat de soin » (Fleury, C., Fenoglio, A., 2022) que nous avons pu étendre nos réflexions au sein du musée Carnavalet/Histoire de Paris, qui ambitionne de participer à cette cause nationale en cherchant, notamment, à lutter contre différentes formes de stigmatisations.

1. Santé Mentale

1.1 Santé mentale: Définition(s)

Sur le plan international, l'OMS définit la santé mentale comme « *un état de bien-être qui permet d'affronter le stress de la vie, de s'épanouir, d'apprendre, de travailler et de contribuer à sa communauté*² ». En France, Santé Publique France précise que la santé mentale peut se décliner selon trois dimensions allant de son aspect le plus positif à son aspect dégradé : (A) Santé mentale positive englobant l'épanouissement personnel, le bien-

13 millions de Français



stigmaté

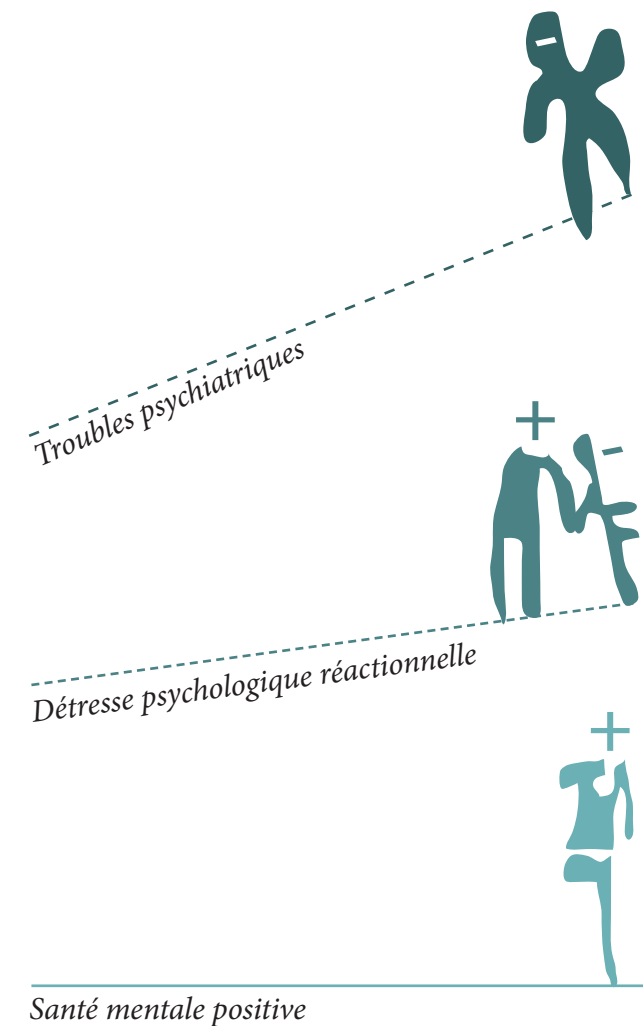
¹ <https://www.info.gouv.fr/actualite/la-sante-mentale-grande-cause-nationale-2026> [Consulté le 03/03/2026]

² <https://www.un.org/fr/global-issues/mental-health> [Consulté le 03/03/2026]

être, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu ; (B) Détresse psychologique réactionnelle pouvant apparaître à la suite d'événements de vie difficile, sans être forcément révélateurs d'un trouble mental. En général temporaire, une telle détresse mal accompagnée peut se pérenniser et aggraver les difficultés sociales; (C) Troubles psychiatriques de durée variable, plus ou moins sévère, plus ou moins handicapants, nécessitant une prise en charge médicale.

Mais en réalité, qu'est-ce qu'une personne ayant des troubles psychiques ? Est-ce pertinent d'assimiler une personne ayant une maladie mentale à une personne « handicapée » ? Certaines périodes antérieures au XXème siècle n'établissant pas clairement de différenciation entre le champ « de la folie » et celui « de la déficience intellectuelle » (Dubourg, N., Brégain, G., Bertin, F., 2026, p. 15) . Ou la différence, dans le choix de la dénomination, suggère-t-elle une problématique moins « organiquement ancrée » ? Est-ce que la maladie mentale et les troubles psychiques s'accompagnent nécessairement d'un état de souffrance qui ne peut susciter que la compassion ? Ou est-ce que la vie d'une personne atteinte d'autisme, de schizophrénie ou de psychose hallucinatoire chronique pourrait s'avérer inspirante, séduisante, agréable ? Ces questions nombreuses, et pourtant non exhaustives, sur le champ que recouvre notre sujet imposent d'emblée la plus grande prudence.

Au-delà du consensus autour de la définition de l'OMS, certains auteurs ont pu suggérer que le corollaire entre santé mentale et bien être recouvre un point de vue qu'il s'agit de déconstruire. Wren-Lewis et Alexandrova (2021) remarquent que, bien que la définition de l'OMS soit remarquable à plus d'un titre, elle suggère un standard dans lequel l'individu est invité à se réaliser totalement aussi bien dans la dimension productive de son travail que dans sa participation à la vie collective. Cette définition, parce qu'elle édicte un idéal difficile à atteindre, peut être vécue comme intimidante. En effet, si on la prend dans son sens littéral, peu d'individu(e)s, même celles ou ceux se considérant comme sain(e)s, parviennent à remplir ces critères. Enfin, elle impose un cadre de représentations dans lequel le stress de la vie quotidienne, la productivité dans le monde du travail ou la contribution à la communauté ne sont pas questionnés comme porteurs de sens mais au contraire investis dans une perspective utilitariste. Pour autant, ces auteurs n'envisagent pas non plus que l'absence de maladie mentale diagnostiquée suffirait à définir l'état de santé mentale. Ils font valoir que cette définition serait trop limitée, peu exigeante et embrasserait une vision trop *psychiatisante* de la santé mentale. Après avoir rappelé la position du philosophe Keller (2017) qui soulignait que la nature du bien-être se fonde sur



Trois dimensions de la santé mentale, allant de son aspect le plus positif à son aspect dégradé.
(Santé Publique France)

+

inspirant?
souffrance?
agréable?
compassion?

L'absence de maladie mentale diagnostiquée
suffirait-elle à définir l'état de santé mentale?

une réflexion éthique et personnelle qui admet une grande diversité d'incarnations, ils proposent d'envisager la santé mentale comme un besoin primaire, corollaire indispensable à l'exploration de sa propre norme de vie. Par conséquent, la définition de la santé mentale est controversée, d'autant plus que la fluctuation et le caractère transitoire des états mentaux compliquent cette entreprise.

1.2 Santé Mentale: Quelques chiffres

Aujourd'hui, 25% des Français seront confrontés à un trouble mental au cours de leur vie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023), et 20% d'entre eux à la dépression (Corrigan, 2004). En outre, 1 Français sur 4 consomme des psychotropes et le suicide est la première cause de mortalité des 15 – 35 ans, soit un des taux les plus élevés en Europe (Zayts-Spence O, Edmonds D, Fortune Z., 2023). Les pathologies mentales occupent le 1er poste de dépenses de l'Assurance Maladie, devant les cancers et les maladies cardiovasculaires. La France n'est pas un cas isolé, nombre de rapports font état de données similaires (Office of the US Surgeon General, 2023).

Pourtant, malgré l'ampleur de ces chiffres, une enquête IPSOS (2014) révèle que pour un Français sur deux, la méconnaissance sur le sujet est manifeste. Ainsi, la représentation des maladies mentales est souvent associée à la violence, l'imprévisibilité. Les soins psychiatriques sont quant à eux associés à l'asile, l'internement de force ou l'absence de guérison. Les résultats de l'enquête sont édifiants : 50 % des personnes interrogées seraient gênées de vivre sous le même toit qu'une personne porteuse de trouble mental, et 30 % de partager un repas avec une telle personne ; 46 % des personnes interrogées citent dans le champ de la santé mentale des maladies neurologiques comme la maladie d'Alzheimer, la trisomie, ou la maladie de Parkinson. La question de la représentation de la pathologie mentale dans l'inconscient collectif mérite également de s'y arrêter : 42 % parlent de folie (70 % cautionnent des stéréotypes, 45 % de dangerosité pour la société, 71 % de dangerosité pour soi !) et près 54 % de dépendance et de nécessité d'assistance pour la socialisation (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023).

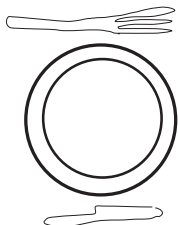
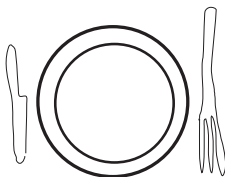
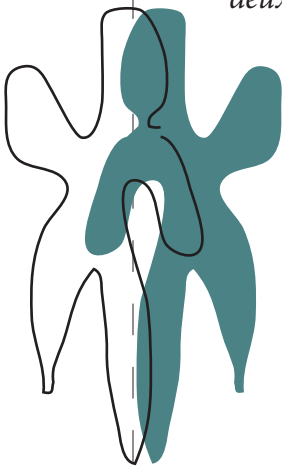
2. Stigmatisation

2.1. Stigmatisation: historique et rôle social

Prenant appui sur les propos de Bertini, nous pouvons préciser que la stigmatisation telle que nous l'entendons de nos jours, est une " idée neuve " : le mot n'apparaît qu'en 1845. Tout commence avec trois lettres : **STI**, avec d'un côté **STigmatias** en grec ancien,



Selon une enquête IPSOS (2014), un Français sur deux méconnaît le sujet de la maladie mentale.



50 % des personnes interrogées seraient gênées de vivre sous le même toit qu'une personne porteuse de trouble mental

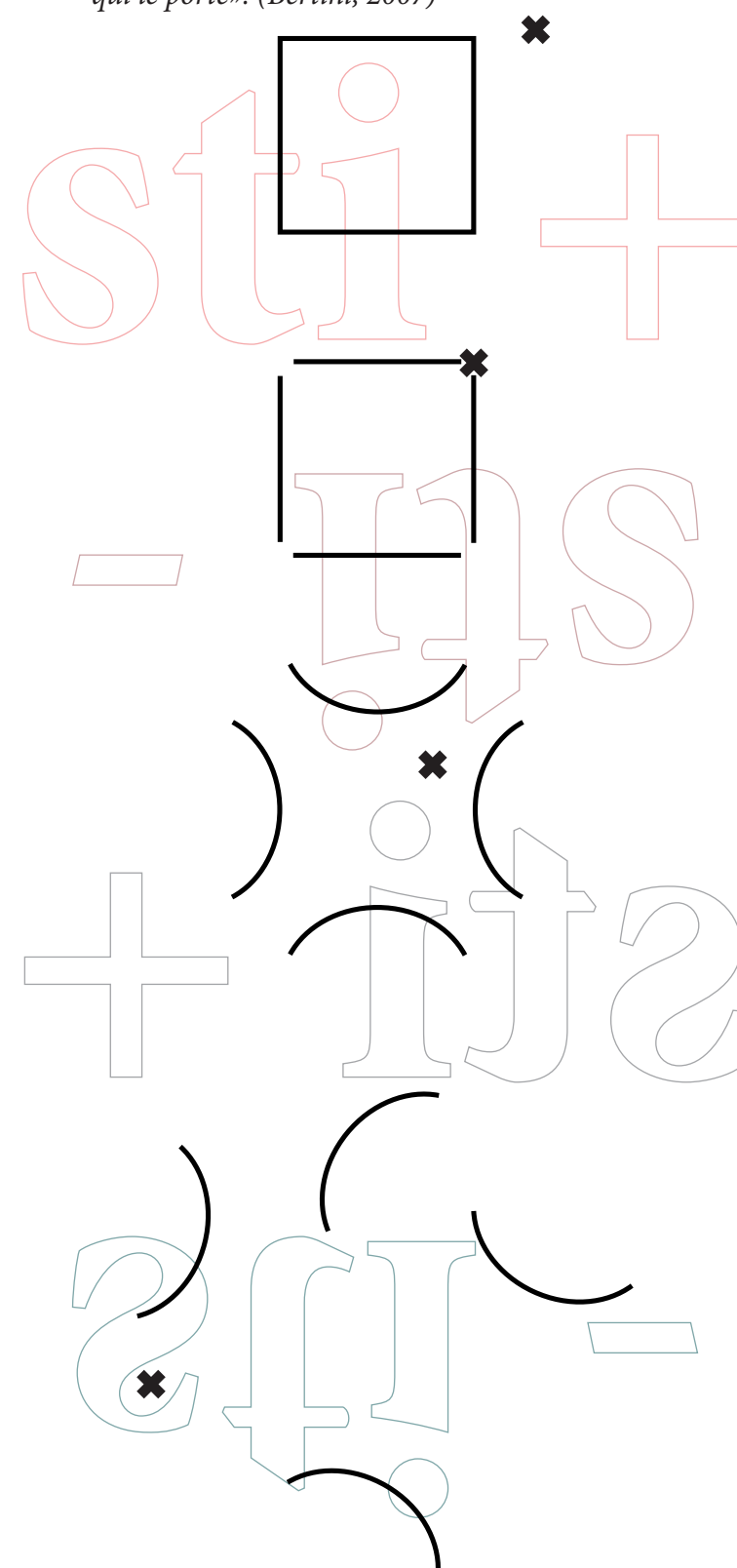
30 % de partager un repas avec une telle personne



désignant les marques, signe d'infamie, imprimées au fer rouge sur les "mauvais esclaves". De l'autre *diSTIngo* qui signifie différencier, dans le sens de reconnaître (qui donnera plus tard " *Etiquette* " en français). " *Stigmate* " évoque le tracé fondateur organisant le monde en un dedans adossé à un dehors qu'il englobe et le déborde. Le stigmate, « *dès l'origine, se renverse à chaque instant dans son exact opposé : à la fois marque d'infamie, mais aussi distinction, selon le côté où l'on se place, il fait honte ou honneur à celui qui le porte* " (Bertini, 2007). Le stigmate serait nécessaire à l'organisation sociale comme outil « *cognitif de différenciation, de classification, de rationalisation. En ce sens, il est erroné de croire que l'acte de stigmatiser soit nécessairement lié à l'ignorance. Il apparaît ici, au contraire, finement lié au processus de construction de nos connaissances* ». De ce fait, le stigmate, par l'usage politique qui en est fait, désigne le " *sublime effrayant* ", cela même qui permet aux humains de se rassembler autour de ce qui déplaît unanimement (Sloterdijk, 2000). Et c'est bien le cas de la maladie mentale !

La stigmatisation nous permet de comprendre ce qu'est « faire société », puisque toute relation sociale est " *le résultat d'un processus de séparation et de liaison* " (Simmel, 1988). En matière de santé mentale, la stigmatisation révèle une angoisse sociale archaïque. En effet, le stigmate autorise celui qui ne le porte pas à se considérer comme sujet sain : la mise à l'écart des malades mentaux est alors fondatrice de l'ordre social, permettant au groupe de se constituer en opposition à elle. Il semble alors, fort heureusement, que quel que soit l'objet de cette stigmatisation, « *seul le processus est important parce que fondateur* » (Bertini, 2007). Attention cependant, comme le suggère l'auteur, à ce que la lutte contre la stigmatisation, tout comme la stigmatisation elle-même, ne soit pas également un moyen de se protéger plutôt que de reconnaître les différences en tant que telles. Il est en effet tout à fait possible de " *refouler les propos stigmatisants, sans toucher en rien aux valeurs : les interdictions normatives sont en fait des interdictions de dire, non des influences sur la pensée* " (Benoist, 2007), raison pour laquelle il est important d'identifier les logiques à l'œuvre dans le phénomène de stigmatisation. Ainsi comme le souligne Benoist (2007) : « *La question de la stigmatisation n'est jamais neutre [...]. Car le seul fait de la percevoir n'est ni de l'ordre de l'entendement ni de celui de la connaissance, mais de celui d'une forme particulière de conscience, sans laquelle elle demeure invisible* ». Pour le résumer avec les mots de Blanchot à propos des travaux de Foucault, il s'agit « *de ces gestes obscurs, nécessairement oubliés dès qu'accomplis, par lesquels une culture rejette quelque chose qui sera pour elle l'Extérieur* ». La stigmatisation est donc à la fois quelque chose d'évident et de caché. Le stigmate structure le corps social mais il le configure dans une grammaire

Le stigmate, « dès l'origine, se renverse à chaque instant dans son exact opposé : à la fois marque d'infamie, mais aussi distinction, selon le côté où l'on se place, il fait honte ou honneur à celui qui le porte ». (Bertini, 2007)



Ces gestes obscurs, nécessairement oubliés dès qu'accomplis, par lesquels une culture rejette quelque chose qui sera pour elle l'Extérieur. (Blanchot à propos des travaux de Foucault)

négative. Il fixe ce qui est socialement acceptable, il donne une identité au groupe mais sans que sa positivité n'ait besoin de s'affirmer. Le stigmat devient ainsi le corolaire d'une normativité archaïque : celle qui n'a pas besoin de se dire pour exister.

2.2 Stigmatisation et santé mentale

Comme le décrit le sociologue Goffman (1975), « *le stigmat est un attribut profondément discréditant, qui réduit son porteur d'une personne lambda à une personne déconsidérée* ». Les stigmatisations, en s'attaquant à l'estime que les personnes ont d'eux-mêmes (INSPQ, 2018), les détournent d'aides ou de dispositifs conçus spécifiquement pour elles. De surcroît, les stigmatisations ont tendance à diminuer, chez les personnes qui en sont victimes, les appels à l'aide et entravent ainsi l'accès aux soins. Il en résulte une plus mauvaise prise en charge des troubles psychiques dont elles souffrent avec, à terme, un risque d'aggravation de leur état de santé (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023). Inversement, l'absence de stigmatisation et la bonne intégration dans le tissu social a un impact positif significatif sur le rétablissement des patients (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023 ; Métropole, 2022).

Selon les auteurs, différents éléments semblent se distinguer dans la construction de la stigmatisation. Pour Jabouri et al. (2022), ayant étudié notamment le phénomène de stigmatisation de la maladie mentale chez les soignants, on retrouve à l'origine des problèmes de connaissance (ignorance), des problèmes d'attitude (préjugés) et des problèmes de comportement (discrimination). Pour Benoist (2007), il s'agit de : la peur devant ce qui menace ou est perçu comme tel, l'anomalie, " *l'étrangeté de l'étranger* " confrontant l'individu au fait que ce qu'il croyait absolu n'est que relatif, menaçant de le dépouiller de ce qui lui est propre ; la régulation sociale actant que les stéréotypes ont à la fois un fondement (absence de réflexion sur ce qui est dénoncé), et une fonction.

Tout se passe comme si chaque indice devenait un indicateur, assorti de menaces potentielles pensées non plus comme une probabilité mais comme une certitude (ex : « *fou = toujours violent, schizophrène = imprévisible* » (Corrigan, 2004). Comme le souligne Benoist (2007), la lutte contre la stigmatisation pourrait alors s'imaginer dans une logique analogue, mais avec une conclusion opposée : *discours du « jamais » opposé à celui du « toujours »*. Cette binarité de la pensée s'applique également parfaitement dans le temps : toute empreinte devient indélébile, comme si l'événement passé était révélateur d'une « *essence* ». Il est alors capital de parvenir à changer le regard, tout en gardant à l'esprit que



Dimitris Pikionis, Acropole, 1965

L'anomalie, « l'étrangeté de l'étranger ».



Musée Carnavalet, 2026

Toute empreinte devient indélébile, comme si l'événement passé était révélateur d'une « essence ».
(Benoist, 2007)

" regarder autrement est d'abord insistance sur le fait de regarder, sans aucune garantie quant à la nature du regard attiré " (Benoist, 2007).

En effet comme l'a analysé Desclaux (2003), « la limite est parfois ténue et mouvante entre une attention particularisante qui favorise la prise en compte des spécificités et une distinction qui offre un substrat à la stigmatisation ». Alors que la stigmatisation, peu importe le motif, a déjà tendance à accabler des sujets sains sur le plan psychique, elle entrave par ailleurs le recours aux soins des sujets vulnérables : « *Déstigmatiser fait donc partie de l'arsenal préventif et thérapeutique. Bien plus, le soin va désormais au-delà de la maladie, il ne s'agit plus seulement de combattre le mal, mais de rendre le malade à la société et la société au malade* » (Benoist, 2007). L'un des moyens reste *in fine* d'intégrer ce qui était perçu comme un stigmaté, non plus comme tel, mais comme une simple variation au sein d'une même humanité, à la façon dont le conçoit Gauchet (2022) « *l'intégration de la folie sous le signe de la ressemblance, son incorporation dans la définition même de l'humain, enlève désormais toute légitimité à la discrimination* ». On comprend mieux la nécessité, voire l'urgence, de développer l'information auprès de nos concitoyens, par ailleurs majoritairement conscients de leur méconnaissance du sujet (79 %) et désireux de changer de regard sur les troubles mentaux, pour 58% d'entre eux (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023). Ce d'autant que l'internalisation de la stigmatisation et la baisse de l'estime de soi augmentent de façon dramatique le risque suicidaire (5) : +89 % pour les patients, +97 % pour les aidants selon le Baromètre Opinion Way datant de 2018) (Letarte, 2017).

Pour autant, il n'est pas totalement superflu d'engager cette discussion ni de rappeler que les représentations associées à la maladie mentale prennent racine dans des discours, des mythes ou des nosologies qui ont varié selon les époques. Dans son histoire de la folie à l'âge classique, Foucault interroge cette construction (1976): « *La psychiatrie positive du XIX^{ème} siècle, et la nôtre aussi, si elles ont renoncé aux pratiques, si elles ont laissé de côté les connaissances du XVIII^{ème}, ont hérité secrètement de tous ces rapports que la culture classique dans son ensemble avait instauré avec la déraison ; elles les ont modifiés ; elles les ont déplacés ; elles ont cru parler de la seule folie dans son objectivité pathologique ; malgré elles, elles avaient affaire à une folie toute habitée encore par l'éthique de la déraison et le scandale de l'animalité* ».

On le comprend, les représentations de la maladie mentale ne se sont jamais réellement départies de cette figure du fou : bouffon pathétique, insensé(e) à l'idiotie géniale, débauché(e) insatiable dont Le Louvre, dans une exposition récente, a tenté de broser les

Alors que la stigmatisation, peu importe le motif, a déjà tendance à accabler des sujets sains sur le plan psychique, elle entrave par ailleurs le recours aux soins des sujets vulnérables.



Niveau -1 et toilettes ateliers pédagogiques. Musée Carnavalet, 2026.

Quelles traces ?

La matérialité d'une rénovation montre déjà les stigmates d'une époque nouvelle.

Quelles représentations recherchons nous ?

Le patrimoine comme folie ?

L'entretien de la folie.

Quel climat de soin pour ceux qui ménagent ces espaces ?

Le musée à l'écoute de ses propres vulnérabilités ?

différents portraits (2024). Pour le résumer brièvement : le fou sera toujours cet autre dont la pensée m'apparaît étrangère.

Intermède : Santé mentale et Art(s): Quels (r)apports ?

Pour le neurologue Lemarquis (2020), tout se passe « *comme si l'art nous caressait le cerveau* ». En effet, la contemplation d'une œuvre active le cortex frontal (siège de la raison), mais si l'œuvre contemplée nous plaît, le cerveau agit « *en sorte de réguler la luminosité, le contraste, magnifiant les couleurs et activant ainsi les « neurones miroirs* », communément appelés les « neurones de l'empathie » parce qu'ils ont un rôle important dans la cognition sociale, puisque ce sont eux qui permettent l'apprentissage par imitation, déclenchant les processus affectifs, comme par exemple l'empathie. Il s'en suit une activation du gyrus fusiforme (zone permettant entre autres, la reconnaissance des visages), et tout se passe alors comme si nous étions face à une personne aimée !

Changeux (2008) quant à lui, explique que, alors que les œuvres émettent de la lumière, la transformation par la rétine des radiations lumineuses en signaux électriques se propageant du cortex visuel au cortex pré-frontal, déclenche alors une « *inondation de dopamine, qui n'est rien de moins que l'hormone du plaisir* ». Les circuits des émotions sont alors activés : la contemplation d'un œuvre d'art fonctionne comme une récompense. « Le beau est essentiel à l'humain car il nous fait du bien !! ». C'est d'ailleurs ce que confirme une étude parue dans le *British Journal Of Psychiatry*, qui constate une diminution de 32 % des dépressions chez les seniors se rendant au cinéma, au théâtre ou au musée. Le taux augmente à 48 % si l'activité est mensuelle (Fancourt D, Tymoszuk U., 2019). Il en est de même pour le spécialiste des troubles alimentaires Howard STEIGER, à l'hôpital Douglas de Montréal, qui a montré une baisse importante du niveau d'anxiété grâce à une visite au musée, chez les patientes souffrant de troubles de l'alimentation (Letarte, 2017).

Dans une approche plus physique que biochimique, Niels Ryberg FINSSEN, Prix Nobel de Physique, a démontré les effets thérapeutiques de la lumière, qui permet une régulation de la mélatonine et de la vitamine D, avec un impact à la fois sur le corps, mais également l'esprit et le comportement (Bauwens, L'art est-il bon pour la santé ?, 2019), d'où l'intérêt de la luminothérapie. Nous ne sommes pas très éloignés de l'objectif de Léger lors de la création de la fresque de l'hôpital de Saint Lô, avec laquelle il se proposait de réaliser « *une cure par les couleurs* », sur les principes, déjà constatés 500 ans plus tôt par Léonard de Vinci : des propriétés apaisantes des couleurs (Bauwens, 2019).



Lucio Fontana, *Concetto Spazio*, 1962

La contemplation d'un œuvre d'art fonctionne comme une récompense.



Galerie. Musée Carnavalet, 2026.

Les effets thérapeutiques de la lumière, avec un impact à la fois sur le corps, mais également l'esprit et le comportement.

Bauwens, L'art est-il bon pour la santé ? 2019

En Juin 2019, le service de chirurgie cardiaque de la Pitié Salpêtrière a construit, en collaboration avec le musée de Compiègne, un « *parcours de soins esthétiques* » qui a montré son efficacité sur le stress, l'anxiété, et la morosité chez les patients ayant bénéficié de chirurgie. Déjà en 2000, l'Université de Rochester au Royaume-Uni avait mis en évidence les bienfaits de l'art visuel dans le soulagement de la douleur chez des patients atteints de cancer (Baujard, 2020). Bien avant la fameuse cure par les couleurs de Léger, Aristote prêtait déjà à l'art une fonction cathartique, permettant d'« *expurger les passions* » (Bauwens, 2019). Matisse quant à lui, comparait la contemplation des tableaux à « *un bon fauteuil qui délasse de ses fatigues* ».

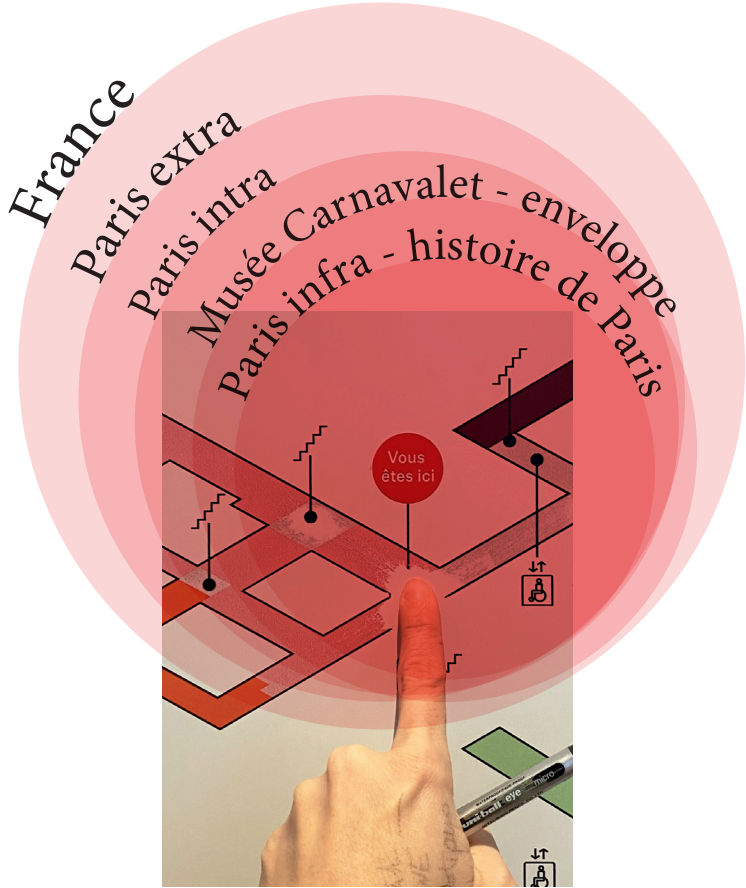
Selon Freud, l'œuvre d'art lève en réalité « *le refoulement des désirs inconscients du spectateur, de l'auditeur, ou du lecteur* » : l'effet cathartique décrit par Aristote pour le théâtre est étendu par Freud à tous les types d'œuvres d'art (Brun, 2005). Toujours selon Freud, l'œuvre crée son créateur, mais également son récepteur, « *grâce à une participation latente* », provenant « *des sources cachées* », permettant « *la libération des pulsions* ».

3. Le Musée

3.1 (R) évolutions

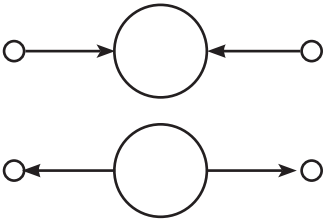
Issus des cabinets de curiosités du XVIIIème siècle, on retrouve l'idée du musée dans l'*Encyclopédie de Diderot et d'Alembert*, de même que dans l'*Encyclopédie Méthodique de Watelet*, où ce dernier fait l'éloge de « *cabinets de tableaux ouverts au public, dans lesquels les amateurs peuvent prendre des notions, les artistes faire des observations utiles, et le public recevoir quelques premières idées justes* » (Poulot, 2025), cantonnant ainsi le rôle des musées à la seule thématique de l'éducation.

Il faut attendre les années 60-70 pour voir apparaître, dans les travaux de WITTLIN, une première préoccupation du public (Poulot, 2025). Peu après, avec le tournant de la nouvelle muséologie, les musées s'intéressent aux dimensions sociales, philosophiques et politiques. Habermas est le premier, en 1963, à considérer le musée en termes de construction d'un espace public, car « *rendant les principes de son ordre visibles à tous* ». Enfin, Bennet, dans les années 90, fait du « *musée moderne* », l'un des éléments de la citoyenneté, « *amenant l'homme à la maturité* » (Manon, N., Bennett, T., 1995). Le musée produit alors une expérience du monde matériel, comme activité sociale « *de valeur* », rompant avec l'époque où la visite de collections était un privilège, évoluant vers celle où

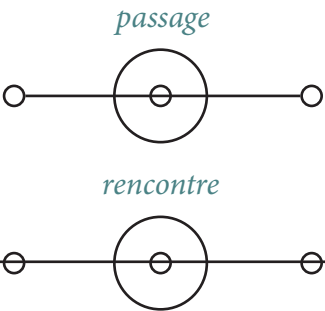


Traces en creux. Vous êtes ici. Musée Carnavalet, 2026

Qui va vers ?
Qui vient dans ?
Où vient qui ?
Où vient dans ?



Le musée comme expérience du monde matériel et comme activité sociale « *de valeur* », qui rompt avec l'époque où la visite était un privilège.



elle est un droit. Dans la suite logique de l'évolution des musées, apparaissent les notions de réparation et de care au musée, avec une multiplication d'expériences nouvelles à travers le monde, appelant à la justice, à la bienveillance, à la diversité et à l'inclusion.

Avec l'ouverture aux questions de société, le musée devient un lieu de vie, un forum ouvert à la discussion, aux apprentissages, mais également au soin. Le public n'est plus seulement spectateur : il devient acteur (Baujard, 2020). Poussant encore plus avant l'évolution, l'expérience participative, avec intégration du public dans la préparation d'expositions, les québécois de l'écomusée du « *Fier Monde* », par exemple, ont démontré également l'intérêt thérapeutique, au-delà du rôle toujours éducatif, de cette pratique pour la population, en particulier pour les personnes vulnérables (Giroux, 2018). Le musée offre alors une « *expérience totale, entre loisir, savoir, consommation et thérapie* » (Baujard, 2020).

3.2 Politique Culture et Santé

« *L'important, c'est surtout de répondre à la question : Que propose-t-on aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques, que l'on va suivre pendant 30 ou 40 ans ? Car leur place est dans la cité* », cette phrase prononcée par Sacareno, Directeur du département de Santé mentale à l'OMS lors du congrès de Lille résume parfaitement la situation, et confirme le rôle fondamental de l'insertion des patients dans la société, une des voies possibles étant celle de l'approche par l'art et la culture en général (Roelandt, 2006).

La première convention « Culture et Santé », ouvrant le dialogue entre les deux ministères, a été signée en 1999, la deuxième en 2010, et la dernière, s'ouvrant sur le champ médico-social et du handicap, en 2024. Conscient de l'importance de l'art et de la culture en général, comme vecteur d'émancipation, d'autonomie et de citoyenneté, le ministère de la Culture a pour rôle, entre autres missions fondatrices, de favoriser son accès à tous. Sa philosophie interroge comment la culture ouvre à la rencontre et au partage, et comment elle peut réduire l'isolement et permettre, en tant que secteur de valorisation personnelle, de considérer chacun dans son intégrité, avec respect et dignité (Merle, 2024). C'est cette vision du musée que défend Hemptinne, le considérant comme « *un lieu de constitution du partage du sensible* », par extension « un lieu de soin ». C'est d'après lui, ce que tend à faire « *l'attention esthétique* », en produisant des « *retards catégoriels* », où il redevient possible de penser autrement, loin des pratiques désormais répandues et parfois exclusives du mainstream (Le Journal de Culture & Démocratie, 2021). L'ensemble hétérogène de points de vue démultiplie les regards, les horizons, les critères d'appréciation, formant la possibilité d'une culture vivante : « *les œuvres donnent, elles reçoivent, elles rendent. Elles deviennent*



Niveau 0. Musée Carnavalet, 2026

Le musée devient un lieu de vie, un forum ouvert.

« Prendre part, apporter une part, recevoir une part. »



« Que propose-t-on aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques, que l'on va suivre pendant 30 ou 40 ans ? Car leur place est dans la cité ». Sacareno

*Culture du quotidien
Une prise électrique
comme ouverture sur la cité ?*

des « *quasi-sujets* » (Le Journal de Culture & Démocratie, 2021) portant « *le souci des autres et du monde* » (Brugère, L'éthique du Care, 2011), en symbiose avec les trois piliers de la participation à la vie culturelle : « *prendre part, apporter une part, et recevoir une part* » (Merle, 2024).

Eléments de débat

Si cette entrée en matière peut paraître fastidieuse, ce propos liminaire se doit toutefois d'être tenu ; et cela, précisément parce que l'enjeu de lutte contre les stigmatisations s'y inscrit presque complètement en creux. Le travail présent se heurte à un double problème méthodologique : parce que la définition de la santé mentale prête à controverse, la finalité d'une lutte efficace contre les stigmatisations peine à être modélisée; parce que les représentations associées à la maladie mentale sont multiples et variées - et parce qu'elle convoque la folie dans son altérité la plus irréductible - la reconnaissance des propos ou des actes stigmatisants est plus difficile à recenser qu'en ce qui concerne la lutte contre les discriminations raciales ou celles liées à l'orientation sexuelle. En effet, peuvent s'y confondre des jugements de valeurs sur l'apparence physique, le comportement général, les mœurs avérées ou supposées et même l'appartenance sociale des acteurs en présence.

Cependant, ces difficultés méthodologiques reposent en grande partie sur un point de crispation autour duquel il faut opérer un décentrement. Et ce point de crispation ou plutôt cet angle mort, c'est probablement d'envisager la question de la santé mentale uniquement dans sa dimension individuelle. On pourra objecter que, dans la définition de l'OMS, une référence est faite à la communauté. Pourtant, la notion de bien-être, telle qu'elle est formulée dans cette définition, renvoie implicitement à l'idée d'un capital individuel nécessaire pour résister au stress de l'activité quotidienne ou pour accomplir son travail. Si la problématique de la santé mentale a explosé depuis l'épidémie de COVID, c'est précisément parce qu'elle n'est pas seulement un capital individuel mais aussi, et peut-être surtout, un bien commun. Dans cette perspective, la santé mentale est une fonction en partage, indissociable de la qualité des liens que nous tissons les uns avec les autres. C'est le sentiment de sécurité que nous procure le soutien de notre famille, de nos amis, de nos pairs et qui nous permet de découvrir, de parcourir, de partager notre propre « *Umwelt*³ ». Pour reprendre les mots de Derrida (2026), si « *je parle une seule langue, (et, mais, or) ce*

³ Umwelt : terme inventé par Jakob von Uexküll et désignant littéralement le « monde propre ». Initialement utilisé afin de rendre compte de la représentation des mondes animaux en s'appuyant sur leur mode de perception de l'environnement, ce terme est ici repris pour suggérer la pluralité des représentations du monde et des aspirations existentielles possibles chez les êtres humains.

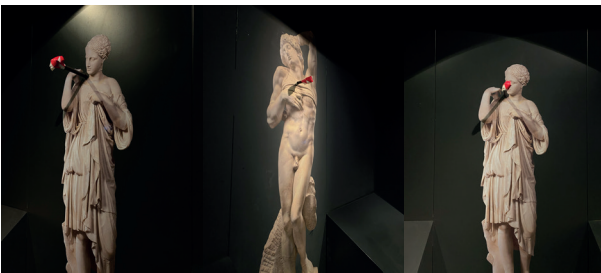
Parce que la définition de la santé mentale prête à controverse, la finalité d'une lutte efficace contre les stigmatisations peine à être modélisée

*Décentrement.
Un point de crispation ou plutôt un angle mort, est probablement d'envisager la question de la santé mentale uniquement dans sa dimension individuelle.*



Station métro, Le Louvre. Paris 2026

Dans cette perspective, la santé mentale est une fonction en partage, indissociable de la qualité des liens que nous tissons les uns avec les autres.



n'est pas la mienne », alors la santé mentale, cette fonction en partage, peut s'envisager comme un certain type de culture(s) dans laquelle, dans lesquelles il m'est donné la possibilité d'articuler mes propres mots, mes propres phrases.

Ces arrangements culturels multiples sont des invariants de l'existence humaine car vivre en groupe pour l'homo sapiens, fonder des communautés, jouer, partager, se réunir n'est pas seulement une façon agréable d'organiser ses loisirs ; c'est une nécessité vitale, un impératif biologique (Dodd, J., & Jones, C., 2014). Pour en prendre la mesure, on peut rappeler que le sentiment d'isolement social est un facteur de risque de nombreuses maladies (cardiovasculaires, cancers etc...) et que, pour ce qui est des morts prématurées, il est équivalent à la consommation de 15 cigarettes par jour. (2023).

A l'instar de Ebersold, décréter la nécessité de faire commun doit nous interroger sur ses conditions d'accès: « La notion d'accès désigne le fait d'accéder à un lieu, à une connaissance, à une information, aux apprentissages, etc., et, corrélativement, le fait d'apparaître et de circuler dans des lieux publics, de prendre part à des échanges sociaux » (2021, p. 226). Pour y parvenir, il précise que les acteurs doivent « participer » à la vie en société et par extension à la vie du musée avec et face aux œuvres d'art. Ainsi, chacun devrait pouvoir « prendre part » aux activités proposées, « faire partie » de la dynamique sociale (possibilité d'agir conformément et en toute légitimité au rôle social exercé), convoquer son « sentiment d'exister » (être reconnu car placé à parité de participation) et enfin « pouvoir agir » (exercer et faire valoir ses choix dans des situations et se construire comme citoyen).

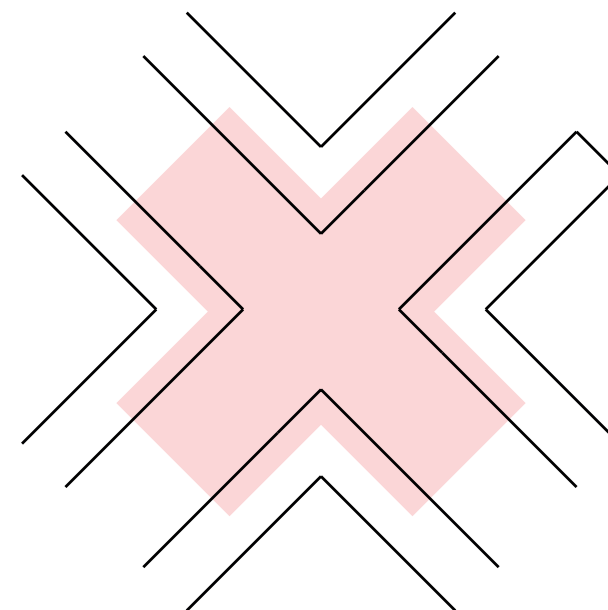
Partant de ces différents constats, la problématique peut donc être reformulée comme suit :

Comment la participation conjointe des visiteurs et des professionnels du musée peut-elle contribuer à rendre consciente et opérante cette fonction de commun, afin de favoriser une responsabilité collective dans une culture localement ancrée de lutte contre les stigmatisations ?



Franz Erhard, Auge modelliert, 1968

Les acteurs doivent « participer » à la vie en société et par extension à la vie du musée avec et face aux œuvres d'art.



Favoriser une responsabilité collective.

Introduction

Le musée Carnavalet, dans le cadre du programme « Santé Mentale-Grande cause nationale 2025 », a souhaité déployer un dispositif ambitieux qui questionne son rôle dans une démarche de prévention et de lutte contre les stigmatisations.

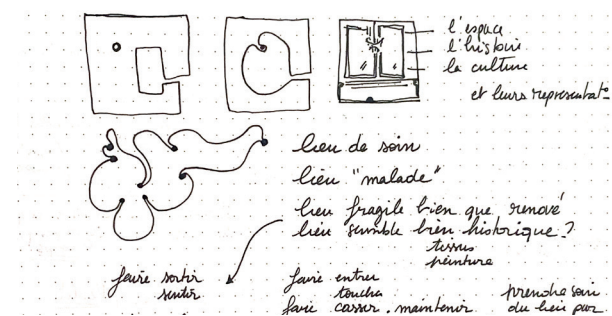
Or, comme nous avons pu le souligner, la stigmatisation est autant question de comportements que de perceptions. Et parce qu'elle construit le sentiment d'appartenance comme celui d'exclusion, la lutte contre les stigmatisations pose la question du lien comme centrale. Ainsi, elle rejoint la réflexion que nous avons pu développer sur la santé mentale en interrogeant le type d'accueil, d'accompagnement mais aussi de communication que le musée engage avec ses publics dans leur diversité.

Dans le cadre de ce DU, il s'agit de prendre appui sur les expérimentations pour nous-mêmes pouvoir tenter de créer « un climat de soin ». Au regard des enjeux soulevés par Jobin et al. (Jobin, C., Hooge, S. et Le Masson, P., 2024), nous avons tout d'abord procédé à une revue de littérature (Partie 1). Les ateliers que nous avons suivis par la suite ont été l'occasion de « donner corps » à nos réflexions en nous insérant dans des pratiques pensées en amont. Nous n'avons malheureusement pas eu connaissance des dynamiques de construction. Aussi, nous nous sommes inscrits dans une séance d'art-thérapie et nous avons pris connaissance des fiches action. Pour la suite de ce travail, nous posons un regard « a posteriori » pour lequel nous avons choisi de traiter des modalités de participation des différents acteurs.

1. Un cadre d'analyse pour revisiter les terrains

1.1 L'expérience muséale pourvoyeuse de care sous conditions

Le care peut se définir comme « une activité qui maintient, répare, protège, aide au développement collectif et individuel » (Montero, Art et vulnérabilité : quel rôle et quelle place pour l'expérience sensible dans la relation de soin ?, 2024). Et l'art, parce qu'il est fondamentalement « en connivence avec la vie » (Montero, Art et vulnérabilité : quel rôle et quelle place pour l'expérience sensible dans la relation de soin ?, 2024), agit comme une sorte de « révélateur » de vulnérabilité, nous imposant de « repenser la question de l'attention et de la sollicitude envers autrui », à « repenser également la question de la dépendance et de la vulnérabilité ». Comme le précise Rancière « l'objet artistique, mobilisé



connaissances & observations

Les observations ont commencés dès le départ.
Elles se sont focalisées sur les interactions, les
mouvements, les attentions, les traces.

Notre groupe est allé de l'avant, vite, rapidement.
Le chemin droit.

Les fragilités de chacun.e ne sont pas évoquées,
nous parlons de l'autre. J'aimerais creuser mais ce
n'est pas le moment.
Je prends ma pelle autrement, ailleurs.

comme moyen de se parler, de s'émouvoir, et de s'interroger ensemble, ne requiert ni connaissance, ni technique », il permet « l'égalité des intelligences » (2000).

Alors le musée, en tant que moyen de développement culturel, constitue un formidable outil démocratique : en effet, le « *partage du sensible ouvre à la construction d'une communauté émancipée, à la participation à un monde commun* » (Rancière, 2000). Une fois la relation installée, le sensible permet de travailler sur l'identité, de la rendre visible, de « *révéler dans toute sa complexe réalité, le soi que la maladie a effacé ou modifié* » (Montero, 2024).

C'est en cela que le musée peut devenir un lieu de soin. De plus, en tant que lieu d'exposition de l'art qui sait se montrer critique à l'égard de l'histoire, « *découvreur des vulnérabilités, des injustices, des violences, destructions ou disparitions* », le musée favorise l'émergence d'un regard « *qui participe d'une réparation du monde par la culture* » (Brugère, 2018). Par ailleurs, l'expérience muséale, considérée dans sa dimension de travail sur soi, contribue à « *nuancer l'élitisme des pratiques culturelles* » (Baujard, 2020), rejoignant en cela l'éthique du care qui remet en cause « *les séparations imposées par la morale politique dominante* » (Brugère, 2011).

1.2 De la participation fictive à la prise de pouvoir: un juste milieu pour créer du commun au musée

Dans son retour d'expérience sur la lutte contre les discriminations raciales, Dhume (2025) insiste sur l'importance des actions menées par les acteurs de terrain. Selon lui, « face au déni de la dimension institutionnelle du racisme, [...] c'est la perspective d'action par le bas qui permet de reconstruire du sens et du commun ». Plus avant, il nous semble nécessaire d'ajouter que la relation implique a minima deux personnes et qu'à ce titre, les attitudes stigmatisantes peuvent tout à fait se jouer dans les deux sens à savoir des professionnels du musée envers le public accueilli et inversement.

Par conséquent, l'attention et la sollicitude nécessitent, pour s'installer et s'exprimer, un « espace » co-construit qui n'est pas exempt d'un certain nombre d'obstacles potentiels provenant de l'individu lui-même, de groupes d'individus mais aussi de l'environnement au regard de sa mise en accessibilité.



Migraine ophtalmique. Musée lieu de soin?



Où suis-je ?

réflexions

Penser stigmaté à travers le musée du Carnavalet m'a évoqué le lieu, l'emplacement, l'accès, la représentation, l'accueil...

Le possible du venir ?

Les lieux présentés, muséifiés.

Les vies. Lesquelles ?

Le quotidien ? De qui ?

Les espaces pour qui ou avec qui ?

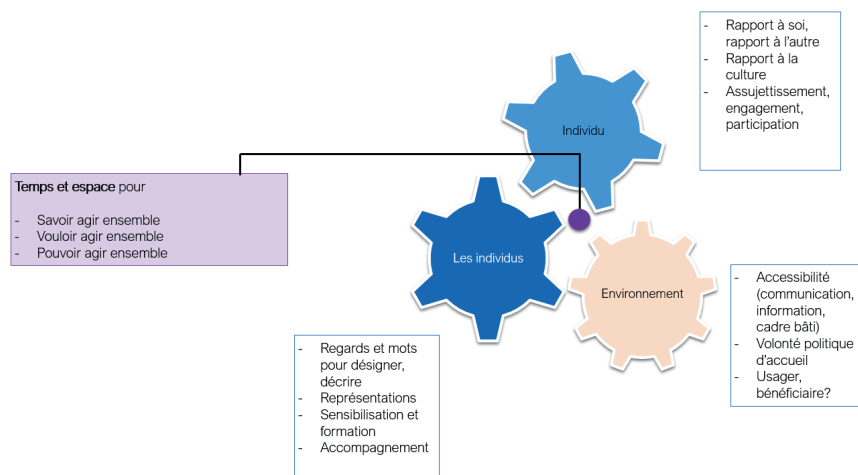


Figure 1: Variables participant de la lutte contre les attitudes/comportements stigmatisants

Promouvoir la participation des différents acteurs (les professionnels du musée et publics accueillis) nécessite d’identifier les enjeux attribués à cette démarche. Prenant appui sur l’échelle de participation de Arnstein (1969), nous pouvons identifier différentes modalités (figure 2): construire des projets pour une personne, occultant de fait la prise en compte de ses besoins/attentes/demandes et les échanges à ce propos sont considérés comme relevant d’une non participation (zone rouge sur la figure 2).



5 ans de participation des corps. Musée Carnavalet, 2026

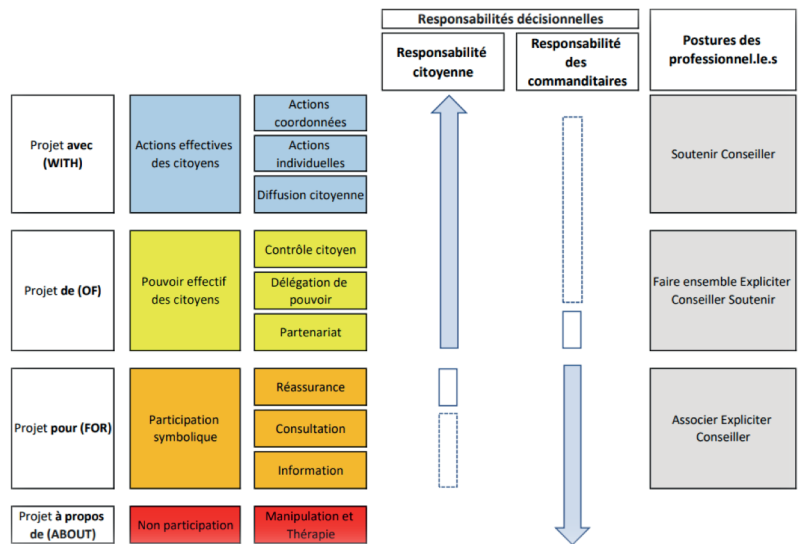


Figure 2: Modalités de participation, responsabilités et postures professionnelles (Midelet, 2026)

La participation est définie comme symbolique (zone orange) dans les situations où les professionnels construisent un projet pour un public mais font “l’effort” de présenter le projet

visite & traces

*Je m’intéresse à la trace.
Je cherche la trace. La trace pense le bâti.*

*On comprend les dos qui s’adosent.
On imagine les mains qui touchent.
La matière parle des corps qui vivent les espaces.*

La trace stigmatise

*Où passent les regards? Les gestes ?
Comment **participent**-’ils ?
Là où nous ne les attendons probablement **pas**.*

voire organisent une consultation pour recueillir les avis mais sans que ces derniers ne soient nécessairement pris en considération. Le pouvoir effectif des citoyens s'exprime à partir du moment où un partenariat se met en place (zone jaune). Ce dernier peut se définir ainsi : « *Le partenariat exige dès lors la reconnaissance des compétences de l'autre, vise le rapport d'égalité et repose sur le partage de décisions. Il s'accompagne d'actions de coopération, ainsi que d'opérations favorisant l'exercice du consensus dans nombre d'applications pratiques* » (Bouchard, 2006). Au regard des contraintes institutionnelles du musée (enjeux politiques, financiers, sécurité des lieux et des personnes...), il nous semble intéressant de viser ce niveau de participation pour lequel les différents protagonistes seraient amenés à sortir de leur rôle de visiteurs ou de personnels du musée pour oser exposer les problématiques rencontrées. Du point de vue de chaque partie prenante, il s'agit de sortir de la posture de « sachant » pour prendre en compte la parole et les expériences de l'autre (Chaumier, 2017). Mais pour cela, comme le souligne Le Boterf (2015), il est indispensable que ces derniers sachent coopérer, qu'ils veuillent coopérer mais aussi qu'ils puissent coopérer. Pour permettre cet « agir ensemble », nous pourrions donc imaginer que la première étape d'une lutte contre les stigmatisations passerait par l'instauration d'espace et de temps commun entre les différents acteurs pour apprendre à se connaître, identifier les besoins des uns et des autres (en prenant en compte les contraintes individuelles, professionnelles et institutionnelles).

Cette figure se veut ainsi une illustration des propos de Jobin et al. qui précisent que « Projeter dans l'action et mettre des collectifs en action par la conceptualisation, la matérialisation et l'expérimentation *in situ* de solutions, a de nombreuses vertus. Une des vertus-clés des preuves de soin semble être celle de soutenir le processus qui consiste à « passer du sentiment d'impuissance à une prise de responsabilité » (Rabhi, 2011, p. 129) vis-à-vis des défis contemporains » (Jobin, C., Hooge, S. et Le Masson, P., 2024). Nous pourrions aller plus loin encore en ajoutant que sans cette participation, le risque est fort que les publics (comme les professionnels) restent « sur le seuil » (principe de liminalité de Van Gennep, 1909) c'est-à-dire qu'ils en restent à des représentations de ce que l'autre partie pense, fait pour lui, sans chercher à modifier ni le regard ni les pratiques. En ce sens, les parties ne se rencontreront pas réellement, les choses en restent « *dans l'état où les choses étaient auparavant* ». *A contrario*, participer activement à la rencontre, à la définition des objets et objectifs des projets serait potentiellement périlleux (Maheo, O. et Peretz, P.,

musées & sacs à dos



Musée Carnavalet
Paris 2026

« Mon sac ne rentre pas dans les casiers, comment je fais ?

- Vous pouvez prendre 2 casiers ?

- Oui, je peux essayer... Ca rentre!

Mais, comment on fait si on vient avec une grosse valise ?

- Eh bien on ne rentre pas. »

Le sac à dos comme symbole d'empêchement. Comment font les touristes qui viennent avant leur grand départ. Ceux qui arrivent ou attendent que leur hôtel leur donne la clé de la chambre.

Le musée n'est pas fait pour les grosses valises. Elles restent sur le seuil.



MEP
Paris 2026

La situation se répète. Ailleurs, au musée européen de la photographie. L'homme dehors ne veut pas me laisser rentrer. Liminalité.

J'ai trouvé la parade, riche de mon expérience au Carnavalet. Il coopère.

« Et si je le décompose ?

- Ok essayez, vous verrez bien... »

2024), chacun devant quitter son ancien statut de sachant pour s'ouvrir à l'autre mais s'inscrirait comme préliminaire à la réduction des stigmatisations (principe de liminarité).

2. Ateliers d'Art-thérapie

Avant de pouvoir participer aux ateliers proposés, nous avons envisagé de prendre contact avec les associations dont les publics ont été "repérés" comme pouvant bénéficier de séances d'art-thérapie. Il s'agissait pour nous d'identifier les différentes variables (figure 1) à prendre en compte pour entrer en relation, prendre conscience de nos représentations et de nos besoins respectifs. Par ailleurs, nous envisagions aussi de pouvoir observer les relations qui s'instaurent durant les séances notamment avec des grilles de déplacement (corps, regard) de type "diagramme spaghetti"⁴.

2.1 Art-thérapie – Séance du 10/02/2026 (Isabelle et Julia)

Dans le cadre du travail de collaboration avec le musée Carnavalet Histoire de Paris, sur le sujet de la Santé mentale au Musée, le groupe « Reconnaissance et Lutte contre les Stigmatisations », a été invité à participer à 2 séances d'art thérapie.

La première séance n'a malheureusement pas pu avoir lieu, le groupe d'adolescents de l'IME (Institut médico-éducatif) ayant eu un contre temps. Nous avons profité de cet imprévu pour échanger longuement avec l'art-thérapeute à propos des méthodes d'évaluation des séances réalisées, mises en place par l'institution à destination des professionnels encadrant les personnes concernées par le programme d'art thérapie, mais également à destination des mécènes finançant ce dernier. Si le questionnaire permet de préciser le public accueilli au regard de leurs troubles ainsi que les effets escomptés et réels de la mise en œuvre de séances d'art-thérapie, il n'est pas fait état du point de vue des bénéficiaires. Ce point questionne particulièrement au regard de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006) qui précise dans son préambule que « [...] les personnes handicapées devraient avoir la possibilité de participer activement aux processus de prise de décisions concernant les politiques et programmes, en particulier ceux qui les concernent directement ». Ces enjeux s'inscrivent dans la législation française notamment par l'intermédiaire de la lettre du 5 janvier 2015 où la secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie sollicitait un avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) sur les possibles évolutions législatives,

⁴ <http://christian.hohmann.free.fr/index.php/lean-entreprise/la-boite-a-outils-lean/128-le-diagramme-spaghetti>
[consulté le 03/03/2026]



Palais de Tokyo. Paris 2026.

Casiers & vestiaires

*Rebut
Lorsque nous rentrons chez quelqu'un nous
enlevons nos chaussures.
Lorsque nous arrivons au musée, nous posons
notre sac.*

Code.

réglementaires et de pratiques professionnelles permettant de mieux respecter les droits des personnes et d'assurer la meilleure expression possible de leur volonté lorsque leurs facultés deviennent altérées. Mais il pourrait être objecté que si les principes sont acceptés par les professionnels du soin et de l'accompagnement, la mise en œuvre n'est pas des plus simples. Des pistes de réflexions sont élaborées par exemple par l'HAS spécifiant la nécessité de penser la personne [polyhandicapée] comme actrice et citoyenne (HAS, 2020) :

Recommandation 1 – La personne polyhandicapée, actrice et citoyenne (extraits choisis)
Afin de favoriser l'expression et le pouvoir d'agir de la personne polyhandicapée, il s'agit de :

- Développer en utiliser les moyens de communication adaptés ;
- Identifier ses préférences, refus, etc.;
- Prendre en compte l'expression de ses choix, avis et attentes (autodétermination)

Il nous semblerait important, dans une visée de favoriser la participation “a minima” des personnes concernées par les séances d'art-thérapie, de pouvoir participer de l'évaluation de ces séances auxquelles ils participent. Il pourrait s'agir de proposer un protocole en trois temps:

- Un premier temps en amont des séances pour leur permettre de prendre connaissance de ce qui va leur être proposé et pourquoi (mais peut-être que cet aspect est déjà opérationnel dans la liaison entre les institutions/associations et le musée)
- Un deuxième temps à l'issue de chaque séance qui permettrait d'appréhender le ressenti des personnes concernées
- Un troisième temps à moyen terme qui permettrait d'appréhender plus globalement l'intérêt pour ces séances, la mise en œuvre, la connaissance de soi et la possible reconduction.

Ces démarches interrogent notamment la gestion des émotions, la gestion du stress en lien avec les compétences-psycho-sociales: “Les compétences psycho-sociales sont un ensemble de compétences psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales) qui permettent de maintenir un état de bien-être psychique. Elles permettent ainsi de meilleures relations à soi et aux autres » ⁵. Pour soutenir ces démarches, il pourrait être fait appel à la

⁵ <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psycho-sociales> [Consulté le 03/03/3036]

T3

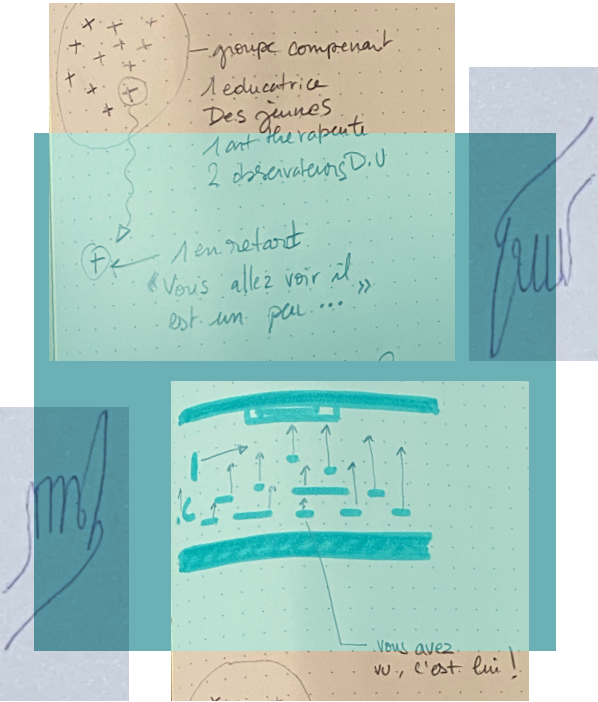
Considérer l'intérêt, la mise en oeuvre, la connaissance de soi et la possible reconduction.

T2

Appréhender le ressenti des personnes concernées à l'issu

T1

Prendre connaissance en amont



interrogations

qui est qui ?
qui à quoi ?
qui toi moi eux ?
je ?

compétences psycho-sociales

du quoi,
pour quoi,
quelle progression,
quels thèmes travaillés ?

mise en place de supports sous diverses formes afin que puissent s'exprimer l'autodétermination des personnes. Par exemple :

FALC⁶ : La méthode FALC (Facile à lire et à comprendre) permet de rendre accessible des documents aux personnes qui ont des difficultés de compréhension dont les personnes en situation de handicap intellectuel. Le FALC rassemble une cinquantaine de règles à suivre pour simplifier l'accès à l'information. Cette démarche est conçue et développée pour et avec des personnes en situation de handicap intellectuel.

Cartable des compétences psychosociales⁷ :
Chaque compétence psychosociale est illustrée en répondant aux questions : du quoi, pour quoi, quelle progression, quels thèmes travaillés ? C'est un travail de synthèse réalisé dans un aller-retour entre pratique et théorie et vice versa aboutissant à clarifier les différents objectifs possibles pour les activités ou les séances.

2.2 Art-thérapie - séance du 11/02/2026 (Jeanne et Julien)

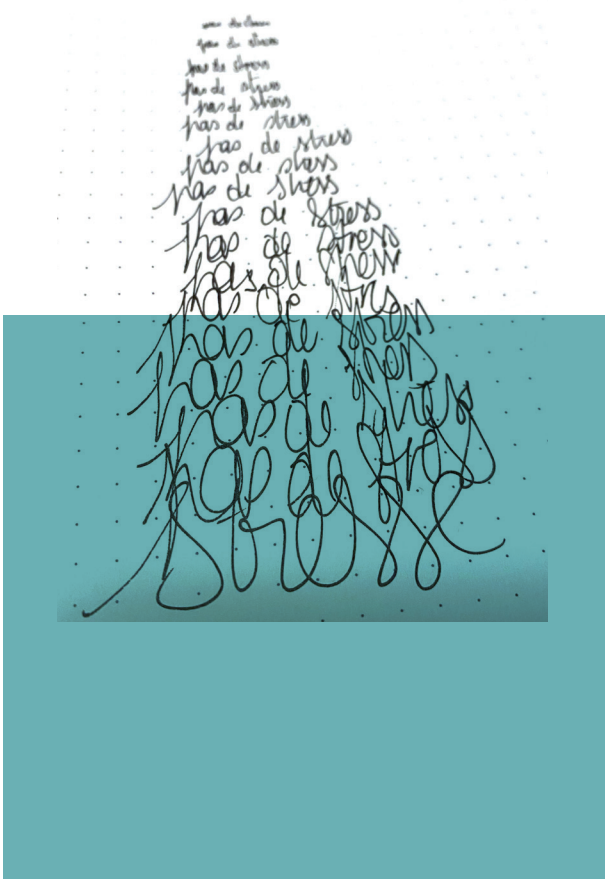
Afin d'évaluer la question de la lutte contre les stigmatisations, notre groupe a participé à un atelier d'art thérapie le 11/02/2026. Il s'adressait à un groupe de jeunes adultes fréquentant un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).

Étaient présents lors de cette séance : l'art thérapeute ainsi que Félix, Julien, Julie, Christelle, Francis et Amandine.

Jeanne et moi nous sommes joints à eux. Après une présentation qui a eu lieu dans le hall d'accueil réservé aux groupes, nous avons commencé par une visite du musée en compagnie de Sonia. Nous nous sommes arrêtés dans la salle Breteuil pour une première phase de création. Puis nous sommes retournés dans l'espace d'accueil des groupes pour une deuxième séance de création collective. Les deux séances ont permis de réaliser un dessin et une peinture à l'aquarelle. Au terme de la séance, ceux qui le souhaitaient ont pu présenter leurs créations et tenter de leur donner un sens.

Mes réflexions, dans les jours qui ont suivi, m'ont amené à questionner mon comportement avec les autres adultes qui ont participé à la séance d'art thérapie. En effet, même si notre rencontre et nos échanges ont été cordiaux, je me souviens m'être senti vaguement gêné au moment de me présenter. Qu'allait penser ces personnes de moi si je leur avouais être médecin ? Devais-je leur dévoiler que je participer à une « expérimentation » ? Quels mots choisir pour qu'ils ne se sentent pas offensés ?

Ces questions, pour autant qu'on les considère comme naturelles eu égard au contexte, ont été abordées par Goffman dans son ouvrage *Stigmate* (1975). La description qu'il en fait



expérimentation

Lorsque nous commençons, une personne est en retard. L'éducatrice l'appelle. Oui, il est en retard. Elle a une moue qui semble dire « ça ne m'étonne pas ». Le groupe monte à l'étage, le chrono est lancé. On se détend, sans jugement, nous sommes en art-thérapie. J'attends l'éducatrice qui attend le retardataire à l'entrée. Elle revient, mince il s'est trompé. « Vous allez voir, il est un peu... quand vous le verrez... ». Nous montons retrouver le groupe, il devrait arriver. On se détend, sans jugement, nous sommes en art-thérapie. Nous sommes dans la salle bleue, on se détend, sans jugement. SON STRIDENT une personne se bouche les oreilles, s'éloigne. Les regards cherchent, quelqu'un a dépassé la barrière de sécurité, beau design visuel, violent impact auditif. Ah, il est arrivé!

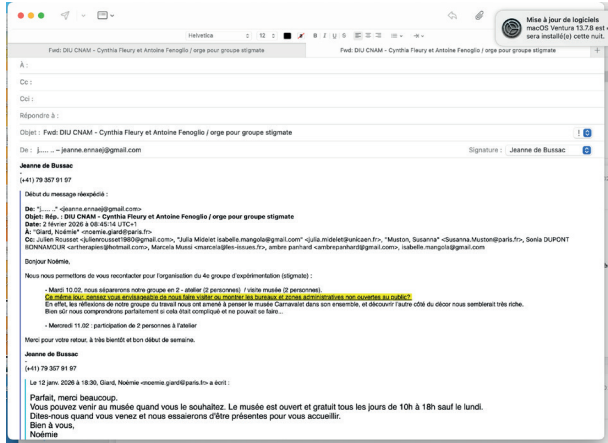
⁶ <https://falc.unapei.org/> [Consulté le 03/03/2026]
⁷ <https://www.cartablecps.org/page-17-0-0.html> [Consulté le 03/03/2026]

peut-être résumée ainsi. Lorsque nous rencontrons une personne stigmatisée, nous avons tendance à ne pas le reconnaître ouvertement. Nous sommes habitués à faire comme si de rien n'était, à simuler l'indifférence dans « un effort attentif [...] qui s'accompagne souvent d'une tension, d'une incertitude et d'une ambiguïté [...] ». Ainsi, l'excès de précautions dans ma façon de me présenter ou dans le choix des mots employés soulignait une distinction, que j'ai fait mine d'ignorer, mais qui délimitait une frontière confuse entre moi et les autres membres du groupe. Plus tard, lorsque Sonia s'est retournée vers nous, au cours de la visite, pour nous certifier « qu'ici personne ne juge les autres », ou qu'elle a répété à plusieurs reprises « qu'il n'y a pas de stress à avoir », j'ai entendu ces propos d'une certaine manière. Et, si je veux être tout à fait franc, je dois nécessairement reconnaître que la façon dont je les ai perçus, c'est qu'ils ne s'adressaient pas à moi ; que ceux qui avaient besoin d'être rassurés, c'étaient ces adultes qui venaient d'un foyer.

S'il me paraît important de préciser ces réflexions, c'est que nos recherches bibliographiques m'ont permis de comprendre que, s'agissant de stigmatisation, et plus encore de sa prévention, un des enjeux majeurs consiste à faire naître une prise de conscience : celle que ce problème nous concerne tous. Or, s'il paraît si difficile de créer cette prise de conscience, c'est le plus souvent parce qu'il nous est difficile d'admettre que nous aussi, nous pouvons avoir des comportements stigmatisants.

Si c'est le cas, c'est parce que les différentes campagnes de prévention qui sont menées sur le sujet -et qui ne fonctionnent pas (Clement et al., 2013, Dhume, 2025) - mettent en scène une posture qui incarne le bien, l'intelligence et la raison contre la bêtise supposée de ceux qui ont une attitude stigmatisante. Nous sommes tous enclins à produire ce type de représentations. Et il est évident que lorsque nous le faisons, nous nous plaçons toujours du côté de la raison. Ces campagnes reprennent les codes de la publicité pour les adapter à la question sociale, raison pour laquelle on leur donne le nom de marketing social (Donovan R, Henley N., 2003). Or, si ces campagnes échouent à produire l'effet escompté, c'est qu'elles nous flattent comme le fait la publicité mais que leurs messages, à la fois convenus et volatils, ne nous permettent pas de nous interroger sur nous-mêmes. Elles ne produisent pas de réflexions suffisamment riches pour imposer une prise de conscience sur le sujet et lui faire gagner, dans notre esprit, un ordre supérieur (Carruthers, 2011).

Je compte aborder plusieurs sujets. Loin de moi l'idée de paraître péremptoire ou de produire un quelconque jugement de valeur. Je souhaite simplement ouvrir un espace de discussion.



arrière musée, mail sans réponse

En parallèle de l'observation, j'aurais beaucoup aimé visiter les locaux non accessibles au public. Espaces que l'on ne voit pas, que l'on ne considère souvent pas et qui pourtant sont et font le musée. Espaces de vies.

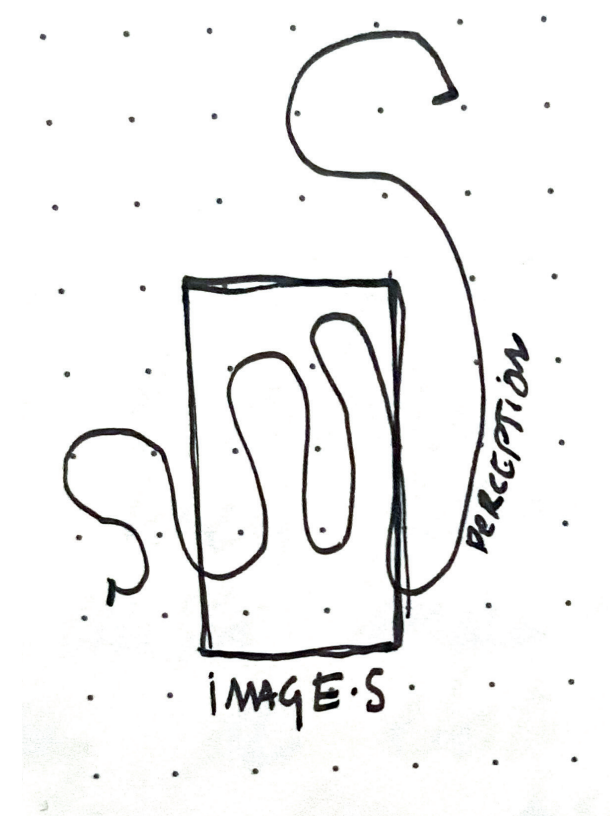
Comment sont les bureaux, l'administration, la cafétéria (y en a-t-il une ?), le lieu de pause?

Accéder à cet arrière-musée aurait été l'occasion de rencontrer ceux qui y travaillent. Toutes et tous. Au delà du regard qui d'une certaine mesure s'est focalisé sur les surveillants - comme la découverte d'une invisibilité- .

Ma demande est restée sans réponse.

Le premier sujet que je compte aborder est celui de la présentation. Quelles qualités ou quelle image mettons-nous en avant lorsque nous nous présentons nous-mêmes, lorsque nous présentons une connaissance ou un groupe de personnes ? Si j'ai déjà abordé les hésitations qui ont été les miennes, je voudrais maintenant revenir sur les discussions que nous avons eues avec le musée Carnavalet. Que ce soit en amont de la préparation de cet atelier ou quelques jours après son déroulement, les mails que le musée a échangés avec nous ont souvent insisté, dans la présentation des adultes fréquentant un SAVS, sur « la souffrance psychique » que ressentaient ces personnes et sa responsabilité dans « une entrave forte [de] leur insertion sociale et professionnelle ». Il était d'ailleurs précisé que le centre réalisait un accompagnement thérapeutique de ces personnes « handicapé[e]s psychiques dans une socialisation pour amorcer un processus d'insertion ». Loin de prêter au musée Carnavalet une quelconque volonté de stigmatisation, le choix des mots doit nécessairement nous amener à interroger la perception que l'institution se fait de la santé mentale. En effet, il semble exister dans ce regard une intrication forte entre troubles psychiques et handicap. Et ce que laissait supposer les formules employées pour les présenter, c'était que les adultes accueillis pour la séance d'art thérapie, en raison d'une douleur morale d'une particulière gravité, devaient être traités d'une manière « spéciale ». Il nous était d'ailleurs explicitement demandé de ne pas les interroger à la fin de l'atelier sur leurs ressentis.

Cette remarque préliminaire doit nous amener à nous interroger sur le poids de l'institution dans le regard porté sur la santé mentale. Et si je pense que cette question est pertinente pour comprendre les conceptions exposées plus haut, c'est que les joyaux de la collection de ce musée sont des salons d'hôtels particuliers du XVIII^{ème} siècle. Ils permettent de faire revivre les intérieurs du Duc de Breteuil ou de Mme de Sévigné. Ils invitent le spectateur et les employés du musée à déambuler le long des bustes de Diderot, de Beaumarchais ou de Voltaire. En cela, ils ressusitent l'époque classique qui a entretenu un discours particulier avec la folie. Et je pense que cet héritage, certes inestimable, doit être déconstruit et notamment dans les liens qu'il suggère entre folie et déraison, aliénation et enfermement (Foucault, 1976). À titre d'exemple, lors des échanges que nous avons eus avec le musée autour des questions de santé mentale, il nous est apparu que la représentation du public cible de ces actions se concentrait exclusivement sur des personnes accueillies en foyer ou considérées comme handicapées. A aucun moment, il n'a été envisagé que la question de la santé mentale puisse aussi concerner l'ensemble du spectre des visiteurs ou les salariés du musée.



mails - qui stigmatise qui?

Nous avons reçu ce mail qui nous a fait parler. A sa lecture, un inconfort. Le trait appuyé sur l'autre. Le silence anticipé imposé. Nous nous sommes beaucoup questionnés. Nous avons probablement stigmatisé, nous aussi.

*Mais la question qui me taraudait était plutôt :
Comment allez-vous ?
Comment vous sentez vous ?
Comment sentez-vous nous ?
Nous qui vous scrutons...*

La deuxième question qu'il nous faut envisager est la suivante. Pourquoi mettre en place des ateliers d'art thérapie uniquement en direction de personnes considérées comme souffrantes ? En effet, ces ateliers, par la pratique créative qu'ils proposent, offrent une réelle perception de bien-être qui pourrait attirer un public plus large. En cela, ils s'inscriraient dans la logique qu'a pu développer la psychothérapie institutionnelle telle qu'elle s'incarne sur l'Adamant⁸. Le mélange de personnes souffrant de maladies psychiques et de visiteurs de passage permet de créer des liens, des regards, des postures qui, précisément, s'opposent aux logiques de catégorisation. Ces expériences brouillent les regards, elles les reconfigurent. Et c'est probablement sur ce terrain précis que se joue la lutte contre les stigmatisations.

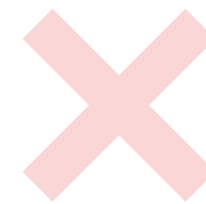
2.3 Fiche action

Des échanges avec une représentante du musée Carnavalet nous ont permis de comprendre plus avant l'ensemble des axes de travail de l'institution au sujet de la prise en compte des enjeux de santé mentale par l'institution.

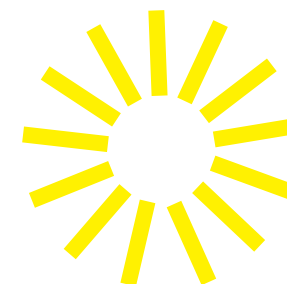
En effet le musée Carnavalet Histoire de Paris travaille à la mise en place de **formations à destination du personnel d'accueil se portant volontaire** pour devenir une personne ressource identifiable pour toute personne présentant une pathologie mentale. Les formations n'ont pas encore été déployées, elles sont en cours d'élaboration. Il nous semblerait intéressant d'interroger un groupe de personnes « expertes » (car directement concernées par les enjeux de la santé mentale) quant aux contenus de ces formations notamment au regard des expressions utilisées, des représentations véhiculées.

En ce qui concerne le **mode d'identification des personnes ainsi formées**, la question n'est pas arrêtée. Il se peut que le musée choisisse finalement, sur notre proposition, l'emblème désormais bien connu du tournesol, à porter pourquoi pas à la boutonnière, en référence au « cordon tournesol, » né à l'aéroport de Gatwick en 2016.

L'objectif était de rendre discrètement visible les handicaps invisibles, et ce symbole est désormais utilisé dans de nombreux aéroports internationaux, mais également dans des institutions telles que les hôpitaux, systèmes de transport, centres culturels, grandes entreprises à travers le monde.



Cordon tournesol



⁸ <https://filmsdulosange.com/film/sur-ladamant/> [Consulté le 03/03/2026]

Par ailleurs, la direction du musée s'est engagée à embaucher, parmi les personnes reconnues comme porteuses de handicap, des **agents présentant des pathologies mentales avérées, avec adaptation des postes de travail**, en collaboration avec le service de médecine du travail.

Enfin, un travail est également en cours concernant la **QVT (qualité de vie au travail) des agents**, avec la mise en place par exemple de supervisions, ou la création d'activités créant du lien (par exemple une chorale), à destination du personnel du musée, diminuant ainsi le risque de développer des pathologies mentales directement liées à l'activité professionnelle. Les objectifs de notre travail, à partir de là, consistent moins en une recension exhaustive des actes ou des propos stigmatisants qu'en une étude de tout ce qui, dans l'écosystème Carnavalet, entrave les interactions sociales en nourrissant les stigmates et l'exclusion.

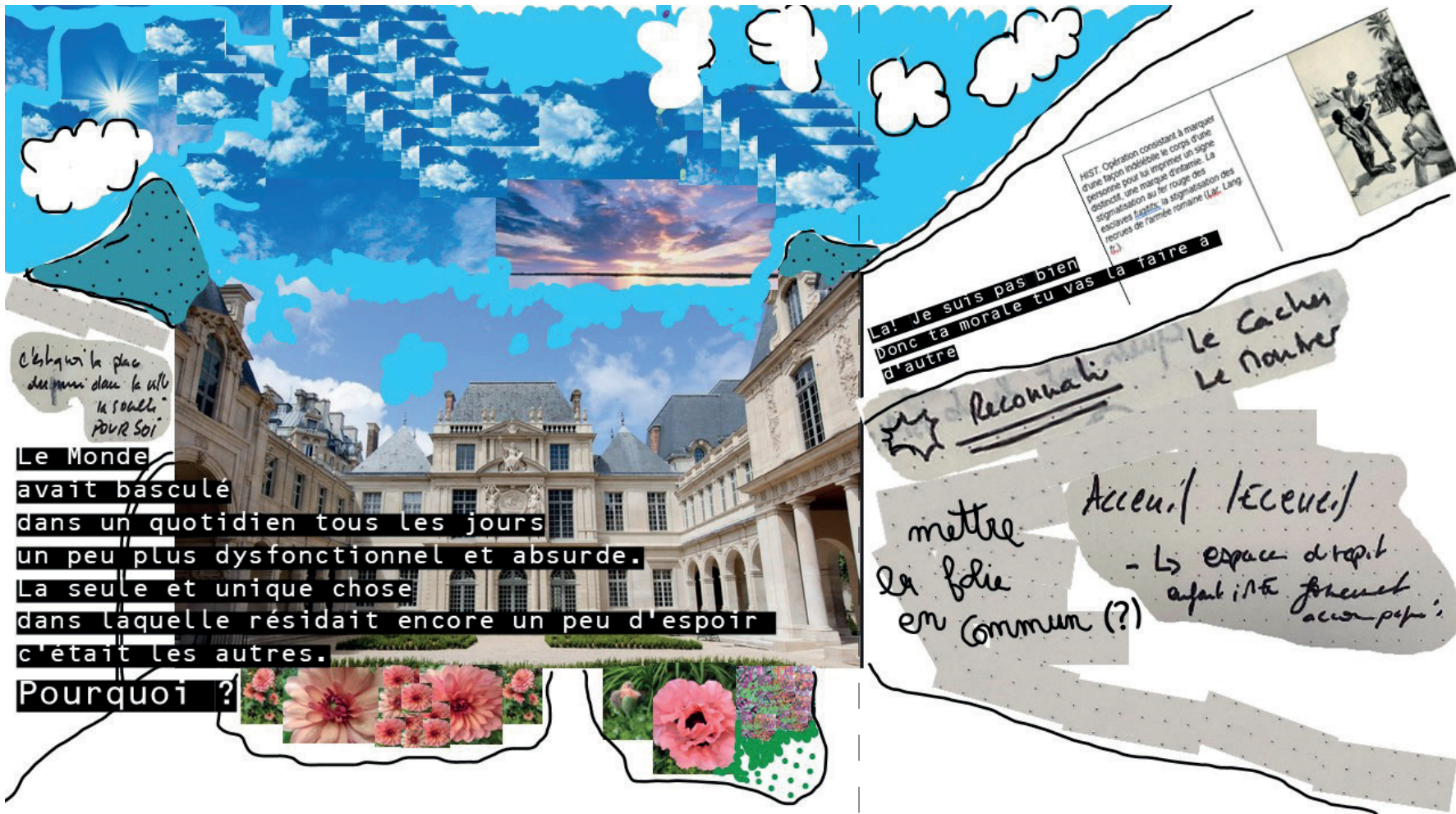
Conclusion : la participation comme variable permettant l'instauration d'un climat de soin

Nous avons pris le parti d'envisager la lutte contre les stigmatisations d'un point de vue global c'est-à-dire en prenant en compte l'institution et ses représentants, les professionnels présents auprès des visiteurs et les publics accueillis.

La première étape nous paraît être l'interconnaissance pour qu'évoluent les représentations des différents acteurs les uns vis-à-vis des autres. La deuxième étape serait de penser des temps et des espaces de rencontre pour que puissent s'échanger les besoins (de formation, d'accompagnement). La troisième étape consisterait à prendre en compte les différentes publics en leur permettant de s'engager sous différentes formes pour faire (re) donner au musée une fonction de commun. Or, ce commun nécessite un engagement collectif où chacun se sent reconnu comme faisant partie de la communauté, où chacun aurait les moyens de faire valoir ses droits et ses choix. Le musée, en tant qu'institution culturelle, n'est plus seulement un lieu de conservation ou de transmission verticale du savoir : il devient un espace de co-construction de sens, où visiteurs et professionnels partagent une responsabilité collective. Au-delà de l'accueil bienveillant, il s'agit d'un environnement muséal qui reconnaît et répond aux besoins spécifiques de chacun, en intégrant des dimensions psychologiques, sociales et physiques. Placer la participation des publics vulnérables comme enjeu de lutte contre les stigmatisation, enjoint les acteurs à ne pas seulement inclure les publics dits vulnérables mais à s'engager dans la co-construction d'un espace de soin collectif, où chacun, quels que soient ses fragilités, peut trouver

*et comment va Sonia ? et
Noémie ? et nous ? et moi ?
comment allez-vous ?*

reconnaissance, ressources et lien social. Ce modèle, qui dépasse la simple accessibilité, fait du musée un acteur clé de la résilience individuelle et communautaire.



Bibliographie

- Arnstein, S. (1969). A Ladder of Citizen Participation ». *Journal of the American Institute of Planners*, pp. 216-224.
- Baujard, C. (2020). Expérience esthétique et médiations thérapeutiques au musée. . *Le sujet dans la cité*, 9(1), pp. 221-231.
- Bauwens, M. (2019). L'art est-il bon pour la santé ? *Beaux-arts magazine*. Retrieved from <https://www.beauxarts.com/grand-format/lart-est-il-bon-pour-la-sante/>
- Bauwens, M. (2019). Pourquoi notre cerveau a-t-il besoin d'art ? . *Beaux-arts magazine*.
- Benoist, J. (2007). Logiques de La Stigmatisation, Éthique de La Destigmatisation. *L'information Psychiatrique*, 83(8), pp. 649-654.
- Bertini, M.-J. (2007). Usages épistémiques et sociaux de la stigmatisation. Pour une approche philosophique du concept de stigmatisation. *L'Information Psychiatrique*, 8(83), pp. 663-665.
- Bouchard, J.-M. (2006). Bouchard J.-M. (Partenariat et recherche de transparence. Des stratégies pour y parvenir. *Informations sociales*, 133, pp. 50-57.
- Brugère, F. (2011). *L'éthique du Care*. PUF.
- Brugère, F. (2018). La culture peut-elle être réparatrice ? *Culture et démocratie*, 47.
- Brun, A. (2005). Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique. *Revue Psychologie clinique et projective*, pp. 323-344.
- Carruthers, P. (2011). *Higher-Order Theories of Consciousness [archive]*. Stanford Encyclopedia of Philosophy.
- Changeux, J.-P. (2008). *Du vrai, du beau, du bien. Une nouvelle approche neuronale*. Odile Jacob.
- Chaumier, S. (2017). Musées, encore un effort pour être participatifs ! In D. F. Chevallier, *Métamorphoses des musées de société : Premières rencontres scientifiques internationales du MuCEM* (pp. 117-126).
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S., Slade, M., Rüsch, N., & Thornicroft, G. (2013). Clement et al, Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Jul 23;2013(7):CD009453. doi: 10.1002/14651858.CD009453.pub2. (T. C. reviews, Ed.) *Mass media interventions for reducing mental health-related stigma*, 7. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009453.pub2>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, pp. 614–625. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Derrida, J. (2026). *Le Monolinguisme de l'autre*. Essai Folio.
- Desclaux, A. (2003). *Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle ?* Retrieved from fhalshs-00079800
- Dhume, F. (2025). Quelle action publique face au racisme : sortir du sentiment d'impuissance, réinvestir la créativité. Quelques enseignements d'une recherche-action. *Cahiers de la LCD, Hors série*, pp. 35-46.
- Dodd, J., & Jones, C. (2014). *Mind, body, spirit: How museums impact health and wellbeing*. Leicester: Research Centre for Museums and Galleries.
- Donovan R, Henley N. (2003). *Social Marketing : Principles and Practice*. IP Communications. IP Communications.

- Dubourg, N., Brégain, G., Bertin, F. (2026). Introduction. In N. B. Dubourg, *Histoires des handicaps à travers les siècles - Identifications, trajectoires, institutions et sociabilités* (pp. 15-27). PUR.
- Ebersold, S. (2021). *L'accessibilité face à sa grammaire*. In S. Ebersold (dir.), *L'accessibilité ou la réinvention de l'école*. ISTE éditions.
- Fancourt D, Tymoszuk U. (2019). Cultural engagement and incident depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *British Journal of Psychiatry*, 214(4), pp. 225-229.
- Fleury, C., Fenoglio, A. (2022). *Ce qui ne peut être volé - Charte du Verstohlen*. Editions Gallimard.
- Foucalt, M. (1976). *Histoire de La Folie à l'Âge Classique*. Gallimard.
- Gauchet, M. (2022). *La démocratie contre elle-même*. Gallimard.
- Giroux, E. (2018). L'expérience participative : une condition parfois nécessaire de la (ré)appropriation du musée. *Le musée participatif*.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les Usages Sociaux Des Handicaps. Le sens commun*. Editions de minuit.
- HAS. (2020). *L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité, la personne polyhandicapée, actrice et citoyenne*. Retrieved from https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215404/fr/l-accompagnement-de-la-personne-polyhandicapee-dans-sa-specificite
- INSPQ. (2018). *Dimension éthique de la stigmatisation en Santé publique, outils d'aide à la réflexion*. Québec. Retrieved from <https://share.google/rT6flez6wYISF3fHV>
- IPSOS. (2014). *Les Français et leur santé mentale : comment améliorer la prévention ?* Retrieved from <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-leur-sante-mentale-comment-ameliorer-la-prevention>
- Jabouri, O-A., Leroux, P., Smith, P. (2022). La stigmatisation des personnes souffrant d'un problème de santé mentale et le rôle des professionnels de la santé : une scoping review internationale. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 8(3). doi:<https://doi.org/10.1016/j.refiri.2022.100280>
- Jobin, C., Hooge, S. et Le Masson, P. (2024). 18. Des preuves de concept aux preuves de soin. In C. F. Fleury, *Éthique et design : Pour un climat de soin* (pp. 345-355). Presses Universitaires de France.
- Keller, S. (2017). The dangerous ideal of mental health. *Stuff [Online]*. Retrieved from : <https://www.stuff.co.nz/life-style/well-good/teach-me/88591331/The-dangerous-ideal-of-mental-health>
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétence - les réponses à 100 questions*. Éditions Eyrolles.
- Le Journal de Culture & Démocratie. (2021). *Quel art, quel soin, quelle expérience?*
- Lemarquis, P. (2020). *L'art qui guérit*. Editions Hazan.
- Letarte, M. (2017). Des chercheurs en santé investissent le musée. *Québec Science*.
- Logiques de la stigmatisation, é. d.-0. (n.d.). Logiques de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation Jean Benoist Dans L'information psychiatrique 2007/8 Volume 83, pages 649 à 654 Éditions JLE Éditions ISSN 0020-0204 DOI 10.1684/ipe.2007.0228.
- Maheo, O. et Peretz, P. (2024). Introduction Entrer au musée : revendications minoritaires et politiques muséales. In O. Maheo, *Les minorités au musée : Réflexions franco-américaines* (pp. 11-32). La Documentation française.
- Manon, N., Bennett, T. (1995). The Birth of the Museum. *Communication. Information Médias Théories*, 17(1), pp. 247-251.
- Merle, N. (2024). *La politique interministérielle culture et santé : de la démocratisation au droit culturel*. DREES.

- Métropole, N. (2022). Villes et santé mentale. Nantes. Retrieved from <https://aialifedesigners.fr/fondation-appel-de-nantes-colloque-villes-sante-mentale/>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2023). *Santé mentale et psychiatrie : Synthèse du bilan de la feuille de route*. Retrieved from <https://www.sante.gouv.fr>
- Montero, S. (2024). Art et vulnérabilité : quel rôle et quelle place pour l'expérience sensible dans la relation de soin ? *Revue française des affaires sociales*, 242(2), pp. 123-137.
- Montero, S. (Montero S Art et vulnérabilité : Quel rôle et quelle place pour l'expérience sensible dans la relation de soins. *Revue française des affaires sociales DREES* 2024). *Montero S Art et vulnérabilité : Quel rôle et quelle place pour l'expérience sensible dans la relation de soins. Revue française des affaires sociales DREES* 2024. Montero S Art et vulnérabilité : Quel rôle et quelle place pour l'expérience sensible dans la relation de soins. *Revue française des affaires sociales DREES* 2024: Montero S Art et vulnérabilité : Quel rôle et quelle place pour l'expérience sensible dans la relation de soins. *Revue française des affaires sociales DREES* 2024.
- Musée du Louvre. (2024). *Figures du fou - du Moyen Age aux Romantiques - Dossier pédagogique*. Paris.
- Office of the US Surgeon General. (2023). *Our Epidemic of Loneliness and Isolationn: The U.S. Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community*. Retrieved from <https://share.google/vky02eogLX9RRPNoJ>
- Poulot, D. (2025). VI. *La muséologie. Musée et muséologie*. La Découverte.
- Rancière, J. (2000). *Le partage du sensible*. La fabrique.
- Roelandt, J.-L. (2006). Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions Et en France ? *L'information psychiatrique*, 82(4), 343-347., 82(4), pp. 343-347.
- Simmel, G. (1988). *La tragédie de la culture*. Rivages.
- Sloterdijk, P. (2000). *La domestication de l'être*. Mille et une nuits.
- Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage*. Picard.
- Wren-Lewis, S., Anna Alexandrova, A. (2021). Mental Health Without Well-Being. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 46(6), pp. 684–703.
- Zayts-Spence O, Edmonds D, Fortune Z. (2023). Mental Health, Discourse and Stigma. *BMC Psychol*. doi:10.1186/s40359-023-01210-6

Autres pistes bibliographiques repérées

- Ander EE, Thomson LJ, Blair K, et al. Using Museum Objects to Improve Wellbeing in Mental Health Service Users and Neurological Rehabilitation Clients. *British Journal of Occupational Therapy*. 2013;76(5):208-216.
- Anzieu, D. (2023). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Dambrine, A., France, E. (2022). *Pas de vacances pour la médecine de ville*. Pavillon de l'Arsenal.

Baujard, C. (2020). Les mondes perdus au Musée d'art et d'histoire de l'hôpital Sainte-Anne à Paris (MAHHSA) Souffrance psychique et médicalisation de l'existence. *Le Sociographe*, 72(4), XV-XXVI.

Beauchet, O., Moret, A., Deveault, M., Thiboutot, C., Parent, N., Boyer, H., & Galéry, K. (2025). Physician-prescribed museum visit benefits on mental health: results of an experimental study. *Frontiers in medicine*, 12, 1590145.

Bégout, B. (2020). *Le concept d'ambiance*. Seuil.

Bonnot, T. (s. d.). *L'attachement aux choses*. CNRS Editions.

Camic, P. M. & Chatterjee, H. J. (2013). Museums and art galleries as partners for public health interventions. *Perspectives in Public Health*, 133, 66–71.

Chatterjee, H. J., & Noble, G. (2013). *Museums, health and well being*. Farnham, Surrey: Ashgate Publications

Choay, F. (1996). *Sciences humaines*. Seuil.

Cutler, J. L., Harding, K. J., Hutner, L. A., Cortland, C., & Graham, M. J. (2012). Reducing medical students' stigmatization of people with chronic mental illness: a field intervention at the "living museum" state hospital art studio. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 36(3), 191–196.

Daykin N., Ellie Byrne, Tony Soteriou, and S. O'Connor. "Review: The Impact of Art, Design and Environment in Mental Healthcare: A Systematic Review of the Literature." *Journal of the Royal Society of Health*, 2008.

DeSilvey, C. (2017). *Curated Decay*. University of Minnesota Press.

Díez Ríos, Nerea & Palacios-Ceña, Domingo & Pérez-Corrales, Jorge & Florencio, Lidiane & Rodríguez-Pérez, M^a & Algado, Salvador. (2025). Art as an Agent of Wellbeing and Social –Participation for Mental Health: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*. 1-12. 10.1007/s10597-025-01516-2.

Dommergue, B. « Catherine Grenier, La Fin des musées ? », Critique d'art [En ligne], Toutes les notes de lecture en ligne, mis en ligne le 01 mai 2015, consulté le 22 septembre 2020.

Fleury, Thoisy, C., Eric. (2022). *Soutenir*. Éditions du Pavillon de l'Arsenal.

Giroux, É. (2018). L'expérience participative : une condition parfois nécessaire de la (ré)appropriation du musée. Dans A. Delarge et I. Roussel Le Musée participatif : L'ambition des écomusées (p. 137-145). La Documentation française.

Goffman, E. (1975). *Stigmate*. Les éditions de minuits.

Histerlitsch, A. (1970). *Psychanalyse et urbanisme*. Gallimard.

Korff-Sausse, S. (2020). Promenade dans les musées au temps du confinement. Corps & Psychisme, 77(2), 171-178.

Lamoureux, È., Maignien, N. et Saillant, F. (2024). Chapitre 16. Le projet InterReconnaissance au Québec, au service de la coconstruction communautaire. Dans O. Maheo Les minorités au musée : Réflexions franco-américaines (p. 241-253). La Documentation française. <https://doi.org/10.3917/ldf.maheo.2024.01.0241>.

Lusso, B. (2009). Les musées, un outil efficace de régénération urbaine ? Les exemples de Mons (Belgique), Essen (Allemagne) et Manchester (Royaume-Uni). *Cybergeog: European Journal of Geography*.

Marin, C. (2014). La maladie, catastrophe intime. PUF.

Marin, C. (2015). À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott. PUF.

Mbembe, A. (2023). Brutalisme. La Découverte.

Puiseux, C. (2026). De chair et de fer. Vivre et lutter dans une société validiste. Editions de la Découverte.

Rotor, Hoop, A., Zitouni, B. (2010). Usus / usures. État des lieux / How things stand . Cellule architecture. <https://rotordb.org/en/projects/usususures-etat-des-lieux-how-things-stand>

Ruskin, J. (2008). Les Sept lampes de l'architecture. Klincksieck.

Schwarte, L. (2019). Philosophie de l'architecture. Éditions La Découverte.

Stagnoli, M.« Le Marec Joëlle et Maczek Ewa (Éds.). (2020). *Musées et recherche : Le souci du public* », *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne], 23 | 2021, mis en ligne le 01 septembre 2021, consulté le 21 décembre 2025. URL : <http://journals.openedition.org/rfsic/11693>

Van Gennep, A. (2011). Les rites de passage. Picard.