



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Convention de collaboration « Culture et Santé »

Enjeux croisés liés aux politiques
culturelles, de santé et médico-sociales.

ENTRE

LE MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES
FAMILLES

ET

LE MINISTÈRE DE LA CULTURE

Table des matières

ARTICLE 1. UNE POLITIQUE COMMUNE POUR UNE SOCIETE PLUS INCLUSIVE : RENFORCER L'ACCES A LA CULTURE.....	4
ARTICLE 2. UNE POLITIQUE COMMUNE POUR UNE SOCIETE EN SANTE : LA CULTURE COMME LEVIER DE PROMOTION ET DE PREVENTION EN SANTE.....	6
ARTICLE 3. UNE POLITIQUE MULTIPARTENARIALE ET MULTIDIMENSIONNELLE	8
Article 3.1 Les acteurs.....	8
Article 3.2. Prendre en compte la diversité des champs culturels et des pratiques..	9
ARTICLE 4. LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE.....	10
Article 4.1 Typologie d'actions.....	11
Article 4.2 La mobilisation des structures culturelles labellisés et/ou conventionnés par l'État.....	12
Article 4.3 La mobilisation des structures de santé, de prévention et médico- sociales.....	13
Article 4.4 Expérimentations d'« ordonnance d'art » ; l'expérience culturelle directement liée au parcours de santé, doit l'être dans le respect des droits culturels.....	13
ARTICLE 5. ACCOMPAGNER ET DEFINIR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET L'INGENIERIE DE PROJETS	14
Article 5.1. Un interlocuteur chargé des actions culturelles au sein des établissements de santé et ESMS, ainsi que des référents santé, handicap et inclusion dans les établissements culturels.....	14
Article 5.2 La formation des professionnels et des intervenants et le cadre de pratiques professionnelles	14
Article 5.2.1. La formation initiale.....	15
Article 5.2.3 La formation continue.....	15
Article 6. CONSOLIDER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE CULTURE ET SANTE	16
Article 6.1. Au niveau national.....	16
Article 6.2. Au niveau territorial.....	17
Article 6.2.1 Les partenariats interministériels en région.....	17
Article 6.2.2 Les partenariats avec les collectivités territoriales.....	18
Article 7. SUIVI ET EVALUATION.....	18
Article 7.1. Un pilotage national consolidé.....	18
Article 7.2. L'évaluation territoriale annuelle	20
ARTICLE 8. DISPOSITIONS COMMUNES ET TRANSITOIRES.....	20

Vu la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 qui stipule dans son article 27 que « Toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent » ;

Vu l'article 13 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 « La Nation garantit l'égal accès de l'enfant et de l'adulte à l'instruction, à la formation professionnelle et à la culture. L'organisation de l'enseignement public gratuit et laïque à tous les degrés est un devoir de l'Etat. » ;

Vu la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 *d'Orientation relative à la lutte contre les exclusions*, qui vise à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, notamment la culture ;

Vu l'article 5 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en faveur des missions d'intérêt général contribuant au développement social et culturel ;

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 *pour l'Egalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, qui consacre le principe de l'accessibilité dans tous les domaines de la vie ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* intégrant la culture comme une des dimensions du système de santé en invitant les agences régionales de santé (ARS) à favoriser le développement d'une démarche culturelle et en énonçant la présence d'un volet social et culturel dans les projets d'établissements de santé ;

Vu la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant sur la *Nouvelle Organisation Territoriale de la République* (loi NOTRe) ;

Vu la loi n° 2016-925 relative à la *Liberté de création, à l'architecture et au patrimoine* du 7 juillet 2016 ;

Vu la circulaire interministérielle du 23 février 2022 relative aux actions de sensibilisation et de formation au secourisme en santé mentale dans la fonction publique ;

Considérant la convention nationale Culture-Santé du 6 mai 2010 proposant une expérimentation d'élargissement au secteur médico-social ;

Considérant la conférence nationale du handicap du 26 avril 2023 qui porte parmi les 10 engagements celui d'un égal accès au sport, à la culture et aux loisirs ;

Considérant le Comité Interministériel du Handicap (CIH) du 16 mai 2024 qui porte également plusieurs mesures relatives à l'accès à la culture des Personnes en situation de Handicap ;

Considérant la Commission Nationale Culture-Handicap (CNCH) placée sous la co-présidence du ministre de la Culture et du ministre en charge des personnes handicapées, créée par arrêté le 1^{er} février 2001 ;

Considérant la Déclaration de Fribourg sur les droits culturels qui promeut la protection de la diversité et des droits culturels au sein du système des droits de l'homme de 2007 ;

Considérant la stratégie 2021-2030 de la Commission européenne pour l'accès à la culture, au sport, aux activités de divertissement, ou encore à la santé appelant les Etats membres à prendre les mesures nécessaires pour promouvoir les actions des personnes en situation de handicap, assurer leur bien-être et leur protection ainsi que garantir un accès semblable aux personnes valides aux services publics, aux terrains de sport ou aux salles de spectacle ;

Considérant le plan de travail de l'Union Européenne pour la culture 2023-2026 intitulé « La culture pour les citoyens : renforcer la participation culturelle et le rôle de la culture dans la société » ;

Considérant la stratégie nationale de santé 2023-2033 de mars 2023 ;

Considérant les circulaires du 2 mai 2013, du 10 mai 2017 et la charte du haut conseil de l'éducation artistique et culturelle de juillet 2016, faisant de l'éducation artistique et culturelle une priorité partagée visant la démocratisation et l'égal accès de tous les jeunes aux arts et aux pratiques culturelles ;

Considérant le protocole pour l'éveil culturel et artistique des jeunes enfants de mars 2017 ;

Considérant la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027 (engagement 6 – mesure 68) pour soutenir et intensifier l'accessibilité à la culture et aux lieux de culture pour les personnes TSA, DYS, TDI, TDAH ;
Considérant la stratégie « Bien vieillir » de novembre 2023 et son axe 4 « garantir les droits et la participation des citoyens âgés » ;
Considérant les recommandations du rapport 2023 du Défenseur des droits pour l'accès des enfants aux loisirs, au sport et à la culture.

PRÉAMBULE

Le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et le ministère de la Culture sont engagés dans la politique interministérielle Culture-Santé depuis 1999, date de la signature d'une première convention commune. En 2010, un nouveau texte est signé entre les ministères afin de maintenir et de renforcer la dynamique amorcée.

Aujourd'hui, les deux ministères ont souhaité renouveler la convention de 2010 afin de poursuivre la politique commune en faveur de l'accès à la culture pour toutes et tous et de prendre en compte de nouveaux enjeux tels que l'amélioration de la santé des populations.

Dans ce cadre, la Santé est entendue au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui, dans sa Constitution de 1948, la définit comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La présente convention vise ainsi deux objectifs complémentaires :

- **renforcer l'accès à la culture des personnes** prises en charge en établissement de santé, en ville, en hospitalisation à domicile (HAD), ainsi que des personnes âgées et/ou en situation de handicap accompagnées ou non par un établissement ou un service médico-social (ESMS) ;
- **mobiliser le levier de la culture pour améliorer la santé de la population**, dans une approche de promotion de la santé et de meilleure compréhension des enjeux de prévention en santé, en dehors de l'art-thérapie.

Dans la présente convention, les termes « médico-social » renvoient au champ de l'autonomie.

Les signataires s'engagent à travers cette politique à favoriser la prise en compte des droits culturels des personnes et à mettre en place les outils et les conditions nécessaires à leur application.

La présente convention fixe un cadre général tout en laissant aux Agences Régionales de Santé (ARS) et aux Directions Régionales des Affaires Culturelles (DRAC) une pleine autonomie dans la déclinaison territoriale des actions, et notamment sur la typologie des actions à mener. Elles disposent ainsi de toute latitude pour déterminer les modalités de mise en œuvre adaptées à leurs contextes locaux, y compris en ce qui concerne la répartition des ressources entre les différents objectifs poursuivis par la convention. Cette souplesse vise

à garantir une approche concertée et contextualisée, favorisant l'efficacité et la pertinence des actions menées sur le terrain.

ARTICLE 1. UNE POLITIQUE COMMUNE POUR UNE SOCIÉTÉ PLUS INCLUSIVE : RENFORCER L'ACCÈS A LA CULTURE

Les ministères agissent en faveur d'une société plus inclusive notamment à travers l'accès aux arts, à la culture et à la pratique artistique et culturelle, en tant qu'exigence démocratique. Il s'agit en effet d'un important vecteur d'émancipation, d'inclusion, d'autonomie et de citoyenneté.

Permettre aux personnes hospitalisées ainsi qu'aux personnes âgées ou en situation de handicap, de prendre toute leur place dans la société et de participer à la vie artistique et culturelle est ainsi une priorité pour les signataires. La convention intègre ainsi les personnes âgées et en situation de handicap non plus à titre expérimental, tel que le prévoyait la Convention culture-santé de 2010, mais de manière pérenne. Elle s'attache à prendre en compte les singularités et particularités de chacun, les capacités et la citoyenneté de tous.

C'est pourquoi, la présente convention a pour objectifs d'encourager l'accès aux œuvres, aux produits des industries culturelles et aux lieux culturels de tous les publics en secteur hospitalier et médico-social quel que soient leur situation, ou leurs âges. Sur un mode participatif, **les bénéficiaires concernés, leurs aidants, leurs familles, leurs proches et leurs accompagnants seront associés à l'élaboration des projets qui leurs sont destinés.**

Elle contribue également à favoriser la reconnaissance du rôle de chacun comme passeur de culture et acteur du renouvellement de la création artistique. Dans ce cadre, une attention particulière sera portée aux actions intergénérationnelles.

Les bénéficiaires concernés par ce premier objectif sont :

- les personnes hospitalisées en établissement de santé ou à domicile (HAD) ;
- les personnes âgées ou en situation de handicap accompagnées ou non par des ESMS;
- les familles, les proches, les aidants et accompagnants ;
- l'ensemble de la communauté professionnelle des secteurs susmentionnés (soignants, personnels administratifs, équipes médico-sociales).

Les enjeux de la politique partenariale entre les signataires sont de :

- développer l'éducation artistique et culturelle à destination des publics cibles par le biais notamment de projets favorisant la mixité des publics ;
- favoriser la mise en œuvre d'une politique culturelle inclusive en veillant à une complète mobilisation des structures culturelles du territoire en faveur des publics cibles ;
- mobiliser et accompagner les artistes et les acteurs culturels pour une présence renforcée auprès des publics cibles ;
- mobiliser et accompagner les établissements de santé et ESMS pour l'intégration d'une démarche artistique et culturelle dans le projet d'établissement ;
- participer à une meilleure inclusion, à la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et au changement de regard sur les personnes âgées ou en situation de handicap (moteur, mental, sensoriel, psychique, cognitif), malades et/ou hospitalisées ;
- promouvoir les capacités des personnes bénéficiaires de cette politique ;
- favoriser les dispositifs d'accueil bienveillants ;
- définir le cadre des pratiques professionnelles dans ces différents contextes ;
- établir des liens entre les différents secteurs professionnels en favorisant l'interconnaissance et la coopération des acteurs de la culture et des établissements de santé et établissements et services médico-sociaux sur les territoires.

ARTICLE 2. UNE POLITIQUE COMMUNE POUR UNE SOCIÉTÉ EN SANTÉ : LA CULTURE COMME LEVIER DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Les ministères agissent en faveur d'une société plus en santé notamment à travers la participation des acteurs de la culture à la politique de promotion et de prévention en santé. Ces enjeux sont du ressort du niveau national ainsi que du niveau régional (en relai des politiques nationales).

L'Organisation mondiale de la santé reconnaît les effets positifs de l'art et de la culture sur la santé, et notamment sur la santé mentale. Ainsi, la culture fait pleinement partie d'une approche de promotion de la santé permettant à la fois de créer des environnements plus favorables à la santé (renforcement des liens sociaux, lutte contre la stigmatisation, lieux sans tabac...), de développer certaines compétences utiles en santé (lecture, expression de soi, esprit

critique...) et de sensibiliser à des comportements favorables à la santé (activité physique, alimentation, addictions, santé mentale, sommeil, stimulation cognitive, usage raisonné des écrans, santé environnementale...).

Permettre aux acteurs de la culture de contribuer davantage aux politiques de promotion de la santé et de prévention est ainsi un nouvel objectif pour les signataires. Ce faisant, ils peuvent contribuer notamment à la prévention des troubles en santé mentale (la santé mentale est Grande Cause Nationale en 2025), et permettre une meilleure sensibilisation du public sur les enjeux de santé.

Les bénéficiaires suivants :

- **les bénéficiaires des actions de prévention et de promotion de la santé** ciblés par les stratégies des agences régionales de santé.
- **les usagers des services de santé et du secteur médico-social (dont les personnes mentionnées à l'article 1) engagés dans des actions de prévention et de promotion de la santé.**

Les enjeux de la politique partenariale nationale, et le cas échéant régionale, entre les signataires sont de :

- acculturer les acteurs du champ culturel aux enjeux de santé publique, afin de promouvoir des comportements et des environnements plus favorables à la santé ;
- promouvoir des activités culturelles et artistiques favorisant notamment le lien social, le lien parents-enfants, les compétences psychosociales ou luttant contre la sédentarité. Ces activités peuvent également concourir à faire évoluer le regard sur des problématiques de santé ;
- faire converger les enjeux de promotion de la culture et de la santé en veillant à la compatibilité des messages (ex. promotion de la lecture et prévention de la surconsommation d'écrans), par des actions communes (ex : promotion d'un rituel de coucher autour de la lecture de comptines, etc.) ou lors de manifestations (ex : expositions permettant de renforcer l'information en santé dans les centres culturels scientifiques et techniques, participation d'acteurs culturels à certains événements : semaine d'information en santé mentale, journée mondiale de prévention du suicide, mois sans tabac, journée des aidants, semaine nationale des personnes âgées...) ;
- faire participer, le cas échéant, des acteurs culturels aux instances dans les champs sanitaire et/ou médico-social (ex : conseils locaux de santé mentale, conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA)...) .

Au niveau national, comme au niveau régional, les projets, en préservant la liberté de création, sont en accord avec la charte de l'Arcom signée visant à promouvoir une alimentation et des comportements favorables à la santé (2025-2029). Les projets prennent toutes les précautions nécessaires quant à la représentation de la crise suicidaire afin d'éviter le risque d'effet d'enchaînement suicidaire. Enfin, ils veillent à ce que la représentation des troubles psychiques, et plus globalement des maladies et des handicaps, dans les contenus culturels ne soit pas stigmatisante, de sorte à ne pas accroître la souffrance des personnes concernées.

Enfin, les maîtres d'ouvrage sont encouragés à prendre en compte l'importance de la qualité architecturale du bâti, de la signalétique, du mobilier, afin d'améliorer le bien-être des usagers et des professionnels des secteurs de la santé et du médico-social. La notion de qualité architecturale est prise en compte par tous les établissements cités.

Pour tous les établissements du champ culturel, en particulier ceux accueillant du public, des précautions architecturales intègrent notamment la prévention du risque suicidaire, pour éviter les « hot spots » (sites fréquemment utilisés comme lieu de suicide compte tenu de leur facilité d'accès et de leur létalité perçue).

ARTICLE 3. UNE POLITIQUE MULTIPARTENARIALE ET MULTIDIMENSIONNELLE

Article 3.1 Les acteurs

Les partenariats conclus dans le cadre de la politique « culture et santé » contribuent à faire des établissements hospitaliers, services de santé de proximité et ESMS, des espaces de rencontre ouverts sur leur territoire de proximité, renforçant ainsi les liens entre les personnes. Ces partenariats permettent de renforcer l'accès aux arts et à la culture dans sa diversité, pour toutes et tous et peuvent, grâce au vecteur culturel et, dans le respect de la liberté de création, contribuer à sensibiliser et diffuser des informations de santé publique.

La conception et la mise en œuvre de ces actions « culture et santé » doivent donc s'appuyer sur une coopération renforcée entre l'ensemble des acteurs concernés sur un même territoire (acteurs de la santé et de la prévention, acteurs du médico-social du champ de l'autonomie, acteurs culturels, représentants des bénéficiaires, collectivités territoriales etc.).

La mise en œuvre opérationnelle de cette politique est faite par le biais :

- des équipements culturels – en particulier les lieux de proximité tels que les bibliothèques, les musées, les monuments historiques, les cinémas, les établissements d'enseignement artistiques spécialisés – conservatoires, et salles de spectacles – et les équipes artistiques ;
- des associations ressources reconnues dans les domaines artistiques et culturels, socioculturels, familiaux, éducatifs, les réseaux de solidarités, d'éducation populaire, les personnes directement concernées et les associations qui les représentent ;
- des « pôles ressources » culture/santé, structures régionales intermédiaires, de coordination et partenaires des DRAC et des ARS¹ ;
- des établissements sanitaires ;
- des ESMS ;
- des services et acteurs de santé et de prévention de proximité ;
- le cas échéant, les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ;
- des lieux de soutien et de répit pour les familles.

Le pilotage de cette politique est mené au niveau national et régional par :

- le ministère de la Culture : la Délégation générale à transmission, aux territoires et à la démocratie culturelle (DG2TDC), la direction des affaires culturelles (DAC) ou la direction régionale des affaires culturelles (DRAC) ;
- le ministère de la Santé et de l'Accès aux soins : la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Egalité entre les femmes et les hommes : la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)
- les agences régionales de santé (ARS) ;
- les collectivités territoriales et leurs établissements publics.

Les « pôles ressources » culture/santé, peuvent être conviés à tout ou partie de la concertation. Une structuration en réseau national de ces pôles est encouragée pour soutenir les échanges de bonnes pratiques et l'équité territoriale.

¹ « En lien avec des missions de service public ou des nouveaux espaces de coopération citoyenne, ces structures œuvrent en faveur de partenariats coconstruits entre des institutions hospitalières ou médico-sociales, des établissements culturels et des équipes artistiques professionnelles dans un esprit d'ouverture, d'innovation sociale et de transversalité. » Charte d'Entrelacs, réseau national des pôles culture/santé, médico-social et handicap

Les partenaires privés qui soutiennent la politique interministérielle culture et santé dans les territoires peuvent être associés à tout ou partie de la concertation.

Les pôles territoriaux de mécénat ou les référents mécénats en DRAC/DAC seront associés à la recherche de financements complémentaires.

Article 3.2. Prendre en compte la diversité des champs culturels et des pratiques

Les actions développées prennent en compte la diversité des champs culturels et des pratiques :

- Des dimensions de l'art et de la culture (spectacle vivant, arts du cirque, arts de la rue, arts plastiques et visuels, architecture, patrimoine, embellissement et préservation des bâtiments, archives, livre et lecture, presse et médias, cinéma, pratiques numériques, culture scientifique et technique, diversité linguistique, éducation aux médias et à l'information, design, ...);
- Des structures culturelles (compagnies artistiques, établissements culturels dans leur diversité, notamment les établissements d'enseignement spécialisés -conservatoires - et supérieur);
- Des lieux d'intervention qui se situent tant au sein des espaces d'accueil et de pratique des opérateurs culturels qu'au sein des établissements de santé, des ESMS ou au domicile des personnes mais aussi au sein des services de santé de proximité (résidences d'artistes par exemple), et qui s'inscrivent dans un objectif inclusif;
- Des publics, en prenant en compte leur niveau d'autonomie et les modalités de leur accompagnement;
- Des pratiques en conjuguant des moments d'échanges, de découverte (visites de lieux culturels et du patrimoine, découverte des œuvres) et des expériences de pratique et de créations artistiques, ainsi que des rencontres avec les artistes ou les personnels culturels et scientifiques.

Afin de donner la possibilité aux personnes concernées d'accéder en autonomie, en individuel et en collectif, à la vie culturelle et artistique, une attention particulière est accordée à :

- l'accessibilité des lieux culturels, des œuvres et des pratiques artistiques telle que prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, à la mise à disposition d'outils de médiation adaptés aux besoins spécifiques;

- la mise en place de dispositifs assurant la continuité de la pratique artistique et culturelle des personnes accompagnées par un ESMS ou lors de leur séjour en établissement de santé ;
- l'adéquation des actions mises en œuvre avec le projet de vie de la personne et cela dans un objectif inclusif ;
- la qualité et au renouvellement, des projets artistiques coconstruits avec des professionnels des arts et de la culture ;
- l'adaptation des actions mises en œuvre avec l'état de santé ou de dépendance de la personne.

La présente convention prend en compte les actions « culture et santé » coconstruites directement avec les personnes concernées et/ou leurs associations représentatives dans le cadre d'un projet individuel ou collectif mené au sein d'une structure de santé ou d'un ESMS.

Les actions sont élaborées sur la base d'une coopération entre équipes sanitaires, socio-éducatives, médico-sociales, équipes artistiques et culturelles professionnelles. Le projet artistique et culturel qui en émane doit être cohérent avec les enjeux de chacun des partenaires et coconstruit avec et pour le ou les bénéficiaires. A ce titre, l'ensemble des dispositifs (appels à projets, fonds accessibilité...) et partenariats mis en œuvre par les signataires tiennent compte des objectifs de cette convention.

ARTICLE 4. LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Les DRAC/DAC et les ARS favorisent la mise en place de conventions d'objectifs pluriannuels avec les acteurs structurants de la politique culture/santé sur leur territoire (circulaire du premier ministre du 29 septembre 2015), et favorisent les partenariats entre les structures culturelles et les structures de santé (soins et prévention) ou médico-sociales.

Les DRAC/DAC et les ARS veillent à inscrire leur action sur le long terme et, si possible, à pérenniser les actions qui évaluées positivement pour leur impact, leur équité et leur caractère durable. Les services veillent, dès la mise en place des projets, aux indicateurs de suivi et d'évaluation, à la valorisation des actions, au suivi et à la continuité des projets.

Les DRAC/DAC et les ARS veillent à associer les collectivités territoriales que ce soit à l'échelle des initiatives développées ou dans le cadre des collectifs de

réflexion et de pilotage tels que prévus dans l'article 6 de la présente convention. Elles veillent également à prendre en compte les caractéristiques des publics concernés, en faveur de la démocratie culturelle et de l'éducation artistique et culturelle, celle-ci devant être adaptée pour les publics en situation de handicap.

Article 4.1 Typologie d'actions

Les DRAC/DAC et ARS veillent, en lien avec les collectivités à :

- mettre en œuvre l'accessibilité des lieux, de l'offre culturelle et des pratiques ;
- favoriser des temps de rencontre avec les œuvres et les artistes ;
- développer et valoriser l'expression artistique des personnes concernées par la convention ;
- favoriser et si possible développer la présence de la création artistique, notamment par :
 - le développement de la commande publique artistique (notamment le 1% artistique) ;
 - les résidences d'auteurs ou d'artistes notamment celles qui font participer activement le public vivant sur le lieu de résidence ;
 - la diffusion artistique et culturelle (concerts, spectacles, expositions) ; les actions de diffusion peuvent être élaborées en lien avec les programmations événementielles locales mais aussi nationales du ministère de la Culture (Fête de la musique, Journées européennes du Patrimoine, Nuit de la lecture, Partir en livre...) ou de Santé (semaines d'information en santé mentale, journées nationales ou mondiales dédiées à une thématique santé), ainsi qu'avec les dispositifs régionaux ;
- favoriser la mise en place de partenariats pérennes entre les structures de santé (soin et prévention) ou médico-sociales et les structures culturelles de proximité, facteurs de décroisement et de cohésion sociale : soutien à la vie sociale, mobilisation des capacités des personnes concernées, stimulation cognitive par le biais d'activités culturelles diverses et adaptées, soutien à la filière culturelle locale à travers ces partenariats avec les structures de santé et du médico-social ;
 - (Il s'agit de créer les conditions de la rencontre et de positionner la structure sanitaire ou médico-sociale au sein du paysage culturel local. Ces partenariats seront formalisés par un conventionnement déterminant le rôle et les engagements de chacun en termes de ressources humaines et financières.

- Ces partenariats veillent à l'intégration des critères de qualité, notamment dans le déploiement territorial d'actions probantes et prometteuses en prévention et promotion de la santé.)
- favoriser la rencontre entre ces deux secteurs, pour cela il est conseillé de favoriser la co-construction des projets artistiques et culturels, en lien avec les équipes sanitaires et médico-sociales et les bénéficiaires ;
- financer des projets d'études et de recherche sur les bénéfices de l'art et de la culture en milieu de santé et médico-social (aspects qualitatifs, quantitatifs, répercussions sur les bénéficiaires et les institutions), le cas échéant dans le cadre de projets bénéficiant de financements européens ;
- mettre en place ou pérenniser des offres de lecture et de services associés (médiation, dispositifs spécifiques de lecture, etc.), en lien avec les bibliothèques territoriales et collectivités ;
- mettre en place une offre d'actions permettant de toucher le public vivant à domicile, en s'associant notamment avec les acteurs de la prévention et de promotion de la santé réalisant des actions d'aller vers ;
- développer une offre de formations croisées entre les secteurs de la culture, de la santé et du médico-social, afin de favoriser la connaissance réciproque des pratiques professionnelles, le partage de bonnes pratiques et les droits culturels ;
- communiquer sur le développement d'une offre de livres numériques nativement accessibles ;
- avoir une attention particulière et évaluer les expérimentations d'« ordonnances d'art », dans le respect et le cadre des droits culturels et réfléchir à la sémantique de ces projets et à leur place dans le paysage culture et santé (voir article 4.4).

Article 4.2 La mobilisation des structures culturelles labellisés et/ou conventionnés par l'État

Les objectifs se concrétisent par la mobilisation des équipements culturels labellisés et/ou conventionnés par l'État et de l'ensemble des structures culturelles, notamment dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens afin qu'au titre de la mise en application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, chacun puisse accéder au bâtiment, à l'offre de pratique artistique et culturelle – au sein de l'équipement et hors les murs – ainsi qu'à l'information sur les offres et la programmation de la structure (modalités de contact, sites internet, documents de communication, etc.) et qu'une réflexion puisse être engagée sur :

- la tarification pour les personnes et leurs accompagnants ;

- la mise en œuvre de projets d'intervention spécifiques pour les publics précités ;
- la sensibilisation des acteurs culturels aux enjeux de lutte contre la stigmatisation et les discriminations, ainsi qu'aux enjeux de santé publique.

Article 4.3 La mobilisation des structures de santé, de prévention et médico-sociales

En application de l'article L.1431-2 du code de la santé publique « *les agences régionales de santé encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel.* »

Dans le cadre de la réactualisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), les ARS seront attentives à ce que les établissements de santé et les ESMS examinent les possibilités de :

- inscrire dans leur projet d'établissement un volet comportant la définition d'une politique culturelle répondant aux objectifs mentionnés dans le préambule et prendre en compte les caractéristiques de la population accompagnée et les types d'intervention ;
- s'appuyer sur des partenaires culturels de proximité : musées, monuments historiques, centres d'archives, centres d'art et fonds régionaux d'art contemporain, bibliothèques, lieux de diffusion du spectacle vivant, établissements de formation artistique, pôles régionaux d'éducation à l'image, salles de cinéma, artistes et associations culturelles ;
- identifier si possible un référent culturel : responsable culturel, attaché culturel, délégué aux affaires culturelles, chargé de mission culture, etc. ;
- identifier la mobilisation de crédits permettant de soutenir des projets répondant aux enjeux de la convention ;
- mettre en place un groupe de pilotage et de réflexion sur la thématique culturelle ;
- décliner les grands événements culturels et sanitaires nationaux (Journées européennes du patrimoine, Fête de la musique, Printemps du cinéma, le Printemps des poètes, semaine d'information en santé mentale, mois sans tabac...) ou régionaux (Rencontres de la photographie d'Arles, Biennale de Lyon, etc.).

Les acteurs de la santé, de la prévention et du médico-social exerçant en proximité peuvent également engager des réflexions sur ces mêmes propositions.

Article 4.4 Expérimentations d'« ordonnance d'art » ; l'expérience culturelle directement liée au parcours de santé, doit l'être dans le respect des droits culturels.

La présente convention permet aux signataires de s'assurer de l'application des droits culturels des personnes. Les expérimentations, dans le cadre « d'ordonnance d'art », peuvent intégrer le parcours de soin sans objectif thérapeutique. Ces projets sont coconstruits dans le cadre d'un partenariat entre établissements culturels et établissements de santé ou ESMS, mais aussi avec les bénéficiaires. Les bénéficiaires ne doivent pas être cantonnés à leur posture de patient, l'objectif premier de la politique publique culture/santé étant l'accès à la culture pour toutes et tous et l'exercice de leur pleine citoyenneté.

L'intervention des artistes ou établissements culturels dans les milieux du soin, sont complémentaires des actions d'animation dans les services, ou des interventions d'art-thérapie qui sont plus directement reliées aux soins. Les signataires de cette convention nationale ont une attention pour les expérimentations nommées « ordonnance d'art » et leur évaluation d'impact. Un travail de réflexion sera engagé en interministériel et avec les partenaires concernant la sémantique de ces projets, leur place et leur complémentarité possible avec les projets culture et santé tel qu'ils sont pensés depuis 1999.

ARTICLE 5. ACCOMPAGNER ET DÉFINIR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET L'INGÉNIERIE DE PROJETS

Article 5.1. Un interlocuteur chargé des actions culturelles au sein des établissements de santé et ESMS, ainsi que des référents santé, handicap et inclusion dans les établissements culturels

Afin que le projet culturel soit pleinement inscrit et mis en œuvre pour les personnes bénéficiaires, il est recommandé que soit désigné un interlocuteur au sein de chaque ESMS en charge des actions culturelles. Ce dernier pourra être chargé de concevoir et de mettre en œuvre la politique culturelle au bénéfice des patients, des personnes accompagnées par les établissements et services concernés, de leurs familles et proches aidants ainsi que des équipes sanitaires et médico-sociales. Ces interlocuteurs auront également pour mission de construire des partenariats avec les acteurs culturels locaux. Ils pourront également impulser des actions de sensibilisation des professionnels concourant au service public départemental de l'autonomie (SPDA) – parmi

lesquels ceux des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) - s'agissant de l'accès à la culture des personnes âgées et en situation de handicap.

De même, il est recommandé de pouvoir désigner un référent « culture-santé » dans les établissements culturels. Ce référent permet d'inclure les questions de l'accessibilité et de santé publique dans les projets de la structure. C'est une personne ressource, ayant été formée spécifiquement. Elle peut mettre en place des actions de sensibilisation des personnels, notamment concernant l'accueil des publics spécifiques. Ce référent peut favoriser le travail en réseau et peut être directement sollicité par les établissements de santé, établissements et services médico-sociaux ou les bénéficiaires.

Article 5.2 La formation des professionnels et des intervenants et le cadre de pratiques professionnelles

Le ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles et le ministère de la Culture veillent à sensibiliser les personnels des secteurs de la santé et du secteur médico-social à la culture et aux droits culturels. Ils veillent également à former les acteurs de la culture à la connaissance des différentes catégories de publics en situation de handicap ou âgés et à les sensibiliser aux principaux enjeux de santé (santé mentale, compétences psycho-sociales, addictions, nutrition, santé/environnement, soutien à la parentalité...).

La formation des professionnels et des intervenants sera recherchée à travers la conclusion de partenariats entre acteurs culturels et acteurs du champ sanitaire et médico-social en vue d'établir et de proposer aux publics concernés des projets artistiques et culturels de qualité.

Les porteurs de projets, structures intermédiaires structurantes pour la politique culture et santé, établissements de santé et du champ culturel ainsi que les établissements médico-sociaux pourront ainsi mettre en place des formations croisées afin de favoriser l'interconnaissance, la coopération entre équipes sanitaires, médico-sociales, socio-éducatives et équipes artistiques et culturelles en vue de la définition d'un projet artistique et culturel cohérent et coconstruit.

Article 5.2.1. La formation initiale

Les établissements d'enseignement supérieur sous tutelle du ministère de la Culture formant aux métiers de l'architecture, du patrimoine, des arts plastiques et visuels, du spectacle vivant et du cinéma, veilleront à la prise en compte de l'accessibilité et des besoins des personnes en situation de

handicap au sein des maquettes d'enseignement et lors de l'organisation des concours d'entrée, en lien avec les référents handicap. Ils seront également sensibilisés aux grands enjeux de santé (santé mentale, addictions, nutrition et santé/environnementale, parentalité).

Une attention particulière à la santé des étudiants est prise en compte par le ministère de la Culture. Les établissements d'enseignements supérieurs sous tutelle du ministère de la Culture sont intégrés à la dynamique de prévention en santé : activité physique, secourisme en santé mentale, écoles/campus sans tabac...

Article 5.2.3 La formation continue

Pour les professionnels de la culture :

Des actions de formation continue à destination des professionnels de la culture seront proposées afin de garantir la qualité des projets et la prise en compte du contexte d'intervention. En particulier, des actions de sensibilisation aux compétences psychosociales, à la santé mentale et des formations au secourisme en santé mentale. Pour les agents de la fonction publique d'Etat et ceux de la fonction publique territoriale (ex. personnel d'accueil des musées et lieux de spectacle publics), ces actions seront menées en application de la circulaire du 23 février 2022.

Pour les professionnels du sanitaire et du médico-social :

Les écoles de formation des professionnels du sanitaire et du médico-social peuvent développer des modules de formation pour coconstruire des projets artistiques et culturels. L'instruction des politiques publiques devrait inclure l'évolution des politiques culturelles et donc l'enseignement des droits culturels.

De même, les ministères signataires et leurs services déconcentrés s'engagent à soutenir la production d'outils de sensibilisation et de formation à l'usage des professionnels et à soutenir et accompagner les « pôles ressources » culture/santé mobilisés dans la formation et l'accompagnement des professionnels de la santé, du médico-social et de la culture.

Il est préconisé de développer des formations croisées entre professionnels de la culture et les professionnels de la santé et médico-sociaux. Celles-ci permettant l'interconnaissance, le développement des bonnes pratiques, la connaissance des publics, la mise en œuvre d'un projet culturel et la compréhension de ce que recouvre le champ des droits culturels.

ARTICLE 6. CONSOLIDER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE CULTURE ET SANTÉ

Article 6.1. Au niveau national

Les deux ministères désignent chacun des référents culture et santé au sein de leurs administrations centrales, mettent en œuvre à leur niveau la politique culture et santé, notamment en participant de façon croisée aux différents travaux nationaux et contribuent aux feuilles de route interministérielles.

Ils veillent, par ailleurs, à la bonne exécution de la convention en organisant un comité de pilotage par an. A ce titre, ils sont destinataires des analyses territoriales et des évaluations régionales menées par leurs services déconcentrés et les agences régionales de santé.

Ils coordonnent l'animation du réseau des correspondants régionaux DRAC, DAC, ARS en organisant des journées d'échange, des formations et des webinaires. À ce titre, les ministères organisent donc conjointement les remontées d'expériences et d'informations sur les pratiques favorisant l'accès à la culture en région. Les ministères s'assurent de l'équité territoriale et de l'égale qualité des partenariats et de la mise en œuvre de la politique sur l'ensemble du territoire.

Les ministères, les services territoriaux et les porteurs de projets assurent la valorisation et la communication de la politique culture et santé au niveau local, national, et si possible, international.

Le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et le ministère de la Culture ont pour objectif de promouvoir sur le plan national et international :

- le rayonnement et la visibilité de la politique « culture/santé » : promotion de la politique culture et santé, soutien aux têtes de réseaux pour leur structuration, soutien aux plans de formations nationaux, soutien à la recherche, évaluation nationale de la politique, communications diverses... ;
- le soutien aux manifestations et colloques ;
- les évaluations d'impact de la culture et de la pratique artistique sur la santé des patients et usagers du système de santé et médico-social ;
- par l'intermédiaire des DRAC/DAC et des ARS, le soutien aux actions et projets menés dans les territoires.

Les signataires s'engagent à soutenir ou à participer en commun à toute initiative ayant pour objet de sensibiliser les différents acteurs à l'opportunité et aux modalités de mise en œuvre des actions « culture/santé ». Dans ce

cadre, les signataires conviennent d'organiser des temps d'échange et de travail permettant aux professionnels de la culture, du sanitaire et du médico-social de recenser, recueillir et analyser les meilleures pratiques et expériences et d'en tirer des préconisations en vue de leur large diffusion, en s'appuyant notamment sur les pôles ressources culture et santé reconnus en région.

Article 6.2. Au niveau territorial

Cette convention sera déclinée au niveau régional par les DAC/DRAC et ARS dans le cadre d'une stratégie conjointe appuyée sur un diagnostic partagé, en partenariat avec les collectivités territoriales. Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pourront être associées aux travaux du comité de pilotage régional. De même, les caisses primaires de l'assurance maladie et les conférences régionales de la santé et de l'autonomie pourront être informées et associées à la conception des interventions. Des liens pourront être envisagés dans le cadre du Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA).

Article 6.2.1 Les partenariats interministériels en région

La mise en place de conventions d'objectifs pluriannuelles entre les DRAC/DAC et les ARS permet de déterminer des engagements communs en faveur de la politique « culture et santé ».

Dans le rôle de tutelle et de validation des CPOM des établissements de santé et du secteur médico-social, les ARS sont attentives à la présence d'un volet culturel au sein des projets d'établissements.

Afin de mener à bien cette politique, les ARS identifient en leur sein un interlocuteur chargé du suivi de la politique « culture et santé ».

De même, au sein des DRAC/DAC, un correspondant « culture et santé » doit être identifié. Le correspondant en DRAC/DAC s'assurera également de la prise en compte des publics cibles de la présente convention dans les politiques d'action culturelle et territoriale. Il fera le lien avec les conseillers sectoriels.

Une convention aura également vocation à fixer le rôle et les engagements de chacun en termes de ressources humaines et financières et de constituer un comité de pilotage en charge du suivi et de l'évaluation.

Article 6.2.2 Les partenariats avec les collectivités territoriales

Les relations contractuelles entre l'État et les collectivités territoriales dans le domaine culturel se traduisent par une grande diversité de conventions et par des projets globaux de territoire. Ce partenariat est primordial, qu'il soit formel ou informel. Dans ce cadre, les DRAC/DAC ont développé des contrats spécifiques dans les domaines de l'éducation artistique et culturelle (EAC) notamment et plus globalement de la démocratie culturelle.

Les signataires veilleront à ce que les enfants et les jeunes malades, hospitalisés, en situation de handicap ainsi que ceux fréquentant les services sanitaires de proximité (PMI, CAMPS, centres de santé sexuelle, maisons des adolescents etc.) mais aussi les adultes âgés ou en situation de handicap soient parmi les bénéficiaires de ces contrats locaux. Les signataires soutiendront les actions intergénérationnelles.

Les conventions territoriales, en lien avec les autres contrats et conventions, ont une attention particulière pour les personnes les plus éloignées de la culture pour des raisons sociales, géographiques, de santé, de handicap et d'empêchement, quels que soient leur âge et leur lieu de vie et d'accueil.

ARTICLE 7. SUIVI ET ÉVALUATION

Article 7.1. Un pilotage national consolidé

Un comité interministériel de pilotage et d'évaluation se tiendra au moins une fois par an.

Il sera composé de :

- représentants désignés par les directions d'administration centrale concernées des ministères en charge de la Culture, de la Santé, des Personnes en situation de handicap, et des Personnes âgées ;
- représentants désignés par les directions des services territoriaux de chacun des ministères concernés et de leurs opérateurs (ARS, IREPS, Santé publique France, CNSA) ;
- représentants des collectivités territoriales.

Des personnalités extérieures, des experts, des chercheurs, des associations d'usagers des structures de santé, des fédérations d'acteurs culturels et des représentants de « pôles ressources » culture/santé, pourront être invités à intervenir selon les besoins du comité.

Il aura pour mission :

- dans la première année de la présente convention, de définir les indicateurs d'évaluation nationaux de la politique culture et santé nationale ;
- de faire le bilan des actions conduites à l'année N-1 au niveau national et au niveau régional en s'appuyant sur les informations et analyses remontées par les services déconcentrés des trois ministères ;
- de définir une feuille de route pluriannuelle avec un programme d'actions prioritaires pour l'année N+1 ;
- de réorienter le cas échéant les axes stratégiques ;
- d'apporter toute modification à la déclinaison opérationnelle de la convention, en fonction du contexte institutionnel et des réflexions conduites par les parties ;
- de mesurer l'adéquation entre les résultats effectifs et les objectifs initiaux tels que définis dans le préambule ;
- de réaliser la synthèse des évaluations territoriales et de produire un bilan national ;
- de réaliser l'évaluation budgétaire de la politique culture et santé.

Il rendra compte de la mise en œuvre de la présente convention dans les instances interministérielles identifiées (CNH, CIH, CNCH, CNS) et auprès des instances parlementaires.

À ce titre, le Comité jouera un rôle de conseil à l'attention des ministères concernés. Il pourra ainsi faire des propositions d'ajustement ou de réorientation le cas échéant. Il s'appuiera sur des travaux de recherche mis en place au niveau national, régional ou international.

Le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et le ministère de la Culture s'engagent à mettre en place des modes d'évaluation annuelle de leurs opérateurs et des actions soutenues.

Une étude et une évaluation nationale de la politique culture et santé depuis 1999 sera envisagée dans les trois prochaines années suivant la signature de la présente convention. Celle-ci permettra de présenter le pilotage interministériel, la mise en œuvre de la politique dans les territoires, présentera des données quantitatives et qualitatives et l'évolution de la politique depuis vingt-cinq ans.

Article 7.2. L'évaluation territoriale annuelle

Le comité de pilotage régional procède à l'évaluation des projets qu'il a financés, à partir d'indicateurs régionaux et d'indicateurs propres au projet. Il veille à cette fin à l'inscription d'indicateurs dans les projets qu'il finance. Les indicateurs d'évaluation régionaux, s'ils n'ont pas déjà été réfléchis, seront construits par les services déconcentrés et leurs partenaires dans la première année de la signature de la présente convention. Le comité de pilotage régional transmet aux deux ministères les évaluations annuelles effectuées.

ARTICLE 8. DISPOSITIONS COMMUNES ET TRANSITOIRES

La présente convention prend effet à la date de sa signature pour une durée de quatre ans renouvelables par tacite reconduction, pour un délai maximal de douze ans.

À Paris, le 21 juillet 2025,

La ministre de la Culture,

Rachida DATI

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Le ministre auprès de la ministre du Travail,
de la Santé, de la Solidarité et des Familles,
chargé de la Santé et de l'Accès aux soins,

Yannick NEUDER

A handwritten signature in black ink, featuring a large, bold, stylized 'Y' followed by a horizontal line and a loop.

La ministre déléguée auprès de la ministre
du Travail, de la Santé, de la Solidarité et
des Familles, chargée de l'Autonomie et du
Handicap,

Charlotte PARMENTIER-LECOCQ

A handwritten signature in black ink, featuring a large, bold, stylized 'C' followed by a horizontal line and a loop.

Annexe 1 : GLOSSAIRE

ARS Agence Régionale de Santé

CAF Caisse d'Allocations Familiales

CAMSP Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DAC Direction des Affaires Culturelles

DRAC Direction Régionale des Affaires Culturelles

EAC Education Artistique et Culturelle

EAC A Education Artistique et Culturelle Adaptée

HAD Hospitalisation à Domicile

IREPS Institut pour la Recherche en Santé Publique

MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées

PMI Protection Maternelle et Infantile