



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2017 – 2018**

Date du Jury : **Octobre 2018**

**Fonds de dotation et politique de
mécénat des établissements publics
de santé**

Éric HEYRMAN

Remerciements

Mes premiers remerciements vont naturellement à Monsieur Philippe Blua, directeur général des Hôpitaux Champagne Sud (HCS), et à Madame Marie-Cécile Poncet, directrice générale adjointe, directrice des affaires médicales et de l'offre de soins, ma maîtresse de stage, qui m'ont accueilli dans leur établissement.

Je suis également reconnaissant à Monsieur Guillaume Pradalié, secrétaire général des Hôpitaux Champagne Sud qui, non seulement, en me confiant le dossier du fonds de dotation des HCS, m'a fait découvrir un sujet jusqu'alors inconnu, mais qui a souhaité que mes premiers résultats soient valorisés lors d'une journée de formation de l'ADH.

S'agissant des aspects logistiques, je souhaite signaler, d'une part, l'appui documentaire de l'Institut de formation en soins infirmiers de Troyes, dirigée par Madame Dominique Barthélémy, qui a su utilement compléter les ressources mises à ma disposition par l'EHESP, et d'autre part, la mise en relation des responsables du mécénat des centres hospitaliers (universitaires) par mes collègues élèves directeurs d'hôpital de la promotion Camille-Claudel, lorsque leur établissement était doté d'un fonds de dotation.

En effet la réalisation de ce travail sur les fonds de dotation hospitaliers et les politiques de mécénat des établissements publics de santé n'aurait pas été possible sans les entretiens, parfois fort longs, accordés par les responsables du mécénat de vingt-six structures hospitalières.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement Madame Karine Gallopel-Morvan, professeure à l'EHESP, pour la transmission de références bibliographiques, la relecture de mon mémoire et ses précieux conseils.

Sommaire

Introduction	1
1 Attirés par leurs caractéristiques favorables, les établissements publics de santé privilégient les fonds de dotation parmi les diverses structures de collecte de dons, au détriment de la régie directe et de l'orthodoxie administrative.....	5
1.1 Si le fonds de dotation présente des atouts indéniables vis-à-vis des autres structures de collecte de dons, il est concurrencé par la régie directe.....	5
1.1.1 Le Fonds de dotation est l'une des structures de collecte de dons les plus aisées à créer et aux statuts les plus librement définis par ses fondateurs	5
1.1.2 La possibilité de création d'un fonds de dotation par les établissements publics de santé peut être interrogée, au profit de la régie directe.....	11
1.2 De plus en plus de fonds de dotation sont créés par des structures hospitalières, malgré le risque de gestion de fait	21
1.2.1 En dépit de contraintes administratives accrues, le succès du fonds de dotation comme structure de mécénat des établissements publics de santé ne s'est pas démenti.....	21
1.2.2 Les modalités retenues en matière de gouvernance, de financement de l'activité quotidienne et de périmètre du fonds de dotation hospitalier peuvent conduire à la gestion de fait	24
2 Les actions réalisées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement public de santé se heurtent régulièrement à l'interdiction faite aux fonds de dotation de percevoir tout argent public.....	29
2.1 En interne, les fonds de dotation hospitaliers portent une attention sur les agents chargés spécifiquement de la démarche du mécénat mais également sur tous les autres agents hospitaliers.....	29
2.1.1 La stratégie consistant à minimiser le risque financier lié au recrutement d'agent spécialisé dessert le secteur hospitalier sur le marché concurrentiel du mécénat	29
2.1.2 Les actions menées en direction du personnel hospitalier visent en premier lieu à accroître l'acceptabilité de la création d'un fonds de dotation et d'une démarche de mécénat	34
2.2 Les politiques de mécénat développées par les fonds de dotation hospitaliers se caractérisent par une très grande diversité, tant en termes de cibles prioritaires que d'actions mises en œuvre	43

2.2.1	En amont de tout démarchage de mécènes, le fonds de dotation définit une stratégie et prépare ses outils de communication	43
2.2.2	Les entreprises et les fondations d'entreprises constituent la première cible des fonds de dotation hospitaliers.....	46
2.2.3	Convaincues, les structures à but non lucratif locales peuvent démultiplier l'action du fonds de dotation en matière d'organisation d'événements.....	50
2.2.4	Le grand public et les particuliers constituent une cible de second choix en raison de la faiblesse du don moyen.....	51
2.2.5	Sujettes à questionnement éthique, les actions menées en direction des patients et de leurs proches sont, plus ou moins, intrusives.....	54
2.2.6	Les responsables du mécénat portent une attention particulière aux contreparties aux dons et aux conditions de fidélisation des donateurs	57
3	Certes modestes, les résultats de collecte des fonds de dotation sont influencés par les ressources temporelles et humaines octroyées par le centre hospitalier (universitaire) et ils n'intègrent pas tous les bénéfices d'une politique de mécénat.....	61
3.1	Le strict décompte monétaire de la collecte ne prend pas en compte les effets du mécénat sur le centre hospitalier (universitaire) et ses équipes, ni les mécénats en nature et de compétences.....	61
3.1.1	Au-delà de la diversification des sources de financement, la démarche de mécénat a d'autres finalités qui pourraient être valorisées financièrement.....	61
3.1.2	Les fonds de dotation bénéficient de financements indirects à travers le mécénat en nature et le mécénat de compétences.....	62
3.2	Les montants collectés sont fortement influencés par l'ancienneté du fonds de dotation et les ressources humaines mobilisées.....	63
3.2.1	La collecte des fonds de dotation hospitaliers ne dépasse actuellement pas 0.1 % du budget de leur établissement public de santé	63
3.2.2	La collecte tend à progresser d'année en année	64
3.2.3	L'ambition du CH(U) dans son fonds de dotation, notamment en matière de ressources humaines, se traduit dans la performance de la collecte.....	66
	Conclusion.....	69
	Sources et bibliographie	71
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADH : association des directeurs d'hôpital
AFF : association française des fundraisers
AP-HP : assistance publique-hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CH : centre hospitalier
CHU : centre hospitalier universitaire
COFIL : comité de pilotage
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
DG : directeur général
DGFIP : direction générale des finances publiques
DGOS : direction générale de l'offre de soins
EHESP : école des hautes études en santé publique
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETI : entreprise de taille intermédiaire
ETP : équivalent temps plein
FDD : fonds de dotation
FRUP : fondation reconnue d'utilité publique
GE : grande entreprise
GHT : groupement hospitalier de territoire
HCS : hôpitaux Champagne sud
IFI : impôt sur la fortune immobilière
INPI : institut national de la propriété industrielle
JO : journal officiel
ONG : organisation non gouvernementale
PME : petite et moyenne entreprise
RH : ressources humaines
TPE : très petite entreprise
TVA : taxe sur la valeur ajoutée

Introduction

7,5 milliards d'euros par an¹, telle est la générosité estimée des Français, particuliers et entreprises confondus.

Confrontés à des contraintes budgétaires structurelles², de plus en plus de directeurs généraux de centres hospitaliers (universitaires) sont tentés de rejoindre l'Institut Pasteur, l'Institut Curie, la Fondation pour la recherche médicale, l'ARC, la Ligue contre le Cancer, l'AFM-Téléthon et d'autres structures qui sollicitent des fonds privés et ainsi de capter une partie de cette générosité.

Mener une démarche de mécénat présente d'ailleurs plusieurs avantages indéniables pour une structure hospitalière :

- Certes et en premier lieu, elle permet une diversification des sources de financement et d'accélérer la mise en œuvre des projets du centre hospitalier (universitaire) ;
- Mais elle est également l'occasion de développer une communication positive autour de l'établissement public de santé ;
- Elle a aussi pour conséquence indirecte l'amélioration de la visibilité et de l'attractivité du CH(U), perçues tant par les patients que par les agents hospitaliers ;
- Elle constitue un formidable outil de management interne et d'animation RH : une telle démarche insuffle une nouvelle énergie au sein de l'établissement public de santé ; elle permet aux équipes de se projeter vers l'avenir et de sortir de leur quotidien ; au final, les équipes se mobilisent et se fédèrent. Parallèlement, les actions de communication faites autour des projets soumis au mécénat valorisent les équipes-projets ;
- La politique de mécénat participe également à une acculturation douce des agents hospitaliers aux contraintes budgétaires ;
- La sollicitation des entreprises, des particuliers et des organismes à but non lucratif a aussi pour conséquence d'ouvrir le centre hospitalier (universitaire) sur les tissus économique et associatif locaux et de créer un cercle, de plus en plus large, de bienfaiteurs et de partenaires de l'hôpital ;
- Enfin, une démarche de mécénat permet de tisser une relation particulière avec les donateurs.

¹ Observatoire de la philanthropie, Fondation de France, 2018, *Panorama national des générosités*

² Depuis 2006, les établissements publics de santé sont en déficit. Celui-ci varie entre -0.2 % et -0.9 % des recettes (source : DREES, 2018, *Les établissements de santé*)

Afin d'afficher leur décision d'entrer dans le marché de la philanthropie et de développer une politique de mécénat, des centres hospitaliers (universitaires) ont fréquemment créé des structures ad hoc, chargées de collecter des fonds pour financer leurs projets : des fondations (reconnues d'utilité publique, hospitalières ou abritées) ou, le plus souvent, des fonds de dotation. Ces derniers sont salués pour leur simplicité de création et le régime fiscal favorable dont ils bénéficient³. 32 fonds de dotation ont ainsi été constitués par des établissements publics de santé.

Or, la performance de la collecte de fonds privés par une structure hospitalière n'est pas liée à la création d'une telle structure spécialisée. La différence entre les montants collectés par les hôpitaux ne s'expliquerait pas par le type de structure chargée du fundraising⁴ mais par l'intensité de la démarche de mécénat⁵. En d'autres termes, il ne suffit pas aux établissements publics de santé de créer une structure spécialisée ou de communiquer sur leur capacité à recevoir des dons pour que ces derniers arrivent spontanément.

Le présent mémoire a pour objectif de déterminer si, le cas échéant dans quelles conditions, le fonds de dotation peut constituer l'entité administrative pertinente d'une politique de mécénat d'un établissement public de santé.

Fort du retour d'expériences de vingt-six structures hospitalières, il s'articule en trois temps :

- Tout d'abord, il montre que, dans l'absolu, le fonds de dotation dispose d'avantages comparatifs indéniables par rapport aux autres structures de collecte de dons, mais que les fonds de dotation créés par les établissements publics de santé respectent difficilement toutes les réglementations en vigueur ;
- Dans un deuxième temps, il expose les multiples actions que développent les fonds de dotation hospitaliers pour accroître le montant annuel de dons collectés, notamment en direction du personnel hospitalier (dédié au mécénat ou non) et des donateurs potentiels. Il révèle que ces actions se heurtent régulièrement à l'interdiction faite aux fonds de dotation de percevoir tout argent public, de quelque nature que ce soit, et donc de bénéficier des moyens, matériels et humains, du CH(U) ;

³ MANLIUS A, BARRE-HOUDART S, 2016, « Les fonds de dotation », *Finances hospitalières*, n°108

⁴ Levée de fonds

⁵ ERWIN C, LANDRY A, 2015, « Organizational Characteristics Associated With Fundraising Performance of Nonprofit Hospitals », *Journal of Healthcare Management*, Volume 60, n°2

- Enfin, il souligne la modestie des sommes collectées, même si celles-ci s'améliorent souvent d'année en année et que certaines conséquences induites par la politique de mécénat ne sont pas monétisées.

1 Attirés par leurs caractéristiques favorables, les établissements publics de santé privilégient les fonds de dotation parmi les diverses structures de collecte de dons, au détriment de la régie directe et de l'orthodoxie administrative

1.1 Si le fonds de dotation présente des atouts indéniables vis-à-vis des autres structures de collecte de dons, il est concurrencé par la régie directe

1.1.1 Le Fonds de dotation est l'une des structures de collecte de dons les plus aisées à créer et aux statuts les plus librement définis par ses fondateurs

Pour collecter de l'argent privé et mener une politique de mécénat, les établissements publics de santé peuvent s'appuyer sur plusieurs structures administratives :

- Le fonds de dotation
- La fondation hospitalière
- La fondation reconnue d'utilité publique
- La fondation abritée (ou sous égide)
- L'association relevant de la loi 1901

Les avantages de ces quatre dernières structures seront successivement comparés à ceux du fonds de dotation. A noter que, comme la fondation universitaire et la fondation de coopération scientifique ont pour objet la réalisation d'actions relevant de la recherche et/ou de l'enseignement supérieur, elles ne sont pas intégrées dans la présente analyse comparative.

A) L'objet social de la fondation hospitalière est extrêmement réduit par rapport à celui du fonds de dotation ; sa création administrative s'inscrit dans un processus administratif très strict et sa gestion est soumise à l'approbation de l'ARS

La fondation hospitalière⁶ est la seule des quatre structures étudiées ici, servant de support administratif à une politique de mécénat, spécialement conçue pour les établissements publics de santé. Elle se caractérise cependant par un objet social très réduit. En effet, si le fonds de dotation doit impérativement soutenir, directement ou

⁶ Article L6141-7-3 du code de la santé publique
Articles R6141-53 à R6141-66 du code de la santé publique

indirectement, une œuvre d'intérêt général, la fondation hospitalière doit, quant à elle, consacrer ses ressources exclusivement à soutenir des activités de recherche.

De plus, la fondation hospitalière est soumise à un circuit administratif très strict en amont de sa création : créée à l'initiative d'un ou plusieurs établissements publics de santé, le conseil de surveillance de ces établissements doit délibérer sur les statuts de la fondation hospitalière, tandis que la commission médicale d'établissement ainsi que le vice-président du directoire chargé de la recherche, lorsqu'il s'agit d'un centre hospitalier universitaire, doivent exprimer un avis. Puis les statuts sont approuvés par décret des ministères de la santé et, le cas échéant, de la recherche, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé. La fondation hospitalière acquiert la personnalité morale à compter de la publication au Journal officiel de l'extrait de l'approbation de ses statuts. De son côté, le fonds de dotation a la personnalité morale après déclaration de ses statuts en préfecture et publication au Journal officiel des associations et des fondations d'entreprises. Aucune consultation préalable ne lui est imposée par les textes juridiques.

De même, les modalités de gouvernance sont beaucoup plus encadrées pour la fondation hospitalière que pour le fonds de dotation : en effet, ce dernier bénéficie d'une liberté statutaire quasi-totale (la réglementation impose seulement une composition minimale du conseil d'administration de trois membres). En revanche, la fondation hospitalière doit être dotée :

- d'un conseil d'administration, qui inclut obligatoirement les directeurs, les présidents de commissions médicales d'établissement et, pour les centres hospitaliers universitaires, les vice-présidents du directoire chargé de la recherche, des établissements publics de santé fondateurs. Ces derniers disposeront, quelle que soit la composition du conseil d'administration, de la majorité absolue
- d'un conseil scientifique, composé de personnalités médicales et scientifiques, extérieures à la fondation, désignées par le conseil d'administration
- et d'un directeur.

Pour être complet, le fonds de dotation doit également créer un comité consultatif lorsque sa dotation, initiale ou complétée éventuellement par des apports ultérieurs, dépasse le seuil d'un million d'euros. Ce comité consultatif est chargé de conseiller le conseil d'administration du fonds de dotation sur sa politique d'investissement.

Par ailleurs, une dotation initiale est imposée à ces deux structures : tant pour le fonds de dotation que pour la fondation hospitalière, la réglementation impose qu'une dotation initiale soit apportée par les fondateurs. Le montant minimal est de 15 000 euros pour le fonds de dotation tandis que la réglementation est silencieuse sur le seuil minimal

de la dotation initiale de la fondation hospitalière. S'agissant de la consommation possible de cette dotation initiale par ces deux structures, celle-ci est autorisée par la réglementation pour la fondation hospitalière et elle est possible pour le fonds de dotation si ses statuts le prévoient. A l'issue de cette consommation, il doit rester au minimum 10 % de la dotation pour la fondation hospitalière (ou 1 M€ si la fondation hospitalière avait une dotation initiale de plus de 10 M€) et 1 € pour le fonds de dotation.

S'agissant de la gestion de ces structures et de leur contrôle, le fonds de dotation bénéficie d'une liberté beaucoup plus importante que la fondation hospitalière. En effet, le directeur général de l'agence régionale de santé dispose d'un véritable droit de veto sur le règlement intérieur de la fondation hospitalière ainsi que sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses. Il est également destinataire des comptes annuels adoptés par le conseil d'administration. Le fonds de dotation est, quant à lui, soumis à une obligation équivalente de transmission d'informations : le préfet est destinataire du rapport d'activité, des comptes annuels et du rapport du commissaire aux comptes.

Enfin, la fondation hospitalière présente une caractéristique recherchée par rapport au fonds de dotation : les personnels de la fondation hospitalière peuvent être de statuts très variés : des fonctionnaires des trois fonctions publiques, des agents contractuels de l'Etat mis à disposition, des praticiens hospitaliers détachés ou mis à disposition ou encore des salariés de droit privé. Comme nous le verrons en section 1.1.2B), la réglementation applicable aux fonds de dotation est, quant à elle, silencieuse sur ce sujet, ce qui laisse comme possibilité réglementaire le seul recrutement de salariés de droit privé.

B) La fondation reconnue d'utilité publique est une structure à forte notoriété mais elle nécessite des ressources matérielles et temporelles plus importantes que pour un fonds de dotation et une perte de pouvoir pour ses fondateurs

La fondation reconnue d'utilité publique⁷ (FRUP) dispose d'une notoriété supérieure à celle du fonds de dotation alors que ces deux structures administratives ont toutes les deux pour objet social la réalisation d'une œuvre d'intérêt général. Cet élément est dû à l'antériorité de la réglementation créant les fondations reconnues d'utilité publique (plus de vingt années séparent les réglementations applicables à ces deux structures), à la légitimation par l'Etat de l'utilité publique des FRUP et à la protection juridique dont bénéficie

⁷ Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat (articles 18 à 18-3)

le terme « fondation »⁸, qui est de surcroît beaucoup plus explicite que l'expression « fonds de dotation ». Au terme d'une longue instruction (au moins six mois) par les services du ministère de l'intérieur et ceux des ministères en charge du domaine d'action de la FRUP, cette reconnaissance se traduit par la publication au Journal officiel d'un décret en Conseil d'Etat. Ce long processus administratif doit être mis au regard avec la facilité de création d'un fonds de dotation, dont les statuts doivent seulement être déposés en préfecture et publiés au Journal officiel des associations et des fondations d'entreprises.

La création d'une FRUP est également plus coûteuse financièrement que celle d'un fonds de dotation : en effet, les fondateurs d'une FRUP – des personnes physiques et/ou des personnes morales de droit privé ou public – doivent apporter au moins 1.5 M€. Les revenus de cette dotation initiale, qui peut être versée en plusieurs fractions sur une période maximum de 10 ans, sont supposés permettre d'assurer le financement de l'objet social de la fondation. Le législateur a été moins exigeant vis-à-vis du fonds de dotation : la dotation initiale doit, au minimum, est de 15 000 €. La philosophie de financement de ces deux structures est toutefois la même : un financement de leurs activités respectives apporté par les ressources issues de la dotation initiale, puis le mécénat, l'appel à la générosité du public, les dons et legs, et les revenus provenant de ventes ou de prestations de service. A noter que la fondation reconnue d'utilité publique peut, en sus, percevoir des subventions, tandis que aucun argent public ne peut être versé à un fonds de dotation. En revanche, tant la FRUP que le fonds de dotation doit s'appuyer sur des fondateurs privés : en effet, le Conseil d'Etat refuse de reconnaître l'utilité publique si la dotation initiale de la fondation provient principalement de ressources publiques ; de son côté, la dotation initiale du fonds de dotation ne peut provenir que d'acteurs privés.

S'agissant de l'élaboration des statuts et de la gouvernance, la FRUP doit respecter les statuts types préparés par le ministère de l'intérieur pour espérer obtenir la reconnaissance d'utilité publique alors que le fonds de dotation bénéficie d'une très grande liberté statutaire. Ces statuts types prévoient une gouvernance sous forme de conseil d'administration ou de directoire accompagné d'un conseil de surveillance. De plus, il est imposé aux fondateurs de la FRUP d'être minoritaires au sein du conseil d'administration : en effet, le collège des fondateurs ne peut représenter qu'au plus un tiers des membres du conseil d'administration et, au plus, autant de personnes que le collège des membres de droit, ceci en vertu de la règle d'indépendance des fondations vis-à-vis de leurs fondateurs imposée aux FRUP. De manière corollaire, le collège des membres de droit doit représenter

⁸ En vertu de l'article 20 de la loi n°87-571 seules les FRUP, les fondations abritées et les fondations d'entreprises peuvent faire usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, du terme « fondation ».

au moins un tiers des membres. Ce collège est composé des représentants de ministères de tutelle, des représentants de collectivités territoriales, des membres de juridictions ou d'inspections générales, des représentants d'autorités administratives indépendantes, des autorités religieuses... A l'inverse, la réglementation applicable aux fonds de dotation indique seulement que le conseil d'administration doit comporter au minimum trois membres : il n'impose pas aux fondateurs de perdre le contrôle de leur fonds de dotation.

Enfin, en termes de transparence, tant la fondation reconnue d'utilité publique que le fonds de dotation doivent adresser au préfet leur rapport d'activité et leurs comptes annuels, certifiés par un commissaire aux comptes dès 10 k€ de ressources annuelles pour le fonds de dotation, dès 153 k€ pour la FRUP. Toutefois, la fondation reconnue d'utilité publique doit également adresser ces documents, ainsi que son budget prévisionnel, au ministère de l'intérieur et aux ministères en charge de son domaine d'action.

C) La fondation abritée se caractérise par sa dépendance à la fondation abritante et l'absence de personnalité morale

Une fondation abritée^{9 10} (ou sous égide) peut être fondée par une ou plusieurs personnes, morales ou physiques, publiques ou privées. Il s'agit juridiquement d'une convention de gestion passée entre ces fondateurs et une fondation abritante. Cette dernière doit obligatoirement être la Fondation de France, l'Institut de France, une fondation reconnue d'utilité publique ou une fondation partenariale.

L'identification de la fondation abritante idoine est cruciale : en effet, la fondation abritante ne peut abriter de fondation qu'« en vue de la réalisation d'une œuvre d'intérêt général et à but non lucratif se rattachant à ses missions ». En conséquence, l'objet social de la fondation sous égide doit être compatible avec celui de la fondation abritante.

La fondation abritée est « constituée » après délibération de la fondation abritante, qui en examine l'opportunité. La convention passée entre ces deux structures précise leurs relations, notamment le montant des fonds qu'apporte la fondation abritée, les modalités de sa gouvernance, sa durée et les frais de gestion payés par la fondation sous égide à la fondation abritante. Par ailleurs, la fondation abritée bénéficie des avantages patrimoniaux

⁹ Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat (article 20)

¹⁰ Tous objets sociaux confondus, les fondations abritées constituent le type de fondations le plus fréquent en France (901 fondations abritées), devant les fonds de dotation (852). Au total, il existe 2 733 fondations ou fonds de dotation.

(source : Optimy, 2018, *Panorama de la philanthropie en France*)

et fiscaux de la fondation qui l'abrite, notamment la capacité à recevoir des dons et legs ou des donations.

D'un point de vue juridique et fiscal, la fondation sous égide est totalement assujettie au régime de la fondation abritante. Cela se traduit dans le nom de la fondation abritée qui devra systématiquement être suivi de la mention « sous l'égide de la fondation... ».

A l'inverse, le fonds de dotation dispose de la personnalité morale et sa gouvernance est librement définie dans les statuts par ses fondateurs.

D) Le fonds de dotation et l'association relevant de la loi 1901 partagent les mêmes modalités de création administrative, mais le fonds de dotation dispose immédiatement de la grande capacité juridique

Le fonds de dotation et l'association¹¹ relevant de la loi 1901 obtiennent tous deux la personnalité morale de droit privé après déclaration en préfecture et publication des statuts au Journal officiel des associations et des fondations d'entreprises.

Si la nature de leurs fondateurs diffère – une association loi 1901 ne peut être créée que par des personnes physiques tandis que les fondateurs d'un fonds de dotation peuvent être des personnes physiques ou morales –, ces deux structures se caractérisent par un conseil d'administration à la composition minimale très faible : deux personnes pour l'association loi 1901 ; trois personnes pour le fonds de dotation.

La liberté de définition de l'objet social de ces structures distingue le fonds de dotation de l'association loi 1901 : en effet, le fonds de dotation ne peut que réaliser une œuvre d'intérêt ou redistribuer ses revenus à un organisme d'intérêt général ; à l'inverse, la liberté d'association n'est limitée que si la cause ou l'objet de l'association est « illicite, contraire aux lois, aux bonnes mœurs, ou qui aurait pour but de porter atteinte à l'intégrité du territoire national et à la forme républicaine du gouvernement ». Toutefois, si l'association loi 1901 souhaite faire bénéficier ses donateurs des réductions d'impôts sur le revenu ou sur les sociétés, elle devra, en outre, être d'intérêt général, c'est-à-dire être à but non lucratif, à la gestion désintéressée et ne pas être au profit d'un cercle restreint de personnes.

¹¹ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association
Décret du 16 août 1901 pris pour l'exécution de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association

Par ailleurs, l'obligation de dotation initiale minimale de 15 000 € pour les fonds de dotation n'existe pas pour les associations loi 1901 ; toutefois les ressources de ces dernières sont plus limitées que celles du fonds de dotation : en effet, les associations ne disposant pas de la grande capacité juridique, elles ne peuvent recevoir de donations ou de legs – seules les associations reconnues d'utilité publique le peuvent. De plus, si tant le fonds de dotation que l'association loi 1901 peuvent faire appel à la générosité du public, les modalités administratives préalables diffèrent : l'association doit seulement procéder à une déclaration tandis que le fonds de dotation doit y être autorisé. Lorsque l'une de ces deux structures fait appel à la générosité du public, elle doit alors publier un compte d'emploi de ces ressources – une obligation qui s'ajoute à celle de transmission des comptes annuels au préfet, certifiés par un commissaire aux comptes.

Enfin, le fonds de dotation est soumis à une interdiction de percevoir de l'argent public, de quelque nature que ce soit – une interdiction qui n'existe pas pour les associations loi 1901.

Au final, le fonds de dotation est la structure administrative qui présente le meilleur arbitrage entre facilité et rapidité de création, liberté statutaire, ressources financières à mobiliser et définition de l'objet social. Toutefois, une interdiction lui est faite de ne percevoir aucun argent public, y compris en provenance de ses fondateurs, si ceux-ci sont des organismes publics.

1.1.2 La possibilité de création d'un fonds de dotation par les établissements publics de santé peut être interrogée, au profit de la régie directe

A) Depuis la fixation d'un montant minimal de dotation initiale (2015), les établissements publics de santé ne peuvent plus créer – seuls – des fonds de dotation

Lors des travaux préparatoires du projet de loi de modernisation de l'économie, qui, en son article 140, allait créer les fonds de dotation, les établissements publics de santé étaient explicitement cités parmi les bénéficiaires de ce nouvel outil administratif. Ainsi, dans l'exposé des motifs du projet de loi, il est précisé que « le fonds de dotation est un outil de financement permettant à des organisations à but non lucratif, tels que des universités, des hôpitaux ou des musées, de disposer de fonds leur assurant une part

importante de leur budget »¹². Dans son rapport fait au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire sur le projet de loi de modernisation de l'économie, le député Jean-Paul Charié écrivait en 2008 que « toute personne morale de droit public peut constituer un fonds de dotation ».

Toutefois, l'instauration d'un montant minimal pour la dotation initiale du fonds de dotation a mis fin à cette possibilité. Cette conséquence ne semble cependant pas avoir été recherchée au moment de cette instauration. En effet, celle-ci était plutôt vue comme un moyen d'éviter les fonds de dotation inactifs : « le succès rencontré par les fonds de dotation depuis leur création par la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie a vu aussi la multiplication de fonds « dormants » ne remplissant notamment pas leurs obligations légales en matière de transmission annuelle de leur rapport d'activité aux autorités préfectorales. Afin d'éviter des comportements opportunistes, il est proposé d'instituer un seuil minimal de dotation initiale afin de renchérir raisonnablement le « coût d'entrée » dans ces structures »¹³. Le décret n°2015-49 du 22 janvier 2015 fixe le montant minimal à 15 000 euros.

L'application coordonnée des dispositions juridiques imposant ce montant minimal, apporté par les fondateurs du fonds de dotation, et interdisant au fonds de dotation de percevoir tout argent public, y compris pour sa dotation initiale, a pour conséquence l'impossibilité pour les personnes morales de droit public, notamment les établissements publics de santé, de créer seules un fonds de dotation. Tout au plus, ces personnes morales de droit public peuvent-elles co-créeer un fonds de dotation, avec une ou plusieurs personnes de droit privé, qui apportent la dotation initiale.

Cette lecture, fort peu partagée au sein du monde hospitalier, est pourtant reconnue par les juristes experts du domaine et l'administration étatique. Ainsi :

- Le cabinet Delsol Avocats indique que le fonds de dotation peut être créé « par une seule personne physique ou morale (de droit privé, voire de droit public s'il y a un second fondateur privé) »¹⁴
- « bien que les fonds de dotation puissent être créés par des personnes de droit public, le texte de loi prévoit qu'aucun fonds public de quelque nature qu'il soit, ne peut être versé à un fonds de dotation, sauf dérogation exceptionnelle. Il y a donc une ambiguïté quant à la qualité de fondateur qui devrait, en toute logique juridique, être réservée aux seules personnes habilitées à apporter des actifs ou des

¹² Gouvernement, 2008, *Exposé des motifs du projet de loi de modernisation de l'économie*

¹³ Gouvernement, 2014, *Exposé des motifs du projet de loi relative à l'économie sociale et solidaire*

¹⁴ DEVIC L, 2017, « Le fonds de dotation a rempli son office », *Associations mode d'emploi*, n°193

ressources au fonds, excluant ainsi de cette catégorie les personnes morales de droit public »¹⁵

- « Une collectivité territoriale ou un établissement public peut créer un fonds de dotation, comme outil de collecte de fonds privés. Néanmoins, ces personnes publiques ne pourront, en aucun cas, financer elles-mêmes le fonds de dotation puisque, par principe, aucun fonds publics ne peut y être versé. Ainsi, si une collectivité publique peut très bien créer un fonds de dotation, il ne lui est pas possible de verser des fonds publics au profit de ce dernier. En pratique, la collectivité devra donc envisager une co-crédation avec des co-fondateurs privés, qui verseront seuls le montant de la dotation initiale »¹⁶.

Cette seule possibilité de co-fondation d'un fonds de dotation par un établissement public de santé et une personne de droit privé n'a pas uniquement pour conséquence de devoir rechercher une telle personne, morale ou physique, de droit privé qui accepterait d'apporter la dotation initiale. En toute logique, elle implique également une co-rédaction des statuts du fonds de dotation et un partage du pouvoir au sein du conseil d'administration.

- B) Les fonds de dotation créés par les établissements publics de santé ne peuvent légalement s'appuyer sur les ressources matérielles et, surtout, humaines des centres hospitaliers (universitaires) qu'au moyen de solutions administratives imaginatives

La même interdiction faite aux fonds de dotation de ne percevoir aucun argent public, de quelque nature que ce soit, impose aux fonds de dotation créés par des établissements publics de santé de rembourser tous les moyens apportés par leur centre hospitalier (universitaire), qu'il s'agisse de l'occupation de bureau par le fonds de dotation, de la reproduction de plaquettes de présentation du fonds de dotation par l'imprimerie de l'établissement public de santé ou de la mise à disposition d'agents hospitaliers pour faire vivre au quotidien le fonds de dotation.

D'une part, la détermination de la somme à rembourser au centre hospitalier (universitaire) peut s'avérer délicate. Il en est ainsi pour les agents qui interviennent de manière très sporadique au profit du fonds de dotation tels les praticiens hospitaliers chargés d'expertiser les projets qui seront soumis au mécénat. Ce décompte des heures

¹⁵ CHARHON F, COMBES I, 2016, *Fondations. Fonds de dotation*, Juriscorpus, Fondation de France

¹⁶ Comité de suivi des fonds de dotation, direction des affaires juridiques des ministères économiques et financiers, 2015, *Clausier pour la rédaction des statuts d'un fonds de dotation*

passées est certes plus aisé pour ce qui concerne l'agent qui démarcher les éventuels donateurs.

D'autre part, la forme juridique pertinente de la relation administrative entre le fonds de dotation et l'établissement public de santé est difficile à trouver, surtout pour le remboursement des ressources humaines employées au profit du fonds de dotation.

S'agissant des moyens matériels (location de bureau, ressources bureautiques, etc.), une convention d'occupation du domaine public peut être conclue entre le fonds de dotation et le centre hospitalier (universitaire). Le montant remboursé pourrait être proportionnel à la surface occupée par le fonds de dotation dans les locaux de l'établissement public de santé.

S'agissant des ressources humaines, notamment de l'agent chargé de démarcher les éventuels donateurs, la classique convention de mise à disposition avec remboursement du salaire par le fonds de dotation ne peut être mise en œuvre ici, qu'il s'agisse d'une mise à disposition statutaire ou fonctionnelle.

La mise à la disposition statutaire doit être écartée tant pour les fonctionnaires hospitaliers que pour les agents contractuels.

S'agissant des fonctionnaires, le fonds de dotation n'est pas cité et ne peut pas être rattaché à l'un des organismes cités par l'article 49 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. En application de cet article, les fonctionnaires hospitaliers peuvent être mis à la disposition d'établissements publics de santé, d'organismes des fonctions publiques d'Etat, territoriale ou européenne, de sociétés privées liées à des collectivités publiques ainsi que d'organismes internationaux ou d'Etats étrangers.

Figurent aussi dans cette liste les « organismes contribuant à la mise en œuvre d'une politique de l'Etat, des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics administratifs, pour l'exercice des seules missions de service public confiées à ces organismes ». En fait, un fonctionnaire ne peut être mis à disposition d'un tel organisme qu'à la condition que les fonctions confiées à cet agent s'inscrivent dans le cadre des activités liées au service public et que la convention de mise à disposition mentionne ces missions de service public assurées par l'agent¹⁷. L'activité quotidienne de l'agent chargé de démarcher les éventuels mécènes et donc de collecter de l'argent privé s'inscrit difficilement dans une mission de service public. A noter que la loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique a supprimé les organismes d'intérêt général

¹⁷ Circulaire n°2167 du 05 août 2008 relative à la réforme du régime de la mise à disposition des fonctionnaires de l'Etat

de la liste des services auprès desquels les fonctionnaires hospitaliers pouvaient être mis à disposition : par conséquent, les fonctionnaires hospitaliers pouvaient être mis à disposition d'un fonds de dotation, qui a obligatoirement pour objet social la réalisation, directe ou indirecte, d'une œuvre d'intérêt général, jusqu'au 1^{er} juillet 2007.

S'agissant des agents contractuels, l'article 31-1 du décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière énumère une liste relativement équivalente à celle des fonctionnaires hospitaliers, avec cependant deux différences notables :

- D'une part, il ne mentionne pas les « organismes contribuant à la mise en œuvre d'une politique de l'Etat, des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics administratifs, pour l'exercice des seules missions de service public confiées à ces organismes » : il n'existe strictement aucune catégorie d'organismes susceptibles d'inclure les fonds de dotation
- D'autre part, il réserve la possibilité de mise à disposition statutaire aux seuls agents contractuels employés pour une durée indéterminée. Les agents sous contrat à durée déterminée en sont donc exclus, ce qui est ici regrettable car les chargés ou directeurs du mécénat impliqués dans l'activité quotidienne des fonds de dotation hospitaliers sont très majoritairement contractuels à durée déterminée.

Au-delà de la mise à disposition statutaire, la mise à disposition « fonctionnelle » peut être explorée. Mais cette option doit de nouveau être écartée pour deux raisons :

- La mise « à la disposition » concerne en fait les groupements de coopération des établissements de santé, qui n'incluent pas les fonds de dotation
- Il s'agit alors d'une contribution « en nature »¹⁸ d'un établissement membre au fonctionnement du groupement de coopération, c'est-à-dire que le personnel est mis à disposition à titre gratuit¹⁹. Or, il est impératif que ces salaires soient remboursés en raison de l'interdiction faite aux fonds de dotation de percevoir quelque argent public.

Au final, il apparaît que les mises à disposition statutaire et fonctionnelle ne peuvent être mobilisées pour employer des ressources humaines de l'établissement public de santé au profit de son fonds de dotation.

¹⁸ Article R6133-3 du code de la santé publique

¹⁹ DGOS, DGFIP, 2011, *Fiche technique n°4, GCS et statut des personnels*

A côté de la classique mise à disposition, non-envisageable au regard des réglementations en vigueur, d'autres pistes administratives méritent d'être examinées :

- Pour les fonctionnaires hospitaliers :
 - Si le travail pour le fonds de dotation est à temps plein : le recrutement du fonctionnaire sous contrat de droit privé par le fonds de dotation, celui-ci devant avoir obtenu une disponibilité
 - Si le travail pour le fonds de dotation est à temps partiel : la réduction du temps de travail au sein du CH(U) d'au moins 30 % et le recrutement sous contrat de droit privé par le fonds de dotation
- Pour les agents contractuels du centre hospitalier (universitaire) :
 - Si le travail pour le fonds de dotation est à temps plein : le recrutement sous contrat de droit privé par le fonds de dotation – l'agent contractuel devant démissionner de son emploi du CH(U)
 - Si le travail pour le fonds de dotation est à temps partiel : la proposition simultanée de deux contrats par le fonds de dotation et par l'établissement public de santé.

En effet, le fonds de dotation a la capacité de recruter directement du personnel, sous contrat de droit privé, de surcroît sans être lié par les grilles de rémunération statutaires ou par la politique salariale de son établissement public de santé.

Or, depuis la loi n°2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, un agent public, fonctionnaire ou contractuel, n'est plus soumis à l'interdiction de cumul d'activités lucratives dès lors qu'il occupe un emploi permanent à temps non complet ou incomplet pour lequel la durée du travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale ou réglementaire du travail. Pour ne pas dépasser ce seuil de 70 %, un agent contractuel, employé depuis plus d'un an à temps complet, ou un fonctionnaire hospitalier peut demander à travailler à temps partiel pour raisons personnelles.

Par ailleurs, en vue de recruter un même salarié sous contrat à durée déterminée, les futurs employeurs – fonds de dotation et centre hospitalier (universitaire) – peuvent déposer deux offres d'emploi coordonnées, aux quotités de travail complémentaires.

Enfin, au-delà de la solution administrative à deux contrats, décrite précédemment, lorsque le fonds de dotation ne peut offrir un emploi à temps plein, peuvent être envisagées deux approches symétriques à un seul contrat dont une partie du salaire du responsable du mécénat est remboursée par l'autre structure.

Dans le premier cas, le responsable du mécénat est agent hospitalier et l'établissement public de santé réalise une prestation de services au profit du fonds de dotation. Plus précisément, le conseil d'administration du fonds de dotation pourrait décider d'externaliser l'activité de démarchage des mécènes potentiels. Non soumis à la réglementation applicable aux marchés publics, le fonds de dotation peut choisir son prestataire, ici son établissement public de santé, sans procédure administrative particulière. Afin de respecter l'interdiction faite aux fonds de dotation de ne percevoir quelque argent public, cette prestation serait facturée au moins au niveau du salaire de l'agent qui réalise l'activité de démarchage, charges patronales incluses. Cette option administrative présente toutefois un inconvénient majeur : cette prestation sera soumise à TVA. En effet, les articles 256 B et 261 du code général des impôts exonèrent les établissements publics de santé uniquement pour l'hospitalisation et les soins médicaux délivrés. L'activité de démarchage de mécènes potentiels n'entre pas dans le champ de cette exonération.

Dans le second cas, le responsable du mécénat est salarié du fonds de dotation, qui le met partiellement à disposition de l'établissement public de santé. Une telle mise à disposition « entrante » est possible depuis la promulgation de la loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique, qui a créé l'article 49-1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, et la publication du décret n°2008-928 du 12 septembre 2008 relatif à la mise à disposition et au détachement et modifiant le décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers : « Les établissements [publics de santé] peuvent, lorsque les besoins du service le justifient, bénéficier de la mise à disposition de personnels de droit privé pour la réalisation d'une mission ou d'un projet déterminé qui ne pourrait être mené à bien sans les qualifications techniques spécialisées détenues par un salarié de droit privé ». Le centre hospitalier (universitaire) doit alors rembourser l'intégralité de la rémunération, de charges sociales, des frais professionnels et autres avantages en nature du salarié mis à disposition. La condition de « qualifications techniques spécialisées » est aisément satisfaite, au regard des profils des responsables du mécénat des fonds de dotation hospitaliers et de leurs compétences rares au sein du monde hospitalier. Par ailleurs, leur mission pourrait être celle de démarcher des acteurs publics et de collecter des fonds publics, ce que ne peut pas faire un fonds de dotation. Cette solution administrative présente toutefois l'inconvénient d'être limitée dans le temps : 4 ans au maximum.

A noter que certains fonds de dotation hospitaliers annoncent s'appuyer uniquement sur des agents hospitaliers « bénévoles » et, qu'en conséquence, aucun moyen du centre hospitalier (universitaire) n'est employé et ne doit être remboursé par le fonds de dotation.

Légalement, des agents qui travaillent en forfait jours peuvent effectivement accompagner le développement du fonds de dotation, y compris pendant leurs heures de travail au CH(U). Il en est de même pour les agents en décompte horaire – leur bénévolat pour le fonds de dotation ne pouvant, cependant, être réalisé qu'en dehors de leur temps de travail pour le CH(U). Par ailleurs, il conviendra de s'assurer que ni les fiches de poste de ces agents (y compris celles des directeurs adjoints impliqués), ni leur entretien annuel d'évaluation, n'évoquent le mécénat. Une telle solution n'est mise en place que pour des quotités de travail très faibles (<0.1 ETP).

Au final, si toutes ces approches respectent les réglementations en vigueur (à l'exception de la mise à disposition « sortante »), il serait préférable que le responsable du mécénat soit directement recruté par le fonds de dotation, sous contrat de droit privé, que la quotité de travail soit suffisante pour permettre au salarié de se faire connaître des mécènes de son territoire, et éventuellement de monter en compétences (cf. section 2.1.1A), et que le financement de ses rémunérations soit assuré par un prélèvement sur la dotation initiale – suffisamment dotée – puis sur les dons collectés (cf. section 1.2.2B).

C) Les établissements publics de santé peuvent mener directement une politique de mécénat

Alors que les fonds de dotation souffrent de contraintes administratives fortes, il pourrait être envisagé de collecter des dons en régie directe.

En effet, les libéralités, dons, legs et leurs revenus sont cités parmi les ressources des établissements publics de santé²⁰.

De surcroît, les dons faits au bénéfice des centres hospitaliers (universitaires) bénéficient des mêmes réductions d'impôt que ceux donnés à un fonds de dotation.

Les dons faits à un fonds de dotation sont éligibles à la réduction d'impôt sur le revenu²¹ ou sur les sociétés²² à la condition :

- Que cet argent soit utilisé pour mener une action d'intérêt général à caractère social
- Ou qu'il soit versé à un organisme d'intérêt général à caractère social. Dans ce cas, ledit organisme doit délivrer au fonds de dotation une attestation justifiant le montant et l'affectation des versements effectués à son profit.

²⁰ Article L6141-2-1 du code de la santé publique

²¹ 66 % du don dans la limite de 20 % du revenu imposable (article 200 du code général des impôts)

²² 60 % du don dans la limite de 5 pour mille du chiffre d'affaires (article 238 bis du code général des impôts)

En vertu d'une circulaire²³ et de la jurisprudence²⁴, les centres hospitaliers (universitaires) sont assimilés à des organismes d'intérêt général ayant un caractère social car ils concourent à la santé publique : les dons reçus sont donc éligibles aux réductions d'impôt prévus aux articles 200 et 238 bis du code général des impôts.

Une collecte directe par les centres hospitaliers universitaires présente même un avantage fiscal : les dons faits aux CHU peuvent bénéficier de la réduction d'impôt sur la fortune immobilière²⁵ (IFI) s'ils financent des activités de recherche²⁶. De leur côté, les dons aux fonds de dotation ne sont pas éligibles à cette réduction d'impôt car les fonds de dotation ne sont pas mentionnés dans l'article 978 du code général des impôts. Cependant, les fonds de dotation peuvent mener une campagne de dons IFI au nom et pour le compte de leur centre hospitalier universitaire.

Comparée à une politique de mécénat menée à travers un fonds de dotation, une telle politique développée en régie par l'établissement public de santé présente les avantages :

- D'éviter toute dissonance entre les intérêts du centre hospitalier (universitaire) et ceux du fonds de dotation ;
- De faire bénéficier des dons collectés n'importe quelle mission de l'établissement public de santé et non seulement celles relevant de l'objet social du fonds de dotation – le souhait de fléchage du don sur un projet ou une thématique, exprimé par le mécène, pouvant dans les deux cas limiter le champ des possibles ;
- De garantir aux mécènes le fait que l'intégralité de leur don sera consacrée à la réalisation des projets – alors qu'un fonds de dotation doit prélever une part de ce don pour financer ses frais de fonctionnement et de collecte ;
- D'éviter le travail administratif lié à la gouvernance du fonds de dotation (temps de préparation des réunions du conseil d'administration et de rédaction des comptes rendus notamment) ;
- De permettre la mobilisation des ressources matérielles ou humaines du centre hospitalier (universitaire) sans préoccupation administrative particulière (cf. section 1.1.2B) ;
- Et de faciliter l'appropriation de la démarche de mécénat de l'établissement public de santé par les agents hospitaliers – cette démarche n'étant plus externalisée à une structure juridiquement indépendante.

²³ Circulaire DGFAR/SDPS/C2006-5017 DSS/5B/2006/206 du 10 mai 2006

²⁴ Cour de cassation, chambre civile, n° de pourvoi 10-15335, 3 mars 2011

²⁵ 75 % du don dans la limite de 50 000 euros (article 978 du code général des impôts)

²⁶ BOI-PAT-ISF-40-40-10-20-20160706 PAT - ISF - Calcul de l'impôt - Réduction d'impôt au titre des dons aux organismes d'intérêt général - Champ d'application - Établissements de recherche ou d'enseignement supérieur ou d'enseignement artistique publics ou privés, d'intérêt général, à but non lucratif et des établissements d'enseignement supérieur consulaire

Une politique de mécénat menée en régie est toutefois confrontée à deux difficultés administratives majeures : le libellé du chèque ou du virement à l'ordre du trésor public et la non-identification du don dans le budget général de l'établissement public de santé.

Or, le fait de signer un chèque au trésor public, comme pour ses impôts, est un « point de blocage pour de nombreux donateurs potentiels »²⁷, ce qui peut affecter la performance de la collecte de dons²⁸. A ce biais psychologique, s'ajoute la crainte que ce don ne soit pas affecté au projet soutenu par le mécène, mais sur des dépenses de fonctionnement de l'hôpital, voire au comblement de son déficit. A l'inverse, le fonds de dotation répond à ces deux écueils : d'une part, personne morale juridiquement indépendante de l'établissement public de santé, il bénéficie d'un compte bancaire séparé ; d'autre part, l'affectation des ressources est certifiée par un commissaire aux comptes.

Des solutions ont cependant été trouvées par les centres hospitaliers qui ont souhaité développer directement une politique de mécénat : ainsi, à l'hôpital Necker-Enfants malades, l'agent comptable accepte que les chèques des mécènes soient libellés à l'ordre de « Hôpital Necker – APHP – TP²⁹ ». Parallèlement, pour les dons versés par virement bancaire, un compte a été créé dans la régie APHP, avec un RIB dédié exclusivement au mécénat.

Ainsi, les établissements publics de santé peuvent développer une politique de mécénat via un fonds de dotation ou en régie directe. Mais cela nécessite d'être imaginatif pour lever quelques difficultés administratives.

²⁷ MAHE DOMBIS F, 2015, « Hôpital recherche mécène...Ou l'avènement du fundraising dans les établissements publics de santé », *Gestions hospitalières*, n°546

²⁸ Selon l'ancienne directrice du mécénat de l'hôpital Necker Enfants malades, des bulletins de dons avaient été mis à disposition des patients et de leurs familles dans les locaux de l'hôpital Necker : ceux qui mentionnaient « chèque à l'ordre du trésor public » ne se traduisaient par aucun don, au contraire de ceux qui mentionnaient « chèque à l'ordre de l'hôpital Necker »

²⁹ « TP » pour « Trésor public »

1.2 De plus en plus de fonds de dotation sont créés par des structures hospitalières, malgré le risque de gestion de fait

1.2.1 En dépit de contraintes administratives accrues, le succès du fonds de dotation comme structure de mécénat des établissements publics de santé ne s'est pas démenti

A ce jour, 32 fonds de dotation « hospitaliers » peuvent être considérés comme créés³⁰, 19 au profit de centres hospitaliers, 13 au bénéfice de CHU.

Si la création d'un fonds de dotation était possible dès la publication de la loi de modernisation de l'économie, très peu d'établissements publics de santé pionniers n'ont adopté cette structure de mécénat avant 2013.

Après une année exceptionnelle – 2015, marquée par l'entrée en vigueur de l'obligation de dotation initiale d'au moins 15 k€ – le rythme actuel de création des fonds de dotation hospitaliers est désormais de l'ordre de 4 par an.

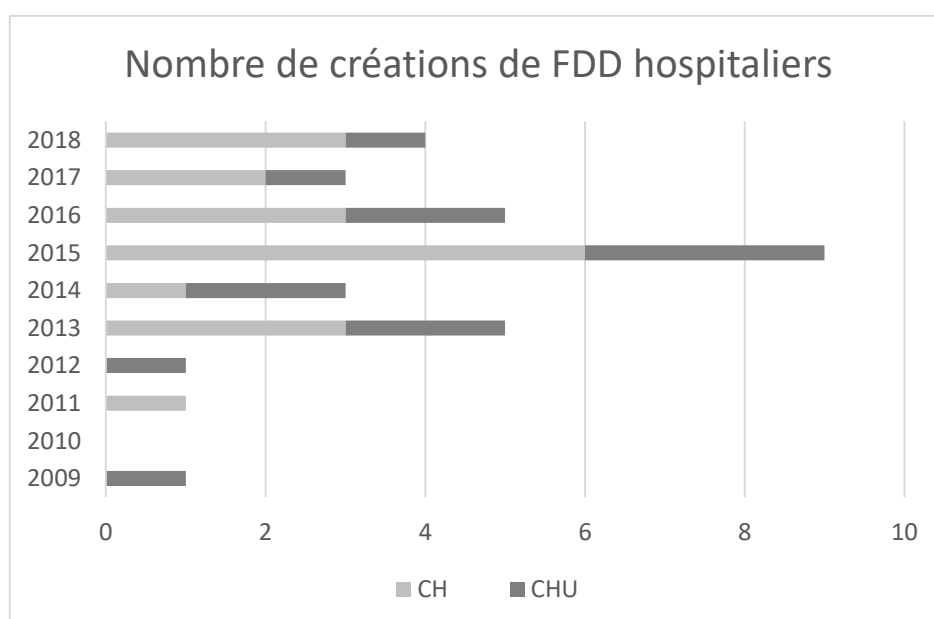


Figure 1 - Nombre de créations de FDD hospitaliers chaque année

Les fonds de dotation ont été créés par des établissements publics de santé de relativement grande taille : le budget moyen d'un centre hospitalier (universitaire) qui a créé un fonds de dotation est de 421 M€ tandis que le budget médian est de 330 M€. Le fonds de dotation n'est toutefois pas une structure que se refusent de créer les centres hospitaliers de taille plus modeste. Ainsi, 16 % des fonds de dotation ont pour fondateur un centre hospitalier au budget inférieur à 125 M€.

³⁰ Décompte des fonds de dotation dont les statuts ont été publiés au Journal officiel des associations et des fondations d'entreprise

Tableau 1 - Répartition des FDD hospitaliers en fonction du budget de leur EPS

Budget du CH(U)	< 60 M€	60 – 125 M€	125 – 400 M€	400 – 600 M€	600 – 800 M€	800 – 1 000 M€	> 1 000 M€
Répartition des FDD hospitaliers (n=32)	3 %	13 %	19 %	22 %	19 %	6 %	6 %

S'agissant de l'objet social des fonds de dotation hospitaliers, il se caractérise :

- par son caractère pluriel : 90 % de ces fonds de dotation couvrent au moins 2 thématiques ; 50 % au moins 4 thématiques ; à l'inverse, seuls 11 % des fonds de dotation ont un objet unique ;
- et par l'omniprésence des thématiques « recherche en santé, innovation médicale » (inclus dans l'objet social de 75 % des fonds de dotation) et « prise en charge médicale des patients et des résidents, qualité des soins » (54 % des fonds de dotation).

La multiplication des thématiques mentionnées dans l'objet social des fonds de dotation hospitaliers s'explique par le fait que la liste est juridiquement limitative : en application du principe de spécialité fonctionnelle, le fonds de dotation ne peut intervenir que dans les domaines énumérés dans son objet social. Cette contrainte juridique explique pourquoi 29 % des fonds de dotation hospitaliers ont intégré dans leur objet social une disposition générique les autorisant à réaliser toute action s'inscrivant dans les missions de service public de l'établissement public de santé.

Par ailleurs, l'omniprésence de la recherche en santé et l'innovation médicale dans l'objet social des fonds de dotation hospitaliers n'est pas fortuite : d'une part elle permet aux responsables du mécénat de ces fonds de dotation de mobiliser auprès des donateurs l'argument de construire ensemble la médecine de demain ; d'autre part elle ouvre la possibilité aux médecins de faire transiter leurs crédits de recherche via le fonds de dotation, au détriment de leur association de service, ceci dans un contexte juridique de transparence accrue³¹.

Tableau 2 - Fréquence des thèmes cités dans l'objet social des fonds de dotation hospitaliers

Objet social des fonds de dotation hospitaliers : thématiques	Pourcentage (n=31)
Recherche en santé, Innovation médicale	75 %
Conditions d'accueil et de vie des patients et des résidents	54 %
Prise en charge médicale des patients et des résidents, qualité des soins	36 %

³¹ Loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, Article L4113-6 du code de santé publique, Décret n° 2016-1538 du 16 novembre 2016 relatif à la convention unique

Réalisation de projets immobiliers et mobiliers	36 %
Réalisation d'actions culturelles, Art	32 %
Conditions d'exercice des agents (PM et PNM)	21 %
Equipements de pointe ou innovants	18 %
Développement / Modernisation / Attractivité du CH	18 %
Accès aux soins, offre de soins, activités de soins	18 %
Formation, Enseignement	18 %
Echanges scientifiques, Diffusion de l'innovation	14 %
Objet générique « Projet s'inscrivant dans toute mission de service public du CH ; Réalisation d'actions d'intérêt général du CH »	29 %

S'agissant de la dotation initiale, les fonds de dotation hospitaliers créés avant 2015, n'étant pas soumis à cette obligation, ont, sauf exception (Le Mans), été créés sans dotation initiale.

Depuis 2015, à l'inverse, tous les fonds de dotation hospitaliers ont disposé d'une dotation initiale – le non-respect de l'obligation de dotation initiale étant considéré comme un « dysfonctionnement grave »³² sanctionnable par le préfet.

L'origine de la dotation initiale diffère selon les fonds de dotation. Certains centres hospitaliers (universitaires) ont payé directement la dotation initiale. Dans d'autres cas, celle-ci a été apportée par une entreprise mécène (Reims), un club-service (Eaubonne-Montmorency) ou une association extérieure au centre hospitalier (Calais). Enfin, cet apport financier peut aussi provenir de personnes physiques ou morales du centre hospitalier : d'associations internes à l'établissement public de santé (Cergy-Pontoise, Versailles, hôpital Robert-Debré) voire de personnels dirigeants et médicaux du centre hospitalier (universitaire) (Clermont-Ferrand).

Le montant de la dotation initiale fut systématiquement de 15 000 €, le minimum imposé par la réglementation, y compris lorsque le donateur apporte une somme d'un montant supérieur – la différence étant alors comptabilisée comme un simple don.

Il est vivement recommandé que la dotation initiale soit apportée par un ou plusieurs acteurs privés et non par le centre hospitalier (universitaire) : en effet, même si les établissements publics de santé qui ont payé directement la dotation initiale ne furent pas inquiétés au moment de la création du fonds de dotation ou ni lors de contrôle ultérieur de la Chambre régionale des comptes³³, les services des préfectures seraient de plus en plus exigeants sur l'origine de la dotation initiale lors du dépôt des statuts d'un fonds de dotation.

Si les centres hospitaliers (universitaires) ont de plus en plus compris que la dotation initiale devait avoir une origine privée, ils n'ont pas encore pris en compte le fait que la

³² Article 9 du décret n° 2009-158 du 11 février 2009 relatif aux fonds de dotation

³³ Chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine, 30 octobre 2017, rapport d'observations définitives

personne, physique ou morale, privée qui apporte la dotation initiale devait être considérée comme le véritable fondateur du fonds de dotation, l'établissement public de santé n'étant que co-fondateur.

Concrètement, depuis 2015, aucun des organismes privés qui ont payé la dotation initiale n'a co-signé les statuts du fonds de dotation hospitalier dont ils ont soutenu la création. Cependant deux fonds de dotation se rapprochent le plus du cadre juridique en vigueur :

- celui du CHU de Reims : une convention a été signée entre le CHU et l'entreprise, dans laquelle cette entreprise est qualifiée de « mécène fondateur » ;
- celui du CHU de Clermont-Ferrand, dont les statuts ont été négociés et adoptés à l'unanimité par les directeurs, les médecins et les associations de service du CHU qui ont apporté la dotation initiale mais dont les statuts ont été signés par les seuls président et trésorier du fonds de dotation.

1.2.2 Les modalités retenues en matière de gouvernance, de financement de l'activité quotidienne et de périmètre du fonds de dotation hospitalier peuvent conduire à la gestion de fait

Selon la Cour des comptes, la situation de gestion de fait est caractérisée lorsque la structure de droit privé est en fait un démembrement d'une collectivité publique. Plusieurs critères cumulatifs doivent être satisfaits, à savoir la triple absence d'indépendance en termes :

- De direction et de gestion
- De financement
- Et d'activité

A) S'agissant de l'indépendance en matière de direction et de gestion, elle n'est jamais assurée

Si les établissements publics de santé ont décidé d'externaliser leur politique de mécénat, ils ont souhaité conserver la majorité au sein du conseil d'administration de « leur » fonds de dotation. De fait, la composition des conseils d'administration se révèle particulièrement hospitalo-centrée. De surcroît, les statuts des fonds de dotation prévoient quasiment tous que les directeurs généraux des centres hospitaliers (universitaires) président le conseil d'administration. Seule exception : Tours, dont la présidence est assurée par le responsable du collectif des associations d'usagers. A noter que le fonds de

dotation Nominoë-CHU de Rennes s'éloigne le plus de cette volonté d'hospitalo-centrisme, avec une stricte parité entre des chefs d'entreprise et des médecins – le monde hospitalier gardant cependant la majorité grâce à la voix de la présidente.

Par ailleurs, au sein du conseil d'administration du fonds de dotation, il est souvent recherché une certaine pluralité de représentation des différentes communautés dirigeantes (direction de la communication, des affaires médicales, des finances, etc.), médicales (président de la commission médicale d'établissement, chefs de service, etc.) et non-médicales (direction des soins, cadres supérieurs, etc.) du centre hospitalier (universitaire). Lorsque l'objet social du fonds de dotation intègre l'innovation ou la recherche, le doyen ou le délégué à la recherche clinique et à l'innovation est intégré au conseil d'administration.

Enfin, la détermination de la composition du conseil d'administration du fonds de dotation offre l'occasion d'ouvrir l'établissement public de santé sur son territoire. Ainsi, le président du conseil de surveillance du centre hospitalier (universitaire) est fréquemment membre du conseil d'administration du fonds de dotation tout comme l'organisme privé qui a apporté la dotation initiale (à défaut d'être fondateur du fonds de dotation). Plus rarement, le conseil d'administration intègre la chambre de commerce et d'industrie (Tours), des chefs d'entreprise, le conseil départemental, la CPAM (Cergy-Pontoise) ou des représentants de la presse quotidienne régionale (Lille).

B) S'agissant de l'indépendance en matière de financement, la question ne devrait pas se poser

L'administration étatique a rappelé, à plusieurs reprises, que tout apport indirect par prêt gratuit de personnel, de locaux ou de moyens de quelque nature qu'ils soient, constitue un financement public interdit³⁴. Ainsi, les frais de fonctionnement et de collecte d'un fonds de dotation hospitalier ne devraient jamais être financés par son établissement public de santé.

Dans les faits, certains fonds de dotation (Grenoble, Montpellier, Nice, Poitiers, Rennes) remboursent à leur centre hospitalier (universitaire) la location de bureau et ses prestations accessoires, les frais de communication et, surtout, les salaires des agents qui font vivre au quotidien les fonds de dotation. Dans ce cas, des conventions de mise à

³⁴ Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, 2010, « Fonds de dotation », *Courrier juridique des finances et de l'industrie*.

disposition de locaux et de personnel sont signées entre le fonds de dotation et l'établissement public de santé.

Le remboursement se fait traditionnellement sur une base forfaitaire : cette approche n'est ici pas préjudiciable. En effet, la gestion de fait n'est caractérisée que si l'indépendance financière du fonds de dotation n'est plus assurée et donc que si la différence entre l'activité réelle de l'agent et la quotité de travail forfaitisée est importante. Ce cas de figure, qui devrait être rare, a toutefois été signalé : un chargé du mécénat a ainsi indiqué qu'il travaillait en fait à 90 % pour le fonds de dotation tandis que seuls 10 % de son salaire d'attaché d'administration hospitalière était remboursé au centre hospitalier (universitaire).

Au-delà de la question de la gestion de fait, toute approche forfaitisée contrevient à l'interdiction faite aux fonds de dotation de percevoir de l'argent public, de quelque nature que ce soit : il serait donc préférable que la convention liant l'établissement public de santé et le fonds de dotation intègre une clause de régularisation annuelle du temps réellement passé par les agents hospitaliers qui travaillent pour le fonds de dotation.

Les autres fonds de dotation hospitaliers se contentent de payer les frais de tenue de compte bancaire, les honoraires du commissaire aux comptes voire le coût de conception du site Internet. De nombreuses autres dépenses, dont les salaires des agents du fonds de dotation, sont directement prises en charge par le centre hospitalier (universitaire) – une pratique déviante décelée par certains commissaires aux comptes.

Le non-remboursement de ces dépenses est justifié par les directeurs et chargés du mécénat des fonds de dotation hospitaliers :

- Par le fait qu'ils travaillent en réalité autant pour le fonds de dotation que pour leur établissement public de santé, dont l'image est améliorée, de manière directe ou indirecte, par les actions menées et les projets portés par le fonds de dotation. Pour cette raison, le salaire de la déléguée générale du fonds de dotation Nominoë n'est remboursé qu'à hauteur de 50 % : il est considéré que sur les autres 50 %, cette personne assure des missions de relations extérieures pour le compte du CHU.
- Et, de manière plus prosaïque, par le manque de ressources du fonds de dotation. Ces ressources sont composées de la dotation initiale et des dons collectés pendant l'année. Afin de financer leurs frais de fonctionnement et de collecte, les fonds de dotation hospitaliers prélèvent un certain pourcentage sur des dons reçus. Ce pourcentage varie selon une amplitude très grande : de 1 % à 20 %, avec une moyenne de 9 % et une médiane de 8 %. De plus, ce taux est différencié en fonction du type de donateurs (particuliers / entreprises), de la destination du don (projet de recherche ou non) ou du montant du don (application du prélèvement uniquement pour les dons importants). Ce pourcentage est davantage fixé en fonction du degré

d'acceptabilité par les mécènes d'un tel prélèvement sur leurs dons que sur les besoins réels : en effet, les frais de fonctionnement et de collecte représentent couramment de l'ordre de 15 % de l'ensemble des ressources et jusqu'à 25 % au cours des premières années d'existence d'une structure de collecte de dons³⁵. A défaut de pouvoir appliquer des taux aussi élevés, il est recommandé de prévoir une dotation initiale couvrant, dans l'idéal, les trois premières années de fonctionnement du fonds de dotation.

- C) S'agissant de l'indépendance en matière d'activité, les fonds de dotation hospitaliers financent – sauf exception – des projets de leur seul établissement public de santé

L'objet social de tout fonds de dotation est de réaliser ou de financer des œuvres d'intérêt général. Dans le cas particulier des fonds de dotation hospitaliers, les statuts de ces derniers ont limité le champ d'intervention aux seuls projets réalisés par « leur » établissement public de santé ou dans les locaux de « leur » centre hospitalier (universitaire).

Même lorsque les projets ne sont pas initiés par l'établissement public de santé, ils doivent à tout le moins être soutenus par le centre hospitalier (universitaire) (Calais, où le projet d'achat d'un véhicule adapté à un enfant en situation de handicap a été soumis au mécénat) ou réalisés en lien avec lui (Grenoble).

Ainsi, l'activité de tout fonds de dotation hospitalier est fortement liée à celle de son établissement public de santé. Tout au plus le fonds de dotation peut-il susciter au sein du centre hospitalier (universitaire) l'émergence de projets, notamment à travers des appels à projets (cf. section 2.1.2B).

A noter que le fait de restreindre le champ d'intervention du fonds de dotation aux projets de son établissement public de santé limite sans doute le risque de constitution du délit de détournement de fonds publics³⁶ pour le directeur général du CH(U) et celui de recel de détournement de fonds publics³⁷ pour le président du conseil d'administration du fonds de dotation, lorsque le salaire du responsable du mécénat n'est pas pris en charge, directement ou indirectement, par le fonds de dotation. En effet, en première apparence, des fonds publics financent le salaire d'un agent du CH(U) qui travaille concrètement pour une entité administrativement indépendante du CH(U). Ce constat est toutefois modéré

³⁵ LE ROY E, « Les établissements de santé à l'heure du fundraising » in FERMON B, 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Dunod

³⁶ Article 432-15 du code pénal

³⁷ Article 321-1 du code pénal

lorsque l'on comprend que le fonds de dotation hospitalier ne peut œuvrer, lui-même, qu'au bénéfice de son établissement public de santé.

Au final, comme ces trois critères d'absence d'indépendance en termes de direction et de gestion, de financement et d'activité doivent être simultanément satisfaits pour que la situation de gestion de fait soit caractérisée, cette dernière ne devrait jamais exister pour les fonds de dotation hospitaliers... si l'interdiction de perception de fonds publics était effectivement respectée par les fonds de dotation hospitaliers. En conséquence, une attention particulière doit être portée sur l'indépendance financière, avec un remboursement intégral des frais payés par l'établissement public de santé, une dotation initiale perçue comme des « fonds propres », et, à ce titre, d'un montant suffisant pour couvrir les premières dépenses de fonctionnement, et l'application d'un prélèvement sur les dons collectés pour assurer des ressources pérennes.

Le risque de gestion de fait n'est en effet pas négligeable : d'une part, le fonds de dotation serait immédiatement requalifié de droit public, avec notamment application des règles de la comptabilité publique et de la réglementation relative aux marchés publics ; d'autre part, le président du conseil d'administration du fonds de dotation serait considéré comme un comptable de fait, sanctionnable par la chambre régionale des comptes.

2 Les actions réalisées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement public de santé se heurtent régulièrement à l'interdiction faite aux fonds de dotation de percevoir tout argent public

2.1 En interne, les fonds de dotation hospitaliers portent une attention sur les agents chargés spécifiquement de la démarche du mécénat mais également sur tous les autres agents hospitaliers

Le recrutement de personnel dédié et l'implication des autres agents hospitaliers, notamment des médecins, sont identifiés³⁸ comme des facteurs de performance en matière de collecte de dons privés. Aussi, ils seront successivement présentés.

2.1.1 La stratégie consistant à minimiser le risque financier lié au recrutement d'agent spécialisé dessert le secteur hospitalier sur le marché concurrentiel du mécénat

A) L'activité quotidienne d'un fonds de dotation est assurée par un effectif peu élevé, parfois réparti sur trois personnes

En moyenne, 0.48 ETP travaille pour le fonds de dotation hospitalier. Toutefois, pour près d'un tiers des fonds de dotation investigués, ce nombre est inférieur ou égal à 0.1 ETP. A l'inverse, pour plus d'un quart des fonds de dotation hospitaliers, les effectifs sont supérieurs ou égaux à 1 ETP (pour un maximum de 1.3 ETP). Le chiffre médian est de 0.3 ETP.

Or, le personnel affecté par l'établissement public de santé sur son fonds de dotation est de trois types :

- Directeur-adjoint : 0.11 ETP en moyenne
- Chargé de mission : 0.32 ETP en moyenne
- Assistant de direction : 0.05 ETP en moyenne

Les chargés de mission sont les plus présents : ils participent à l'activité quotidienne des fonds de dotation dans 55 % des situations (0.58 ETP en moyenne lorsque des chargés

³⁸ BUSSON-VILLA F, GALLOPEL-MORVAN K, LE GALL-ELY M, 2016, « La collecte de fonds dans les établissements de santé : facteurs clefs d'efficacité », *Management international*, Volume 20, n°3
Éric HEYRMAN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2018

de mission sont affectés sur le fonds de dotation hospitalier), puis suivent les directeurs adjoints (45 % des situations, pour 0.25 ETP en moyenne) et enfin les assistants de direction (23 % des situations, pour 0.22 ETP en moyenne). Au moins deux de ces trois catégories de personnel se retrouvent dans 27 % des fonds de dotation.

Seuls 22 % des directeur-adjoints, chargés de mission et assistants de direction se consacrent intégralement au fonds de dotation hospitalier. A une exception près, il s'agit exclusivement de chargés de mission. Dans tous les autres cas, les agents réalisent leur quotité de travail complémentaire sur des thématiques relativement proches du mécénat : la communication, les affaires culturelles, les relations ou les partenariats extérieurs... ou encore le mécénat réalisé pour le compte du CH(U) (une structure hospitalière ayant identifié l'intérêt d'une collecte directe parallèle, notamment pour les subventions publiques, en sus de celle menée par le fonds de dotation hospitalier).

Par ailleurs, les fonds de dotation créés par des CHU se révèlent substantiellement mieux dotés (0.62 ETP en moyenne) que ceux créés par un centre hospitalier (0.27 ETP).

De plus :

- Tous les fonds de dotation aux effectifs inférieurs ou égaux à 0.1 ETP relèvent de centres hospitaliers ; toutefois, près de 40 % des fonds de dotation créés par des CHU sont dotés de seulement 0.2 ETP ;
- Les fonds de dotation des CHU disposent plus fréquemment d'une personne qui travaille exclusivement sur le sujet du mécénat (dans 39 % des situations au lieu de 22 % pour les fonds de dotation des centres hospitaliers) ;
- Les directeurs-adjoints sont beaucoup plus présents au sein des effectifs des fonds de dotation des CHU : en moyenne, ils représentent 27 % des ETP pour seulement 10 % du personnel des fonds de dotation des centres hospitaliers ;
- Les personnes en charge du fonds de dotation et de la politique du mécénat sont toutes seules au sein des fonds de dotation des centres hospitaliers (à une exception près).

B) La fiche de poste du chargé de mission mérite une attention particulière car elle peut recouvrir deux activités de nature différente : chargé de mécénat et/ou fundraiser

Une tension linguistique traverse la communauté des professionnels français de ce secteur : certains soutiennent le terme « fundraising »³⁹, pour assumer l'héritage anglo-

³⁹ AFERIAT A, 2011, « L'association française des fundraisers », *Archicube*, n°10

saxon et insister sur la maîtrise de compétences spécifiques, et d'autres le terme « mécénat ». Cette tension se retrouve dans les activités attendues du chargé de mission. En effet, celui-ci peut être amené à seulement élaborer une politique de collecte de fonds et à démarcher des donateurs potentiels. Mais il peut aussi, en sus de la recherche de financements, accompagner les porteurs de projets à murir leur idée voire veiller à la mise en œuvre des projets, tant en termes de respect des délais que de budget. Cette seconde activité est d'ailleurs cruciale puisque la mise en œuvre réussie d'un premier projet soumis au mécénat va permettre de gagner en crédibilité auprès des donateurs potentiels et de le citer en exemple.

L'analyse des expériences professionnelles des agents travaillant actuellement pour des fonds de dotation hospitaliers révèle d'ailleurs que ceux-ci maîtrisent les techniques de conduite de projet, qu'ils ont souvent un passé professionnel dans le secteur de la communication mais qu'une expérience professionnelle dans le mécénat est extrêmement rare (Annecy-Genevois, Tours, ainsi que les hôpitaux de l'AP-HP Necker-Enfants malades, Robert-Debré et de la Pitié Salpêtrière).

Or, si la maîtrise des compétences en conduite de projet est appréciable, celles attendues d'un fundraiser sont fort peu communes au sein du monde hospitalier. En effet, il s'agit :

- De savoir
 - Représenter l'organisation
 - Demander de l'argent
 - Convaincre, argumenter, négocier
 - Travailler en équipe
 - Organiser des événements
- D'être
 - Autonome
 - Persévérant
- D'avoir ou de savoir créer un réseau.

Il est sans doute plus aisé de recruter un agent qui maîtrise ces compétences que de former un spécialiste de la conduite de projet au fundraising.

Par ailleurs, comme les fundraisers seront rares, il serait pertinent de les dessaisir de toutes les tâches administratives liées à l'activité quotidienne du fonds de dotation : ainsi, la comptabilité, l'envoi des convocations des réunions du conseil d'administration, la rédaction des comptes rendus de ces réunions et l'émission des reçus fiscaux pourraient être confiés à un assistant de direction.

Il est à noter que les activités de prospection des mécènes potentiels sont parfois partiellement déléguées à un « club des ambassadeurs », composé de chefs d'entreprises (Nîmes), à un parrain (Brest), à un médecin (Montpellier) et à certaines associations de service internes au centre hospitalier (universitaire) (Annecy-Genevois).

C) La politique de recrutement du personnel s'articule autour de deux options, coûteuses toutes les deux

Les fonds de dotation n'ont pas utilisé la possibilité ouverte par la réglementation de recruter directement des salariés sous contrat de droit privé et à un niveau de rémunération libre.

En fait, les établissements publics de santé dotés d'un fonds de dotation ont recruté sous contrat de droit public sur des emplois de chargés de mission et très exceptionnellement sur des emplois de directeurs-adjoints ou ils ont affecté sur le mécénat des agents déjà en poste.

Les niveaux de rémunération proposés aux personnels contractuels s'avèrent :

- Etre comparables à ceux des agents statutaires :
 - 95 k€, charges patronales incluses, pour les emplois de directeurs-adjoints
 - Recrutement sur des grilles d'attaché d'administration hospitalière (voire d'ingénieur hospitalier) et même d'adjoint des cadres (voire de technicien supérieur hospitalier) pour les emplois de chargés de mission.
- Mais être inférieurs d'au moins 30 %⁴⁰ à ceux perçus par les fundraisers des autres secteurs.

Alors que le secteur du mécénat se professionnalise de plus en plus⁴¹ (tant les ONG qui se dotent d'une équipe de fundraisers, issus des plus grandes écoles de commerce⁴², que les entreprises mécènes, qui délèguent leur politique de mécénat à une fondation d'entreprise⁴³), les structures hospitalières et leurs fonds de dotation se révèlent peu attractifs d'un point de vue salarial.

⁴⁰ Association française des fundraisers, APEC, 2011, *Les métiers du domaine du fundraising (de la collecte de fonds) – Les référentiels des métiers cadres*.

⁴¹ QUENTIN C, 2011, « Collecteur de fonds, un métier d'avenir et de passion », *L'archicube*, n°10

⁴² LEFEVRE S, 2007, « Le sale boulot et les bonnes causes. Institutionnalisation et légitimation du marketing direct au sein des ONG », *Politix*, volume 3

⁴³ GAUTIER A, 2015, « Le mécénat d'entreprise en France. Histoire et perspective », *Revue française de gestion*, Volume 4, n°249

La détention de ces compétences spécifiques, par le recrutement ou la formation, est pourtant essentielle pour les fonds de dotation hospitaliers : en effet, l'âge d'or d'une croissance continue du marché de la philanthropie et de la générosité des Français semble achevé⁴⁴. Ainsi, une structure de collecte de fonds ne peut voir son « chiffre d'affaires » progresser que si sa part de marché augmente. De plus, la détention de ces compétences constitue un facteur de légitimation vis-à-vis des mécènes.

A défaut de recruter des fundraisers expérimentés, les établissements publics de santé peuvent s'appuyer sur des agents plus jeunes qui maîtrisent les techniques de marketing et pour lesquels sera financée une formation complémentaire en fundraising.

En effet, l'association française des fundraisers (AFF) propose, d'une part, des formations courtes sur les fondamentaux sur le fundraising ou sur des thématiques plus spécialisées et, d'autre part, un parcours certifiant en partenariat avec la chaire « Philanthropie » de l'ESSEC, avec l'obtention du titre professionnel de « directeur de la collecte de fonds et du mécénat » (d'une durée de deux années et d'un coût de 7 900 €).

Cette option a été choisie par les établissements publics de santé d'Argenteuil et de Brest, dont les agents ont respectivement suivi des formations courtes et le parcours certifiant de l'AFF.

Ainsi, soit le centre hospitalier (universitaire) tente de recruter un agent expérimenté, en dérogeant à sa politique salariale, soit il s'appuie sur un agent plus jeune, dont il financera la formation continue, et il abaisse ses objectifs de collecte de fonds privés des premières années.

Si le fonds de dotation hospitalier ne dispose pas de ressources financières suffisantes pour recruter un agent, il peut éventuellement s'appuyer sur un étudiant stagiaire (Argenteuil, Nîmes), à qui une gratification devra cependant être versée. Ce stagiaire pourrait notamment être issu des écoles supérieures de commerce. Toutefois, la formation la plus intéressante est le master 2 en communication option fundraising, de l'IRCOM, lancé en septembre 2016. Non seulement, cette formation est co-portée par l'association française des fundraisers, mais elle est réalisée en alternance (une semaine de cours par mois et trois semaines en entreprise), ce qui garantit la présence du stagiaire au sein de l'établissement public de santé sur une séquence temporelle importante.

⁴⁴ Association française des fundraisers, 2014, *Les clés du fundraising pour créer son chemin vers une collecte de fonds efficace*

2.1.2 Les actions menées en direction du personnel hospitalier visent en premier lieu à accroître l'acceptabilité de la création d'un fonds de dotation et d'une démarche de mécénat

A) L'appropriation du fonds de dotation par les agents hospitaliers nécessite une information continue

Des actions de communication et d'information sont menées auprès des agents, non seulement pour que ceux-ci acceptent l'idée d'une prospection de fonds privés mais qu'ils s'approprient l'outil « fonds de dotation » voire deviennent des ambassadeurs de la démarche de mécénat.

L'idée que le secteur public fasse appel à des financements privés n'est en effet pas culturellement évidente. Lors des travaux parlementaires du projet de loi de modernisation de l'économie, qui a notamment créé les fonds de dotation, ont resurgi les craintes d'un « désengagement massif de l'Etat » et d'une « privatisation partielle des universités, des hôpitaux et des musées »⁴⁵. Même des directeurs d'hôpital⁴⁶ ont exprimé leur réticence vis-à-vis du recours au mécénat, des probables contreparties qui devront être faites aux donateurs et du risque d'ingérence des mécènes.

Ce risque de réticence des agents public à l'apport d'argent privé n'est pas que théorique. Celle-ci s'est manifesté dans plusieurs établissements de santé, y compris dans des structures ou des territoires inattendus, tel le centre hospitalier de Versailles ou encore l'Institut Gustave Roussy, pourtant sous statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) et où l'opposition des syndicats s'est produite près de huit ans après le lancement de la démarche de collecte de dons, lors de l'installation d'un mur des donateurs. Comme attendue, la crainte de la privatisation de l'hôpital fut soulevée (Lille).

Le discours porté auprès des agents hospitaliers vise d'abord à les rassurer. Les éléments de langage employés par les directions générales et/ou les responsables du mécénat sont fréquemment :

- qu'aucun argent privé ne sera mobilisé pour financer un poste ;
- que l'argent privé ne sera sollicité que sur des projets pour lesquels les financements publics ne sont pas prévus ;
- et qu'il y aura donc une complémentarité entre argent privé et argent public.

⁴⁵ Propos tenus par le député communiste André Chassaing (Assemblée nationale, 2008, *Compte rendu intégral de la deuxième séance du mardi 10 juin 2008*)

⁴⁶ TOUZARD J, 2012, « Mécénat ? Sauver le service public, c'est également assurer son financement... », *Finances hospitalières*, n°55

Or, la réception de cet argumentaire par les agents hospitaliers est facilitée par le fait qu'elle s'inscrit dans un contexte de généralisation du mécénat au profit des structures publiques (universités, musées, etc.), ce qui donne un caractère quelque peu inéluctable à l'extension du mécénat au secteur hospitalier.

Ce discours a également pour objectif de clarifier le rôle du fonds de dotation : celui-ci n'est pas un guichet auprès duquel il est suffisant de déposer un dossier de candidature pour obtenir immédiatement le financement de son projet. Une telle mauvaise compréhension du rôle du fonds de dotation a été initialement constatée au Mans et à Annecy-Genevois. Au contraire, les porteurs de projet seront sollicités par le responsable du mécénat pour définir – ensemble – une stratégie de démarchage de donateurs potentiels voire rencontrer – ensemble – ces mécènes. Seule exception : le fonds de dotation du CHU de Saint-Etienne qui, ayant collecté suffisamment de dons non fléchés, a pu lancer un appel à projets interne dont les lauréats furent immédiatement financés.

Une première séquence d'information des agents hospitaliers concerne la présentation des statuts du fonds de dotation, de son objet social et de la démarche mécénat devant de très nombreux lieux d'échange ou instances.

Selon les fonds de dotation hospitaliers, ont été mobilisés : le conseil de surveillance (la réglementation n'imposant une délibération du conseil de surveillance que pour la création d'une fondation hospitalière), le directoire, la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, l'assemblée générale ou le forum des cadres, les conseils ou les bureaux de pôle, les réunions de service. Plus rarement, des rencontres bilatérales ont été organisées avec les médecins chefs de pôle ou chefs de service.

A noter que les projets de statuts du fonds de dotation ne semblent pas avoir été spécifiquement présentés aux organisations syndicales, en dehors des instances dont elles sont membres. Pourtant, une information informelle et préalable des syndicats faciliterait l'acceptabilité d'une démarche de mécénat.

Outre ces communications orales ou ces rencontres bilatérales, l'information relative au fonds de dotation et à la démarche de mécénat a été portée à la connaissance des agents hospitaliers via des articles publiés dans la revue interne de l'établissement public de santé (Eaubonne-Montmorency, Tours), sur l'intranet (Lille, Métropole Savoie, Versailles), joints au bulletin de paie (Grenoble, Lille), ou encore via la tenue d'un stand dans le hall du CHU (Tours) ou des affiches placardées dans les locaux du CHU (Tours).

Après cette phase de lancement du fonds de dotation, a eu lieu une seconde séquence d'information, avec pour objet une communication sur l'activité et les premiers résultats du fonds de dotation. Le retour d'expérience des établissements publics de santé de Saint-Etienne et Versailles montre que l'attention des agents hospitaliers est souvent

nettement plus importante lors de cette deuxième séquence que pendant la première. En effet, le fonds de dotation et son responsable du mécénat ont gagné en légitimité grâce aux premiers projets financés et mis en œuvre. En outre, la démarche de mécénat se révèle concrète aux yeux des agents hospitaliers alors que les statuts et l'objet social du fonds de dotation pouvaient paraître abscons et l'apport de financements supplémentaires hypothétique.

Toute cette activité d'information et de communication en interne a vocation à être sans cesse renouvelée : en raison de la taille des centres hospitaliers (universitaires), qui emploient plusieurs milliers d'agents, il est fréquent que le responsable du mécénat ne soit pas encore identifié par chaque agent hospitalier une ou deux années après le lancement de la démarche de mécénat. Spontanément, on pourrait penser que les médecins et l'encadrement de proximité doivent être une cible prioritaire voire exclusive de ces campagnes d'information – il est certes vrai que ces deux catégories de personnels peuvent être des alliés précieux pour le responsable du mécénat, par leur capacité à diffuser l'information et par leurs réseaux personnels à l'extérieur de l'hôpital. Mais les agents en contact avec le public ne doivent pas être oubliés, notamment les agents de l'accueil et du standard, surtout si le fonds de dotation lance une campagne de collecte de fonds : en effet, le grand public s'assurera auprès du standard ou des agents d'accueil que l'établissement public de santé est bien à l'origine de cette campagne – ces agents doivent alors être en mesure de le confirmer et d'orienter vers le service chargé du mécénat.

Sur le plan administratif, est notable l'approche du fonds de dotation du CHU de Tours dont la chargée de mission ne souhaite pas avoir un accès privilégié aux moyens de communication du CHU par rapport aux autres associations partenaires du CHU et qui demande systématiquement l'autorisation à la direction de la communication. Cette approche concrétise une réalité juridique : le fonds de dotation est une entité administrative distincte de l'établissement public de santé. Toutefois, comme l'établissement public de santé a tout intérêt à une pleine information de ses agents sur les sujets du fonds de dotation et de la démarche de mécénat, une convention globale pourrait être élaborée entre le fonds de dotation et le centre hospitalier (universitaire), précisant les leviers de communication internes au CH(U) mobilisables par le responsable du mécénat.

Enfin, si tout agent hospitalier doit, à tout le moins, être informé de l'existence du fonds de dotation, un rôle plus actif est requis pour les porteurs de projet et le directeur général de l'établissement public de santé ; ce même rôle actif est possible pour tout agent volontaire.

En effet, les agents des services porteurs du projet soumis au mécénat sont vus comme des co-acteurs du démarchage des mécènes potentiels (Argenteuil), avec une définition conjointe de la stratégie de démarchage, l'identification des mécènes potentiels, notamment grâce aux carnets d'adresse de l'équipe-projet, voire la présence d'un membre de l'équipe-projet lors de la rencontre avec le mécène (ce dernier serait plus sensible aux demandes du « soignant en blouse blanche » qu'aux discours du communicant qu'est le responsable du mécénat).

De même, il est essentiel de s'assurer que le directeur général de l'établissement public de santé s'implique dans la collecte de fonds, notamment en s'entretenant avec les mécènes les plus généreux ou en participant à la vie mondaine locale (Eaubonne-Montmorency).

Les agents hospitaliers volontaires peuvent, quant à eux, participer à un COPIL interne (Cergy-Pontoise), à un cercle mécénat (Grenoble) ou à un club des ambassadeurs (Dijon). Convaincus par la démarche de mécénat, ils sont des relais précieux en interne ou à l'extérieur du centre hospitalier (universitaire).

D'un point de vue administratif, l'implication d'agents hospitaliers dans l'activité quotidienne du fonds de dotation pourrait être formalisée dans une convention de bénévolat de compétences, évoquant notamment le cas des agents qui ne seraient pas au forfait jour.

B) Les modalités de sélection des projets soumis au mécénat permettent non seulement de garantir leur qualité mais aussi de faciliter l'appropriation de la démarche de mécénat par les agents hospitaliers

Un leitmotiv revient dans les propos tenus par les responsables de mécénat des fonds de dotation hospitaliers : la qualité du projet est indispensable pour convaincre un mécène de le financer, la renommée de l'institution qui le sollicite n'étant pas suffisante.

Dans cette optique, les fonds de dotation hospitaliers ont mis en place une procédure, plus ou moins complexe, de labellisation des projets.

Au préalable, seront très rapidement évoqués le cas des projets, souvent de recherche, pour lesquels des mécènes ont déjà été sollicités par le porteur de projet et des dons obtenus : ces projets sont en quelque sorte labellisés a posteriori par le fonds de dotation. Très concrètement, les dons transitent par le fonds de dotation et sont fléchés sur le projet en question.

Dans les autres cas, le responsable du mécénat cherche à constituer un « catalogue de projets » qu'il présentera aux mécènes potentiels. La séquence de labellisation de ces

projets soumis au mécénat varie selon les ressources humaines et temporelles dont dispose le fonds de dotation hospitalier.

Lorsque ses ressources sont limitées, le responsable du mécénat est sollicité par l'équipe-projet, qu'il accompagne dans la maturation de son projet (Argenteuil). Puis la décision de labellisation est prise par le responsable du mécénat (Annecy-Genevois), le directeur général de l'établissement public de santé (Le Mans) ou le conseil d'administration du fonds de dotation.

Lorsque la procédure de labellisation est encore plus structurée, elle comprend :

- Le lancement d'un appel à projets interne à l'établissement public de santé
- Le renseignement par l'équipe-projet d'une fiche projet qui inclut notamment la présentation et la plus-value du projet, ses bénéficiaires, son calendrier et son budget
- L'examen par des médecins et des directeurs (Nice), par un comité scientifique composé de médecins (Rennes), par un comité de sélection composé de personnes non membres du conseil d'administration du fonds de dotation (Clermont-Ferrand), ou par un comité opérationnel (Eaubonne-Montmorency) avec, en sus, l'évaluation par une personne extérieure au CH(U) (Poitiers)
- La validation finale des projets par le conseil d'administration du fonds de dotation.

Ainsi, l'évaluation des projets est sous-traitée par le conseil d'administration du fonds de dotation à un comité ad hoc, l'indépendance (Clermont-Ferrand) et la notoriété (Rennes) des membres du comité de sélection devant garantir la qualité des projets retenus.

Toutefois, le conseil d'administration du fonds de dotation conserve fréquemment la maîtrise de ce processus : la fiche d'appel à projets, les critères d'évaluation et la composition du comité de sélection ont été validés par le conseil d'administration ; celui-ci peut recevoir tout porteur de projet ; le cas échéant, il peut déjuger son comité de sélection (Eaubonne-Montmorency).

Au-delà de la garantie de la qualité des projets labellisés, une telle procédure permet d'accroître la transparence du processus de sélection, la notoriété du fonds de dotation au sein de l'établissement public de santé et l'acceptabilité de la démarche de mécénat : les agents connaissent et comprennent les modalités de sélection qui s'avèrent plus ouvertes qu'une décision discrétionnaire du responsable du mécénat ou de la direction générale du CH(U).

La procédure de sélection des projets prend toutefois en compte le fait que ces derniers devront ensuite être soumis au mécénat. Ainsi, est fréquemment recherchée une diversité en termes de budget⁴⁷ des projets, afin que tous les mécènes puissent se sentir concernés (Brest), quelle que soit leur capacité financière. De plus, l'accent est mis sur les projets « vendables » (Clermont-Ferrand), « intelligibles » (Rennes), « finançables » (Calais) ou « grand public » (Poitiers).

Cette approche de labellisation des projets – fort pertinente – suscite deux réactions : la première sur l'appel à projets, la seconde sur l'indispensable formalisation de l'implication de tous ces agents hospitaliers dans les travaux du fonds de dotation.

S'agissant de l'appel à projets, le fonds de dotation doit lancer des appels à projets de manière régulière pour renouveler le « catalogue de projets » soumis au mécénat et entretenir l'intérêt des agents hospitaliers, mais le rythme et le nombre de projets labellisés doivent être corrélés au nombre de projets qui réussiront à être financés voire mis en œuvre entre deux appels à projets. Au vu de ces critères, un rythme annuel est sans doute adapté. Par ailleurs, il est recommandé de fortement communiquer en interne sur le lancement de l'appel à projets et de laisser un temps suffisant aux équipes pour y répondre.

S'agissant de l'implication d'agents hospitaliers dans les travaux du fonds de dotation, le temps passé par ces agents pendant la phase de labellisation peut être considéré comme une contribution en nature de l'établissement public de santé au fonctionnement du fonds de dotation, ce qui irait à l'encontre de l'interdiction législative de perception de tout argent public par le fonds de dotation, de quelle nature que ce soit. Une solution pourrait être la conclusion d'une convention de mécénat de bénévolat entre le fonds de dotation et le centre hospitalier (universitaire), tout en veillant que les agents hospitaliers impliqués œuvrent pour le fonds de dotation en dehors de leur temps de travail (le cas échéant, après réaménagement de leur planning de travail).

⁴⁷ Dans son rapport pour la commission de la culture, de l'éducation et de la communication du Sénat, Alain Schmitz (2018) conseille de retenir une approche similaire : « Pour qu'un fonds de dotation attire les mécènes, il faut toutefois qu'il y ait suffisamment d'entreprises sur le territoire et que les projets sélectionnés soient attractifs. Il doit s'agir de projets qui font sens pour le territoire et qui sont éventuellement susceptibles de participer à son développement économique. Un panachage entre des projets de différentes tailles et intervenant dans différents domaines peut permettre d'attirer davantage une diversité d'entreprises. »

- C) Confronté à une concurrence interne portée par les associations de service, le fonds de dotation hospitalier a tout intérêt à trouver un modus vivendi avec ces autres structures de collecte de dons

Le fonds de dotation n'est pas la seule structure présente dans les locaux de l'établissement public de santé qui recherche des financements privés : figurent également des associations de service et des associations de médecins. Il est constaté une volonté récurrente de centralisation des dons perçus par ces associations de service ou de médecins au niveau du fonds de dotation hospitalier.

S'agissant plus particulièrement des associations revendiquant une mission de recherche clinique, cette volonté de centralisation s'inscrit dans un contexte de durcissement des règles relatives à la transparence des liens d'intérêts dans le secteur de la santé.

En effet, comme le précise le rapport de la Cour des Comptes de décembre 2017⁴⁸, à la suite de la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011, l'intervention des associations de service dans les essais cliniques est de plus en plus mal perçue, compte tenu des risques relatifs aux conflits d'intérêts qui pouvaient en résulter. De plus, le décret n°2016-1538 du 16 novembre 2016 a créé, pour les études de recherche clinique à promotion industrielle, l'outil administratif de la « convention unique », signée entre une structure tierce et le promoteur industriel. L'AP-HP envisagerait de rapprocher les sujets « politique de mécénat » et « transparence du financement des activités de recherche » et d'orienter les conventions uniques vers la fondation hospitalière⁴⁹ AP-HP pour la recherche. A noter que le décret n°2016-1538 impose à cette structure tierce une « gouvernance qui soit propre à la prémunir, ainsi que ses dirigeants, d'un risque de mise en cause de leur responsabilité, notamment au regard du risque de conflit d'intérêt » : si les fonds de dotation hospitaliers devaient être choisis comme structures tierces, leur conseil d'administration ne pourrait plus être hospitalo-centré comme actuellement.

S'agissant des associations de service, cette centralisation des dons vers le fonds de dotation a pour vocation de limiter le risque de confusion pour les donateurs. Ainsi, a été signalée la situation suivante : un mécène avait fait un don directement à une association

⁴⁸ Cour des comptes, 2017, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*

⁴⁹ Dans la note d'information n°DGOS/PF4/2018/191 du 1^{er} août 2018 relative à l'utilisation de la convention unique pour la recherche à finalité commerciale impliquant la personne humaine, la DGOS cite également la fondation hospitalière comme structure tierce possible sans exclusivité : « une fondation hospitalière, un groupement d'intérêt économique (GIE) ou un groupement de coopération sanitaire (GCS) ayant vocation à conduire des activités de recherche appliquée en santé, ou une structure de type associatif ayant également pour objet la conduite d'activités de recherche appliquée en santé. »

de service ; mais en l'absence de réception du reçu fiscal et d'information sur l'état d'avancement du projet, ce mécène appela le responsable du mécénat du centre hospitalier (universitaire). Ainsi, bien que l'association de service soit une structure indépendante de l'établissement public de santé, ce dernier apparaît comptable des actions de l'association aux yeux du mécène, qui ne fait pas de distinction entre ces deux structures.

Plusieurs arguments peuvent être mobilisés pour convaincre les responsables associatifs d'accepter de faire transiter leurs dons par le fonds de dotation :

- Toutes les tâches administratives liées aux dons seront transférées au fonds de dotation – un élément fort apprécié des médecins et des autres responsables associatifs qui ne peuvent consacrer que peu de temps à la gestion quotidienne de leur association. L'éventuel risque de gestion de fait et la responsabilité liée à d'autres infractions seront aussi transférés au président du conseil d'administration du fonds de dotation ;
- De surcroît, les mécènes pourront recevoir un reçu fiscal : certes, certaines associations de service peuvent également émettre de tels reçus fiscaux, mais d'autres responsables associatifs n'ont pas réalisé la démarche administrative de demander un rescrit fiscal à la direction départementale des finances publiques ou n'ont pas souhaité prendre le risque d'être condamné pénalement pour délivrance irrégulière de reçus fiscaux⁵⁰. La réduction d'impôt (sur les revenus ou sur les sociétés) peut également inciter le mécène à augmenter le montant de son don (Annecy-Genevois) ;
- De plus, les mécènes pourront bénéficier d'une visibilité accrue – la notoriété et les vecteurs de communication du fonds de dotation hospitalier étant supérieurs à ceux de l'association de service – et le champ des contreparties qui pourraient être accordées au mécène contre son don sera plus diversifié ;
- Enfin, la centralisation de la démarche de mécénat au niveau du fonds de dotation hospitalier permettra d'éviter qu'un mécène soit démarché successivement par le fonds de dotation puis par l'association de service (ou inversement) – ces deux structures étant considérées par le public profane comme provenant de « l'hôpital ». Ainsi, la coordination des sollicitations permettra à l'hôpital de gagner en crédibilité aux yeux des mécènes potentiels.

Des garanties peuvent être apportées aux responsables associatifs :

- Sur les aspects financiers, les dons reçus seront immédiatement fléchés sur le ou les projets de l'association de service ;

⁵⁰ Article 1740 A du code général des impôts

- Sur la question de la visibilité de l'association de service, il peut lui être proposé de co-labelliser le projet soumis au mécénat : tous les supports de communication préciseront alors que le projet est porté à la fois par le fonds de dotation hospitalier et par l'association de service (Argenteuil).

Après validation du principe de centralisation des dons au niveau du fonds de dotation, les activités de démarchage sont couramment réalisées par le responsable du mécénat du fonds de dotation. A cet effet, les médecins et autres responsables associatifs communiquent leurs carnets d'adresses au responsable du mécénat. Ils orientent également vers le responsable du mécénat toute personne (un laboratoire, un patient, etc.) qui exprime un désir de faire un don. L'activité de prospection peut également être maintenue au niveau de l'association de service : dans ce cas, les courriers de sollicitation des mécènes sont relus, validés et signés par le président du conseil d'administration du fonds de dotation (Annecy-Genevois).

Une certaine co-existence pacifique peut aussi être obtenue grâce à une différenciation des projets portés respectivement par le fonds de dotation et par les associations de service. Il en est ainsi lorsque le fonds de dotation labellise uniquement des « grands projets » (Calais) ou des « projets transversaux » (Cergy-Pontoise).

La liberté d'association étant un principe fondamental reconnu par les lois de la République⁵¹, donc de valeur constitutionnelle, le responsable du mécénat ne dispose pas de moyens légaux pour contraindre les associations de service à faire transiter leurs dons via le fonds de dotation hospitalier. Plusieurs secteurs particulièrement structurés ne souhaitent pas s'appuyer sur les fonds de dotation : la pédiatrie, la cancérologie, les soins palliatifs notamment. Cette collecte indépendante n'est cependant pas nécessairement préjudiciable d'un point de vue budgétaire : certaines associations de service donnent aux fonds de dotation hospitalier (Lille, Saint-Etienne).

Il est toutefois recommandé aux responsables du mécénat des fonds de dotation hospitaliers de travailler les relations avec les responsables des associations de service et de trouver des *modus vivendi* (Nice). A tout le moins, il serait souhaitable que le fonds de dotation soit informé de la liste des entreprises et organismes sollicités par les associations de service... afin d'éviter un double démarchage (Cergy-Pontoise).

Enfin, la forme la plus institutionnalisée de coordination des structures de collecte de dons présentes dans l'établissement public de santé a pu être repérée à l'hôpital Robert-Debré : après beaucoup de diplomatie, a pu être créé un comité mécénat qui réunit toutes

⁵¹ Conseil constitutionnel, décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971, Liberté d'association

les structures qui gèrent des fonds (associations, fonds de dotation notamment) ainsi que des agents hospitaliers volontaires. Ce comité a pour mission d'évoquer les projets soumis au mécénat et d'identifier les partenaires possibles.

2.2 Les politiques de mécénat développées par les fonds de dotation hospitaliers se caractérisent par une très grande diversité, tant en termes de cibles prioritaires que d'actions mises en œuvre

2.2.1 En amont de tout démarchage de mécènes, le fonds de dotation définit une stratégie et prépare ses outils de communication

En amont ou peu de temps après le dépôt en préfecture des statuts du fonds de dotation, le responsable du mécénat est amené à réfléchir à la meilleure stratégie pour son fonds. Il s'agit notamment de définir les cibles prioritaires de la démarche de mécénat et des actions à mener à court et moyen termes : 3-5 ans (Poitiers).

Cette stratégie est définie en fonction du dynamisme du tissu économique local et des caractéristiques socio-économiques des habitants du territoire.

Est également identifiée la concurrence entre organismes d'intérêt général. Une attention particulière est portée sur les structures à but non lucratif qui œuvrent dans le secteur de la santé. Ainsi, à Tours, le fonds de dotation du CHU est confronté à une fondation d'université qui ne porte que des projets liés à la santé et à une section locale de la Ligue contre le cancer très active. Cette concurrence peut même être intra-GHT⁵², tel le GHT Sud Val-d'Oise – Nord Hauts-de-Seine, où les centres hospitaliers d'Argenteuil et d'Eaubonne-Montmorency ont tous les deux créé un fonds de dotation hospitalier.

Sont aussi prises en compte pour élaborer la stratégie du fonds de dotation : l'image du centre hospitalier (universitaire), ses forces et son identité.

La définition d'une telle stratégie du fonds de dotation nécessite du temps : au moins une année (Grenoble, Rennes).

En termes de méthode, certains fonds de dotation hospitaliers ont souhaité être accompagnés dans cette tâche par un consultant (Brest, Grenoble). D'autres ont demandé

⁵² MANLIUS et BARRE-HOUDART (2016) suggèrent de leur côté que la création d'un fonds de dotation unique au sein du GHT se combine avec la création d'une structure porteuse de projets d'investissements commune aux établissements membres.

conseil aux entreprises du tissu économique local, par courrier (Nîmes), avec un succès très mitigé, ou lors d'entretiens bilatéraux⁵³ (Rennes).

Cette phase préalable à tout démarchage de mécènes est aussi celle de l'élaboration des outils de communication.

Le premier d'entre eux est le choix du nom du fonds de dotation. Celui-ci va constituer la marque du fonds de dotation. Il donne corps aux valeurs et aux promesses du fonds de dotation tels Nominoë, premier « roi » qui fédère la Bretagne autour d'un projet politique, Espoir Santé Clermont Auvergne, Innovéo (l'innovation médicale) ou Avenir (« avenir » en vieux niçois). Pour asseoir leur ancrage territorial, certains fonds de dotation hospitaliers ont repris le nom d'une figure locale : Guilhem, nom de la famille qui a fondé Montpellier ; Clément, l'un des géants de Calais, Aliénor, reine de France puis d'Angleterre qui a longuement séjourné à Poitiers. Les autres fonds de dotation hospitalier ont choisi, parfois par défaut (Tours), un nom explicite mais neutre : « fonds de dotation du centre hospitalier (universitaire) de... ».

Toujours dans cette optique de création de marque, sont également élaborés des logos et des slogans, qui seront déclinés sur tous les supports de communication : affiche, flyer, newsletter, papier à entête, etc.

Les slogans sont des invitations à l'action commune et donc au don : « Ensemble, mettons la santé au sommet » (Grenoble), « Construisons ensemble l'hôpital de demain » (Saint-Denis), « Emmenons la recherche médicale » (Poitiers).

Quant au logo du fonds de dotation, deux approches différentes peuvent être constatées : soit le logo du fonds de dotation reprend des éléments du logo de son centre hospitalier (universitaire) (Angers, Grenoble, Lille, Reims, Tours, Versailles) ou, à tout le moins, mentionne le nom du CH(U) (Eaubonne-Montmorency, Nantes, Nice, Rennes), soit il s'en distingue fortement (Annecy-Genevois, Montpellier, Poitiers). La première approche a l'avantage de s'appuyer sur la notoriété de l'établissement public de santé, qui est déjà connu et reconnu sur son territoire. Aux yeux des personnes profanes, le fonds de dotation sera alors perçu comme une filiale du centre hospitalier (universitaire), à savoir sa structure spécialisée chargée du mécénat. La seconde approche traduit la volonté de créer une autre plateforme de marque, distincte de celle du centre hospitalier (universitaire).

A noter que le logo et le slogan du fonds de dotation Aliénor (Poitiers) ont été déposés à l'INPI. Dans le cas où l'établissement public de santé avait lui aussi protégé son logo et où le logo du fonds de dotation reprend des éléments de celui de son centre

⁵³ GALLOPEL-MORVAN K, LOUIS M, 2015, « Nominoë. Le fonds de dotation du CHU de Rennes », *Gestions hospitalières*, n°546

hospitalier (universitaire), il faudrait que ce dernier autorise formellement le fonds de dotation à un tel emprunt.

Si cette phase préalable à la prospection est une séquence où la stratégie est définie et les outils de communication sont préparés, elle n'est pas propice à une communication extérieure, comme le montre le retour d'expérience lillois.

Au moment de la création de son fonds de dotation, le CH(U) de Lille avait décidé de communiquer sur cette création et sur le développement d'une politique de mécénat, sans avoir labellisé quelques projets qui seront soumis au mécénat privé. Il s'était d'abord réjoui que la radio locale France Bleu consacre une matinée entière sur le sujet du mécénat à l'hôpital. Mais, incapables de visualiser les projets qui seront portés par le fonds de dotation et donc de percevoir leur intérêt, les auditeurs ont fait part de leur incompréhension quant à cet appel à la générosité publique. Au final, le CH(U) de Lille bénéficia d'une publicité négative, dont se souvient encore sa responsable du mécénat...

Par ailleurs, des réflexions sur les valeurs que souhaitent porter le fonds de dotation sont parfois menées pendant cette phase amont. Par exemple, le conseil d'administration du fonds de dotation du centre hospitalier Simone Veil (Eaubonne-Montmorency) a approuvé une charte déontologique par laquelle il se réserve le droit de refuser un don lorsque les valeurs ou l'image du donateur ne correspondent pas à celles du centre hospitalier « Simone Veil ». Cette charte est remise à toutes les entreprises démarchées. De même, le fonds de dotation du CHU de Nantes a élaboré une charte du mécénat qui définit les caractéristiques de sa gestion (intégrité, transparence, responsabilité, indépendance, rigueur). D'autres (Saint-Etienne notamment) ont adhéré à la charte du mécénat pour être reconnus comme des acteurs responsables.

Il convient de souligner que l'adoption ou l'adhésion à de telles chartes déontologiques ne constitue pas un facteur de performance de la collecte de dons⁵⁴, ceci en raison de la faible notoriété de ces chartes.

Enfin, au cours de cette phase amont, peut être fort opportunément travaillé un sujet souvent négligé : l'optimisation du circuit du traitement administratif du don, qui comprend notamment l'émission de l'éventuel courrier de remerciements et du reçu fiscal (Métropole Savoie) et le suivi des dons fléchés. Dans cette optique, un logiciel de gestion des dons peut être acheté (entre 1.5 k€ et 5 k€⁵⁵). Pendant cette séquence quelque peu silencieuse, le responsable du mécénat peut également solliciter l'administration fiscale dans le cadre

⁵⁴ BUSSON-VILLA F, GALLOPEL-MORVAN K, 2012, « La normalisation des associations : quelle efficacité pour rassurer les parties prenantes », *Management & Avenir*, Volume 4, n°54

⁵⁵ TABET E, 2015, « Fundraising à l'hôpital. Le cas du centre Léon-Bérard », *Gestions hospitalières*, n°546

de la procédure du rescrit fiscal⁵⁶. Pourvu de ce document, il pourra alors émettre des reçus fiscaux en toute quiétude. Le risque de non-obtention du rescrit fiscal est toutefois très faible puisque le fonds de dotation soutient, directement ou indirectement, des projets du centre hospitalier (universitaire), dont les dons reçus sont déjà reconnus comme éligibles aux réductions d'impôt définies par le code général des impôts.

Dans la suite de cette partie du mémoire, seront successivement présentées et commentées les actions menées en direction des entreprises, des structures à but non lucratif, du grand public et des patients. Elles n'ont pas vocation à être toutes systématiquement mises en œuvre par chaque fonds de dotation hospitalier. En effet, la stratégie du fonds de dotation, élaborée par le responsable du mécénat et adoptée par le conseil d'administration du fonds de dotation, identifie les actions pertinentes, en fonction du territoire où est implanté l'établissement public de santé, de ses caractéristiques et des moyens mobilisables. Si ces actions peuvent souvent être indifféremment intégrées dans la politique de mécénat du centre hospitalier (universitaire) ou de sa structure administrative chargée de collecter des fonds (fondation reconnue d'utilité publique, fondation hospitalière, fondation sous égide, fonds de dotation, association relevant de la loi 1901), une attention particulière sera portée sur les conditions d'un portage par un fonds de dotation hospitalier.

2.2.2 Les entreprises et les fondations d'entreprises constituent la première cible des fonds de dotation hospitaliers

Les dons collectés auprès des entreprises et des fondations d'entreprises représentent fréquemment plus de 80 % voire 90 % du montant total annuel reçu par un fonds de dotation hospitalier. Les responsables du mécénat privilégieraient les entreprises car elles présenteraient le meilleur rapport entre le montant du don obtenu⁵⁷ et le temps passé pour prospecter et de démarcher.

⁵⁶ Articles L80 A et L80 B du livre des procédures fiscales

⁵⁷ Les dons déclarés à l'administration fiscale par les entreprises soumises à l'impôt sur les sociétés sont de 1 900 €. Mais ce chiffre varie fortement en fonction de la taille de l'entreprise et de son secteur économique.

S'agissant de la taille, les très petites entreprises déclarent 1 800 €, les PME 10 800 €, les entreprises de taille intermédiaire 133 700€ et les grandes entreprises 3 740 000 €.

S'agissant du secteur économique, les entreprises des activités financières et d'assurance et celles du secteur de l'information et de la communication sont les plus généreuses : elles déclarent respectivement 36 910 € et 33 305 €. A l'inverse, les dons annuels des entreprises de l'hébergement et restauration ainsi que celles de la construction se limitent respectivement à 2 893 € et 4 650 €.

(source : DGFiP, citée par BAZIN C, MALET J, 2018, « Mécénat. Déclaration fiscale des entreprises », *Recherches & Solidarités*)

Pourtant, ces activités de démarchage se révèlent intenses et plurielles. En effet, la modalité qui vient immédiatement à l'esprit, à savoir une campagne mailing papier, qui consiste à solliciter l'entreprise par l'envoi d'un courrier, accompagné d'une plaquette présentant le fonds de dotation et/ou les projets soumis au mécénat, ... s'avère inefficace. En fait, les chefs d'entreprise sont si souvent sollicités qu'un courrier impersonnel ne les touche pas. Le constat de l'inefficacité d'une telle méthode de démarchage des entreprises est dressé par l'intégralité des responsables du mécénat, à l'exception de celui du centre hospitalier de Métropole Savoie, qui a toutefois l'avantage d'être installé dans un bassin économique dynamique.

Le premier objectif des responsables du mécénat est de faire connaître l'existence de leur fonds de dotation hospitalier (ce qui serait le seul bénéfice de l'envoi précité d'un courrier et d'une plaquette aux entreprises du territoire).

Dans cette optique, ces responsables cherchent à s'inscrire dans le tissu économique local. Ainsi, ils participent aux salons professionnels locaux. Surtout, ils tentent d'intégrer les réseaux d'entreprises locaux, à savoir ceux des chambres consulaires (chambre de commerce et d'industrie, chambre des métiers et de l'artisanat), des clubs d'entreprises et des syndicats d'employeurs, généralistes (Mouvement des entreprises de France, Confédération des petites et moyennes entreprises, Union des entreprises de proximité) ou sectoriels (Fédération française du bâtiment par exemple).

L'inscription du fonds de dotation hospitalier dans les réseaux d'entreprises locaux peut s'avérer longue et fastidieuse : toutefois, la participation régulière du responsable du mécénat du fonds de dotation aux différentes réunions de ces réseaux convaincra les chefs d'entreprises de la volonté de l'hôpital de développer un partenariat durable avec son territoire et ses entreprises.

Au-delà de ces rencontres collectives visant à faire connaître le fonds de dotation, les responsables du mécénat tentent également de cibler des entreprises, en vue de rencontres bilatérales. Ce ciblage d'entreprises prend en compte la politique de mécénat ou de responsabilité sociale et environnementale de l'entreprise, les valeurs affichées de l'entreprise et les projets déjà soutenus⁵⁸, la proximité (thématique ou géographique) de l'entreprise avec l'établissement public de santé, et le ou les projets à financer. Si ces critères sont très précis et opérationnels, les responsables du mécénat des fonds de dotation hospitaliers invitent à une certaine modestie. D'une part, ils se sont régulièrement trompés sur le type de projet qui intéresse l'entreprise rencontrée : c'est pourquoi, ils

⁵⁸ Les entreprises mécènes soutiennent financièrement un nombre limité de thématiques. Ce nombre progresse en fonction de la taille de l'entreprise : les TPE soutiennent 1.5 thématique, les PME 1.9 tandis que les entreprises de taille intermédiaire et les grandes entreprises 5.0 (source : ADMICAL, CSA, 2016, *Le baromètre d'entreprise en France*)

recommandent de présenter plusieurs projets et d'avoir à disposition tout le catalogue de projets soumis au mécénat. D'autre part, des erreurs ont été commises sur la proximité supposée entre l'hôpital et l'entreprise en question : des fonds de dotation d'hôpitaux franciliens ont constaté qu'une PME du bâtiment se révèle plus intéressée d'aider le centre hospitalier qu'une entreprise de la santé dont le siège social est implanté à proximité de leur hôpital.

En termes de méthode, la chambre de commerce et d'industrie dispose d'une base de données exhaustive des entreprises du territoire et la ville peut fournir une liste des entreprises sur lesquelles elle s'appuie. S'agissant du rendez-vous avec l'entreprise, celui-ci est plus facilement obtenu si le responsable du mécénat a un contact au sein de l'entreprise, qui permet d'atteindre, par ricochets, le dirigeant de l'entreprise. Ce premier contact peut fréquemment être demandé aux agents hospitaliers, qui disposent de carnets d'adresses insoupçonnés : médecins, directeurs, chargé de la communication, équipe-projet, etc. L'entretien avec le responsable de l'entreprise est, quant à lui, plutôt organisé en début de matinée ou fin d'après-midi, pour ne pas obérer son temps de travail. S'agissant de son déroulement, cet entretien doit d'abord porter sur le projet et ses bénéfices pour la population locale, puis aborder les aspects budgétaires du projet et enfin demander au chef d'entreprise son aide, financière ou d'intermédiation auprès d'autres mécènes potentiels. A noter que l'entretien est d'autant plus productif que le porteur du projet ou le directeur général participe à cette rencontre avec le mécène potentiel.

S'agissant toujours du démarchage ciblé d'entreprises, les fonds de dotation hospitaliers ont développé une réflexion juridico-éthique sur l'opportunité de prospector les fournisseurs de leur centre hospitalier (universitaire).

En effet, il convient de porter attention à deux dispositions législatives :

- Le délit d'avantage injustifié sanctionné par l'article 432-14 du code pénal – les mécènes ou entreprises démarchées ne devant pas disposer d'informations privilégiées lors de la passation de marchés ou de délégations de service public
- Le risque de conflit d'intérêts, défini à l'article 25 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Au sens de cette loi, constitue un conflit d'intérêts « toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions ». Cette notion s'insère dans la théorie des apparences : l'interférence entre deux intérêts n'a pas à être démontrée ; elle est préjudiciable pour l'autorité de la puissance publique dès qu'elle laisse penser qu'elle existe.

Les approches prises par les fonds de dotation hospitaliers sur cette réflexion juridico-éthique s'avèrent diverses. D'un premier extrême, certains fonds de dotation

considèrent qu'ils ne peuvent se passer de ce vivier de mécènes potentiels. De l'autre extrême, d'autres fonds de dotation ont décidé de ne pas solliciter les entreprises qui sont liées par un marché public avec leur établissement public de santé (Eaubonne-Montmorency, Cergy-Pontoise). Enfin, les autres fonds de dotation ont adopté une position intermédiaire : ne pas solliciter les fournisseurs pendant la phase d'appel d'offres (Institut Gustave Roussy) ; flécher le don du fournisseur sur un projet sans lien avec son activité (Le Mans) ; ou encore ne pas solliciter les laboratoires (Reims).

Or, la question de démarchage des fournisseurs du centre hospitalier (universitaire) appelle deux réactions :

- Se focaliser sur les mécènes actuels de l'établissement public de santé n'est sans doute pas la meilleure méthode pour résoudre ce problème juridico-éthique. En effet, ne sont pas abordées par cette approche les entreprises candidates mais non retenues lors de la passation de marchés publics antérieurs ni les autres secteurs économiques qui ne feraient pas actuellement l'objet de marchés publics mais qui seraient susceptibles de l'être. Au final, vu le large spectre d'activités d'un centre hospitalier (universitaire), tous les champs de l'économie pourraient être concernés. A l'inverse, la problématique pourrait être abordée sous l'angle des agents hospitaliers impliqués dans la fonction « achat » du CH(U). Afin qu'ils ne se retrouvent pas en situation de conflit d'intérêts, ces agents ne devraient pas participer à la démarche de collecte de fonds privés.
- Il est également surprenant que le fonds de dotation hospitalier dispose de la base de données des fournisseurs de son établissement public de santé. En effet, un fonds de dotation est supposé ne percevoir aucun argent public, de quelque nature que ce soit, y compris provenant de son centre hospitalier (universitaire). Or une telle base de données a une valeur monétaire, qu'il conviendrait de valoriser financièrement.

Afin de collecter des financements auprès des entreprises, les fonds de dotation complètent leur portefeuille d'actions par l'organisation d'événements : des rencontres ou des diners thématiques (Rennes), des petits déjeuners mécénat (Montpellier), des visites du centre hospitalier (universitaire) (Cergy-Pontoise, Grenoble, Poitiers) ainsi que des représentations de pièces de théâtre (Versailles) ou encore des galas.

L'objectif de l'organisation de galas est, non seulement, de collecter des dons mais aussi de faire connaître le fonds de dotation et les projets soumis au mécénat. Toutefois, l'organisation d'un gala nécessite beaucoup de travail (de l'ordre de 6 mois) et sa rentabilité financière est incertaine. Certes, les galas du fonds de dotation du CHU de Montpellier ont respectivement réuni 140 et 230 participants en 2017 et en 2018 et ceux du fonds de dotation du CHU de Poitiers et du CHU de Nîmes ont permis de dégager en 2016

respectivement 70 k€ et 90 k€ de gains. Mais le précédent gala du fonds de dotation du CHU de Nîmes avait été à peine rentable et celui du fonds de dotation du centre hospitalier de Versailles a dû être annulé faute d'inscriptions suffisantes.

Ces galas bénéficient cependant de relais importants dans la presse quotidienne régionale⁵⁹. Ils sont également l'occasion de montrer le savoir-faire des équipes de l'établissement public de santé : ainsi, les repas gastronomiques des galas de Poitiers et de Nîmes ont été réalisés par les cuisines du CHU.

Néanmoins l'organisation de gala ne fait pas l'unanimité dans le secteur hospitalier : si elle est perçue comme naturelle dans les villes dont la culture est l'entre-soi (Tours), elle est aussi décriée comme ne correspondant aux valeurs des établissements publics de santé (Grenoble).

Enfin, les entreprises ont parfois externalisé et professionnalisé leur mécénat en créant une fondation d'entreprise⁶⁰. Les fonds de dotation hospitaliers doivent alors solliciter ces fondations et non l'entreprise fondatrice. Très concrètement, les fonds de dotation hospitaliers peuvent présenter leur(s) projet(s), soit de manière spontanée, soit dans le cadre d'un appel à projets publié par ces fondations nationales. A noter que l'Admical, l'Association pour le développement du mécénat industriel et commercial, qui réunit des mécènes et des porteurs de projets, recense sur son site Internet les appels à projets de ces fondations nationales.

2.2.3 Convaincues, les structures à but non lucratif locales peuvent démultiplier l'action du fonds de dotation en matière d'organisation d'événements

Les réseaux nobiliaires locaux de type clubs services (Rotary Club, Lions Club notamment), les associations locales extérieures au centre hospitalier universitaire voire des écoles peuvent constituer autant de relais pour le fonds de dotation hospitalier.

En effet, dès que ces structures sont convaincues de la pertinence des projets et, de manière générale, des valeurs portées par le fonds de dotation hospitalier ou le monde hospitalier, elles organisent de manière périodique des événements au profit du fonds de

⁵⁹ Midi libre : des articles publiés les 26 juin 2015, 25 novembre 2015, 9 décembre 2015 et 25 avril 2016 ont été consacrés aux galas organisés par le CHU de Nîmes.

⁶⁰ Plusieurs responsables du mécénat ont signalé les entreprises des secteurs bancaire et assurantiel, et notamment leurs fondations (fondation du Crédit mutuel, fondation du Crédit agricole, fondation Caisse d'épargne, fondation Banque populaire) comme d'importants pourvoyeurs de fonds.

Cette assertion est confirmée par l'étude produite par Bazin et Malet (2018) sur la propension à donner des entreprises selon leur secteur d'activité : les entreprises des activités financières et d'assurance sont les plus généreuses, avec un don moyen aux œuvres d'intérêt général de 36 910 €

dotations ou elles décident que les bénéficiaires d'une manifestation déjà programmée seront versés au fonds de dotation de l'hôpital. Ces manifestations se révèlent très variées : concert (Grenoble, Poitiers), open de golf (Brest, Poitiers), fête votive (Nîmes), tombola (Poitiers), vente de fleurs (Poitiers), vente aux enchères (Montpellier), match de football (Brest), cross (Annecy-Genevois).

Avant même de convaincre ces structures à but non lucratif de la pertinence des actions du fonds de dotation, la première difficulté est de les identifier et de les contacter. Or la mairie dispose fréquemment d'une base de données des associations actives sur son territoire voire d'un bureau des associations. Quant aux clubs sportifs, les responsables du mécénat des fonds de dotation hospitaliers réussissent à les contacter grâce aux médecins et aux autres agents hospitaliers qui en sont membres (Calais).

Ces structures à but non lucratif sont fréquemment d'anciens partenaires des associations de service internes au centre hospitalier (universitaire). Elles acceptent de faire transiter leurs dons via le fonds de dotation lorsque celui-ci (dans les faits l'hôpital) peut leur garantir une visibilité accrue.

2.2.4 Le grand public et les particuliers constituent une cible de second choix en raison de la faiblesse du don moyen

Vu le montant moyen du don d'un particulier – entre 15 et 20 euros –, les montants collectés auprès du grand public représentent généralement moins de 5 % (Lille, Nîmes) voire moins de 1 % (Saint-Etienne) du total des dons collectés. Seules exceptions : les centres de lutte contre le cancer, pour qui les personnes physiques constituent leurs principaux donateurs⁶¹ : ainsi à l'Institut Gustave Roussy, les dons des particuliers représentent plus de 70 % du montant collecté.

Les actions développées en direction des particuliers et du grand public s'appuient d'abord sur la communication.

En premier lieu, les fonds de dotation hospitaliers ont créé des sites Internet spécifiquement dédiés au fonds (Argenteuil, Brest, Cergy-Pontoise, Créteil, Grenoble, Le Mans, Lille, Nice, Poitiers, Rennes) ou ont rédigé des pages « fonds de dotation » sur le site Internet du centre hospitalier (universitaire). La première solution est recommandée car elle permet, non seulement, l'élaboration d'un site plus riche, présentant le fonds de

⁶¹ TABET E, 2015, « Fundraising à l'hôpital. Le cas du centre Léon-Bérard », *Gestions hospitalières*, n°546

dotations, ses missions, ses projets, sa gouvernance, ses premières réalisations et ses partenaires, mais aussi la constitution d'une seconde plateforme de marque, indépendante du centre hospitalier (universitaire), ce qui accroît la visibilité et la crédibilité du fonds de dotation.

Ces pages Internet consacrées au fonds de dotation, autonomes ou rattachées au site du CH(U), comportent fréquemment une plateforme permettant de faire des dons en ligne. Cette possibilité de dons est souvent doublée par une incitation au don présente sur la page d'accueil du site Internet de l'établissement public de santé (un encart « je fais un don » est présent sur les sites Internet du CH(U) de Lille, Montpellier, Nantes, Saint-Lô et Versailles) et une réorientation vers le site Internet du fonds de dotation. La forme ultime de cette incitation au don est la présence de ce bouton « soutenez l'hôpital » sur toutes les pages du site internet de l'hôpital (Annecy-Genevois). Or, cette dernière approche a montré son efficacité : lorsqu'un tel bouton a été installé sur le site Internet de l'Institut Gustave Roussy, la collecte de dons en ligne a augmenté de 15 k€ en deux semaines. Des réticences s'étaient toutefois exprimées en amont : la communauté hospitalière ne souhaitait pas que les pages Internet relatives aux soins, principalement consultées par des patients (cf. les réflexions éthiques développées en partie 2.2.5 sur la sollicitation des patients), soient polluées par des préoccupations financières.

Ainsi, les moyens de communication numériques du fonds de dotation et du centre hospitalier (universitaire) sont articulés les uns avec les autres. Même lorsque le fonds de dotation dispose d'un site Internet dédié, il bénéficie de l'audience du site Internet du CH(U). Dans aucun cas, cette publicité faite au bénéfice du fonds de dotation ne semble être facturée, ce qui contrevient de nouveau à l'interdiction formulée à l'encontre des fonds de dotation de perception de tout argent public, de quelque nature que ce soit. Afin de respecter cette disposition législative, une convention pourrait être signée entre le fonds de dotation et l'établissement public de santé : elle pourrait, d'une part, préciser les modalités de mise en valeur du fonds de dotation sur le site Internet du CH(U) et, d'autre part, prévoir un dénombrement annuel des internautes migrant du site Internet de l'établissement public de santé vers celui du fonds de dotation, en vue d'une éventuelle rétribution financière.

Le site Internet du fonds de dotation est fréquemment complété par la gestion de comptes dédiés sur les réseaux socio-numériques : comptes twitter (Montpellier), Facebook (Créteil, Tours) ou Instagram (Tours). De manière similaire au site Internet, les fonds de dotation s'appuient également sur les comptes gérés par leur centre hospitalier (universitaire) via la publication d'articles originaux ou le partage d'informations publiées par le fonds de dotation. A noter que le nombre de suiveurs des comptes des fonds de dotation hospitaliers est relativement faible (Montpellier) et que les suiveurs des comptes des CH(U) sont surtout composés d'agents hospitaliers (hôpital Necker-Enfants malades).

Toujours en termes de communication, des fonds de dotation hospitaliers ont acheté des encarts publicitaires ou des publi-reportages dans la presse quotidienne régionale (Grenoble, Nice, Poitiers, Tours) ou des affiches publicitaires dans la ville (Poitiers, Tours où la Ville a mis, gracieusement, à la disposition du fonds de dotation ses panneaux d'affichage) ou ont organisé une campagne d'affichage dans le hall de l'aéroport (Brest). Pour sensibiliser le public, certains ont recherché un parrain (Poitiers) ou un cercle de parrains sportifs (Grenoble). D'autres ont développé des goodies⁶² – par exemple des marques pages (Nantes) – qu'ils distribuent lors de manifestations publiques.

La presse quotidienne régionale (voire la presse nationale) a également largement relayé toutes les actions de crowdfunding – forme moderne des souscriptions publiques – menées par les fonds de dotation hospitaliers et les structures hospitalières.

Le crowdfunding s'avère être un « très puissant vecteur de marketing » (Lille) mais qui rapporte peu (10 k€ pour Lille). En outre, il répond à des règles très spécifiques⁶³. Aussi, seuls des projets au budget raisonnable sont soumis à ce type de financement, tels le projet de décoration des urgences pédiatriques à Argenteuil (6 565 € d'objectif de collecte, 9 435 € obtenus) et l'installation de distributeurs d'histoires courtes (Nantes, installation chiffrée à 6 000 €).

Par ailleurs, les fonds de dotation ont fréquemment réalisé un benchmarking sur les plateformes de crowdfunding existantes : ils ont alors souvent préféré une plateforme qui assure une campagne de crowdfunding permanente (et non limitée à 60 jours), qui autorise des organismes à solliciter l'aide du public sans nécessairement porter un projet spécifique et qui est, de surcroît, gratuite. Leur choix s'est systématiquement porté sur HelloAsso (Lille, Nantes).

En termes de financements innovants, deux fonds de dotation ont expérimenté des bornes permettant de faire un micro-don sans contact, dans l'aéroport de la ville (Brest) ou dans les salons grand public consacrés à la santé (Poitiers). D'autres visent les donateurs soumis à l'impôt sur la fortune immobilière : à cet effet, ils organisent une campagne mailing (Rennes) ou identifient les donateurs qui avaient précédemment donné plus de 500 € (hôpital Necker-Enfants malades). En raison du montant élevé de chacun des dons IFI, les sommes ainsi collectées représentent souvent une part importante des dons reçus par le fonds de dotation : 43 % pour le fonds de dotation du CHU de Rennes en 2015 (240 k€ sur 555 k€), 30 % pour le fonds de dotation du CHU de Nîmes en 2013 (31 k€ sur 105 k€).

⁶² Cadeaux publicitaires

⁶³ RENAULT S, 2018, « Quand un maire fait appel au financement participatif pour reconstruire une école. Décryptage et analyse », *Annales des mines – Gérer et comprendre*, Volume 1, n°131

Enfin, quelques fonds de dotation ont cherché à augmenter les legs faits à leur profit, en adressant des brochures de présentation du fonds de dotation dans toutes les études notariales (Annecy-Genevois, Lille), en achetant des encarts publicitaires dans les revues professionnelles des notaires (Dijon, Tours) ou en s'appuyant sur le réseau des banques locales.

2.2.5 Sujettes à questionnement éthique, les actions menées en direction des patients et de leurs proches sont, plus ou moins, intrusives

Le démarchage des patients n'est pas consensuel tant en France que dans le monde anglosaxon⁶⁴, notamment lorsque la communauté médicale est impliquée dans la sollicitation des patients. Ainsi certains patients peuvent se sentir obligés de faire un don si un médecin le leur demande, ou considérer que la qualité des soins va dépendre de leur don voire que le don est une condition préalable aux soins. Si le patient est déjà un donateur de l'hôpital, il peut s'attendre à des soins privilégiés. A l'inverse, les médecins peuvent se sentir redevables envers les patients donateurs et se sentir obligés de leur accorder certaines faveurs (un rendez-vous de dernière minute, des visites plus longues, etc.).

Or, avant même toute initiative du fonds de dotation ou de la structure hospitalière en direction des patients et anciens patients, ceux-ci donnaient à l'hôpital⁶⁵, par gratitude ou parce qu'ils avaient identifié un besoin. Des chèques étaient remis de manière sporadique aux équipes de soins par des patients ou leurs proches.

La première action menée par les responsables du mécénat est de canaliser ces dons spontanés. Ainsi, il est demandé aux agents hospitaliers d'orienter toute personne qui exprimerait une volonté de faire un don au fonds de dotation (dans l'esprit des patients, à l'hôpital) vers le responsable du mécénat.

Un rôle plus proactif est cependant attendu des équipes projets (Calais, Grenoble). Mais une telle sollicitation irait à l'encontre des réflexions anglo-saxonnes sur la relation médecins / patients-donateurs⁶⁶ : afin de limiter les risques de pression sur les patients, d'attente de traitement préférentiel et d'atteinte à la confiance des patients, plusieurs voix

⁶⁴ REID L, 2017, « Les questions éthiques dans la philanthropie en santé », *Forum Gestion des soins de santé*, Volume 30, n°6

BUSSON-VILLA F, GALLOPEL-MORVAN K, LE GALL-ELY M, 2016, « La collecte de fonds dans les établissements de santé : facteurs clefs d'efficacité », *Management international*, Volume 20, n°3

⁶⁵ MARAIS J-L, 1999, *Histoire du don en France de 1800 à 1939. Dons et legs charitables, pieux et philanthropiques*, Presse universitaire de Rennes

⁶⁶ WALTER J, GRIFFITH K, JAGSI R, 2015, « Oncologists' Experiences and Attitudes About Their Role in Philanthropy and Soliciting Donations From Grateful Patients », *Journal of Clinical Oncology*, Volume 33, n°32

anglo-saxonnes recommandent d'interdire aux médecins de solliciter leurs propres patients⁶⁷.

Au-delà de cette première approche d'orientation des patients demandeurs vers le responsable du mécénat, des actions relativement passives ont été déployées dans de nombreux hôpitaux :

- Une borne permettant de faire un micro-don (de 2 ou 3 € selon le CHU) sans contact a été installée dans le hall du CHU (Brest, Poitiers), avec un succès relatif (1 071 € collectés en 2017 à Poitiers⁶⁸). Il est à souligner que les nouveaux modèles de ces bornes permettront de répondre à un double objectif : certes diversifier les financements, mais également constituer une base de données de donateurs potentiels. En effet, les patients auront la possibilité soit de faire un don, soit de laisser leurs coordonnées ;
- Des affiches présentant le fonds de dotation ou les projets labellisés par le fonds et soumis au mécénat ont été installées dans les locaux de l'établissement public de santé. L'hôpital Necker-Enfants malades s'est, quant à lui, appuyé sur une vitrophanie de 80 m² installée sur la façade de l'hôpital, à l'efficacité remarquée ;
- Des flyers ou des bons de dons ont été mis à disposition des patients dans les services, dans les salles d'attente, devant les caisses de paiement et/ou dans le hall de l'hôpital. D'ailleurs, dans les services porteurs de projet soumis au mécénat, ces flyers sont même spécifiques (Grenoble, Montpellier). A noter que l'efficacité de ces flyers et de ces affiches est d'autant plus importante que les agents sont capables de donner une information complémentaire aux patients qui en font la demande ;
- L'information sur la possibilité de faire un don est relayée sur les panneaux d'information présents sur le campus du CHU (Lille) et sur les télévisions (Tours, Necker-Enfants malades) ;
- Le fonds de dotation est mentionné dans le livret d'accueil des patients (Calais, Grenoble, Métropole Savoie, Tours).

D'autres actions se révèlent plus intrusives :

- Il est proposé aux patients et à leurs visiteurs de faire un micro-don lors de leurs achats au relais H (Poitiers, Tours) : au moment du paiement, il est suggéré d'arrondir à l'unité supérieure – la différence étant versée au fonds de dotation ;
- Une documentation sur le fonds de dotation et un bulletin de dons sont remis à chaque patient venant en consultation (Poitiers) ou dans son dossier de sortie

⁶⁷ PROKOPETZ J, LEHMANN L, 2014, « Physicians as fundraisers: medical philanthropy and the doctor-patient relationship », *PLoS Med*, Volume 11, n°2

⁶⁸ Une borne similaire (don de 5 €), installée au château de Fontainebleau, a permis de collecter près de 8 000 € (source : Le Figaro, 24 juillet 2018).

(Versailles). Il s'agit en fait d'un changement d'approche pour le fonds de dotation de Versailles : auparavant, le flyer et le bulletin de don étaient insérés dans le dossier d'entrée du patient ; mais il a été considéré que le patient serait plus réceptif à la sollicitation de dons lors de sa sortie, surtout si son séjour s'est bien passé ;

- Un flyer est déposé, lors d'opérations ponctuelles, sur le plateau repas des patients (Dijon) ;
- Une information sur le fonds de dotation est diffusée sur les terminaux multimédia au lit des patients (Lille).
- Le fonds FHF Recherche & Innovation recommande l'insertion d'un encart « je fais un don » sur la page d'accueil du wifi gratuit de l'établissement public de santé.

Des anciens patients sont également sollicités par mail. Par exemple, un courrier électronique présentant le fonds de dotation et encourageant à donner est adressé aux patients qui avaient communiqué leur adresse mail et accepté de recevoir des informations de la part du CHU (Dijon, Poitiers). Cette sollicitation d'anciens patients suscite parfois des réactions négatives (Dijon) mais elle est renouvelée au regard de son coût très faible. L'approche du fonds de dotation du CHU de Nîmes – seuls les anciens patients les plus satisfaits du service rendu par le CHU reçoivent une newsletter présentant le Fonds de dotation – limite sans doute ces critiques. En effet, tous les dons de particuliers sont liés à la satisfaction d'un soin à l'hôpital (Annecy-Genevois). La sollicitation des anciens patients a aussi l'avantage de réduire le risque d'abus de faiblesse sanctionné par l'article 223-15-2 du code pénal⁶⁹.

De nouveau, nous ne pouvons que nous étonner de l'emploi par le fonds de dotation de moyens du centre hospitalier (universitaire). Cet emploi devrait être formalisé dans une convention-cadre voire valorisé financièrement. Une attention particulière devrait être portée sur la base de données utilisée pour solliciter les anciens patients par voie électronique. Certes, il ne s'agit pas de la base de données des patients avec leurs données médicales, dont la loi interdit toute cession onéreuse⁷⁰, mais cette base de données de donateurs potentiels est concrètement mise à disposition du fonds de dotation sans contrepartie financière. Or, la location ou l'achat de bases de données en vue de réaliser des campagnes de mailing, papier ou électronique, montrent que ces informations ont de la valeur...

⁶⁹ L'abus de faiblesse ne serait toutefois constitué que si le montant du don s'avère particulièrement élevé au regard des biens détenus par le patient.

⁷⁰ Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal (V de l'article L1111-8 du code de la santé publique)

2.2.6 Les responsables du mécénat portent une attention particulière aux contreparties aux dons et aux conditions de fidélisation des donateurs

Si les mécènes concédaient auparavant leur don à titre gratuit, depuis la loi de finances pour 2000, ils peuvent désormais bénéficier de contreparties, directes ou indirectes. La réglementation laisse une marge de manœuvre très importante en matière de contreparties : les avantages fiscaux liés au don sont seulement remis en question s'il n'y a plus « disproportion marquée »⁷¹ entre le montant du don et la valorisation des contreparties. Pour les donateurs particuliers, ces dernières ne peuvent représenter au maximum que 25 % du montant du don et elles sont plafonnées à 65 euros⁷². Pour les mécènes donateurs, il est d'usage de retenir par analogie ce même ratio de 25 %, sans aucun plafond.

Or, il convient de ne pas sous-estimer ce qu'attend un mécène, notamment une entreprise, en termes de retour et de crédit d'image.

S'agissant des entreprises mécènes, les contreparties les plus fréquentes sont :

- La publication d'un article sur les comptes Facebook et les sites Internet du fonds de dotation hospitalier et du mécène
- La mention du nom du mécène sur les différents supports de communication du fonds de dotation (et inversement l'autorisation d'employer le nom et le logo du fonds de dotation hospitalier par l'entreprise mécène)
- La réalisation d'une vidéo sur le projet aidé, qui sera ensuite diffusée par le mécène via ses canaux de communication
- La publication d'un communiqué de presse
- L'organisation d'une conférence de presse et/ou l'inauguration publique du projet
- L'apposition d'une plaque dans le service
- L'organisation d'une visite par le mécène et son personnel du service de soins aidé
- Un entretien avec le chef de service aidé voire avec le directeur général du centre hospitalier (universitaire)-président du conseil d'administration du fonds de dotation
- L'organisation d'une conférence sur une thématique « santé » dans les locaux de l'entreprise mécène par un chercheur ou un agent de l'établissement public de santé
- L'invitation du mécène aux diverses manifestations officielles du centre hospitalier (universitaire)

⁷¹ GALLOPEL-MORVAN K, BIRAMBEAU P, LARCENEUX F, RIEUNIER S, 2013 (2^{ème} édition), *Marketing & communication des associations*, Dunod

⁷² Bulletin Officiel des Finances Publiques-Impôts BOI-PAT-IFI-40-20-10-10-20180608

- L'intégration de l'entreprise au club des bienfaiteurs ou des grands donateurs
- L'insertion du nom du mécène sur le mur des donateurs
- L'octroi d'un siège au sein du conseil d'administration du fonds de dotation.

Parfois, l'entreprise mécène ne souhaite pas de valorisation publique... afin de ne pas être sollicitée par d'autres porteurs de projets.

Plusieurs responsables du mécénat de fonds de dotation hospitaliers indiquent que le risque d'ingérence des mécènes dans la définition des projets est faible, contrairement aux craintes exprimées lors des débats parlementaires du projet de loi de modernisation de l'économie, qui a créé les fonds de dotation. Les donateurs n'imposeraient rien⁷³ (Hôpital de la Pitié Salpêtrière). Mais ils seraient forces de conseil, par exemple sur le calendrier du projet ou sa décomposition en plusieurs sous-projets, pour en faciliter le financement. Quant au suivi du projet, les mécènes peuvent demander l'envoi d'un rapport d'activité annuel et une présentation de l'état d'avancement du projet (Nantes).

S'agissant des particuliers donateurs, la liste des contreparties envisagées est plus réduite :

- Systématiquement, l'envoi du reçu fiscal
- Plus rarement,
 - l'envoi d'un courrier de remerciements,
 - la participation à la soirée des bienfaiteurs
 - et l'invitation aux événements du centre hospitalier (universitaire).

L'élaboration d'une grille de contreparties, son caractère public et son application relèvent de la stratégie du fonds de dotation. En effet, une telle grille peut avoir des vertus pédagogiques : en fonction du montant du don, elle définit la nature de la contrepartie à laquelle le mécène peut prétendre. Elle est notamment mobilisée lorsqu'une entreprise demande une contrepartie disproportionnée au regard du montant de son don (Institut Gustave Roussy). Toutefois, si les montants affichés dans la grille publique sont très élevés, ils peuvent décourager des entreprises. Aussi, les responsables du mécénat réfléchissent aux types de contreparties que leur fonds de dotation peut offrir, mais ils rendent rarement publique la grille des contreparties et ils ne l'appliquent pas de manière automatique.

⁷³ Charlotte Cloutier (2011) indique toutefois que la posture des organismes à but non lucratif vis-à-vis de leurs donateurs varie selon un continuum qui va de la résistance à la complaisance, en passant par toutes les variantes d'accommodation (ruse, séduction, dialogue, concession). Pour être en position de force, les organismes à but non lucratif chercheraient à gagner en notoriété ou en crédibilité ou encore à bâtir des liens forts avec les donateurs.

Encore une fois, il peut être constaté une confusion entre les contreparties offertes par le fonds de dotation et celles qui relèvent en fait de l'établissement public de santé. Si les contreparties décrites précédemment sont plutôt symboliques, difficilement monétisables, il conviendrait de s'assurer qu'elles sont effectivement validées par le centre hospitalier (universitaire) : dans l'idéal, une convention entre le fonds de dotation et l'établissement public de santé pourrait officialiser cette liste et préciser les conditions de mise en œuvre de chacune de ces contreparties.

Après cette phase cruciale de recrutement du donateur, se profile une autre phase toute aussi importante, celle de sa fidélisation. En effet, il s'avère environ deux fois moins coûteux⁷⁴ de fidéliser un donateur que de le recruter.

Dans cette optique, les fonds de dotation hospitaliers cherchent à établir une relation de confiance avec les donateurs :

- Certains mécènes sont invités en petit comité (10-15 personnes) pour échanger avec des médecins (Montpellier) ou dans un cercle des mécènes ;
- dans d'autres cas, tous les donateurs sont invités aux événements du centre hospitalier (universitaire) (Nîmes) et notamment à la soirée annuelle des bienfaiteurs (Dijon) ;
- Une newsletter (Tours), un journal (Institut Gustave Roussy) et les supports de communication du fonds de dotation (Nîmes) leur sont adressés ;
- Des informations-sollicitations peuvent également leur être envoyées par mail de manière périodique (hôpital Necker-Enfants malades) : début décembre, c'est-à-dire au cours de la période la plus propice de l'année en matière de dons, puis au moment des vœux pour présenter les résultats de l'année, et à tout autre moment que pourrait identifier le responsable du mécénat du fonds de dotation hospitalier.

Ces actions de fidélisation s'avèrent efficaces puisque non seulement les donateurs renouvellent leur don mais, en outre, ils l'augmentent fréquemment (Dijon).

Au final, la démarche de mécénat nécessite la réalisation d'une myriade d'actions en direction des entreprises, des structures à but lucratif, du grand public et/ou des patients. Les actions du fonds de dotation hospitalier sont toutefois fréquemment réalisées en mobilisant des moyens de l'établissement public de santé, sans remboursement, ni formalisme adapté, ce qui est éloigné de l'orthodoxie administrative.

⁷⁴ LE ROY E, « Les établissements de santé à l'heure du fundraising » in FERMON B, 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Dunod

Le respect de la réglementation relative aux fonds de dotation est toutefois souhaitable. En effet, le préfet a le pouvoir de suspension l'activité du fonds. Pendant l'application de la sanction⁷⁵, les seules dépenses autorisées sont celles qui lui permettent de répondre à ses obligations fiscales et de publication des comptes. Le préfet peut également saisir le juge judiciaire en vue de la dissolution du fonds de dotation. Si cette procédure aboutie, il est procédé à la liquidation du fonds de dotation : l'ensemble de son actif net est transféré soit à un autre fonds de dotation, soit à une fondation reconnue d'utilité publique. Pour chacune de ces deux sanctions, les dons collectés par le fonds de dotation hospitalier deviennent indisponibles pour « son » établissement public de santé.

⁷⁵ Généralement 3 ou 6 mois

3 Certes modestes, les résultats de collecte des fonds de dotation sont influencés par les ressources temporelles et humaines octroyées par le centre hospitalier (universitaire) et ils n'intègrent pas tous les bénéfices d'une politique de mécénat

3.1 Le strict décompte monétaire de la collecte ne prend pas en compte les effets du mécénat sur le centre hospitalier (universitaire) et ses équipes, ni les mécénats en nature et de compétences

3.1.1 Au-delà de la diversification des sources de financement, la démarche de mécénat a d'autres finalités qui pourraient être valorisées financièrement

Comme précisé en introduction générale, une démarche de mécénat :

- permet le développement d'une communication positive autour de l'établissement public de santé ;
- accroît la visibilité et l'attractivité du centre hospitalier (universitaire) ;
- permet la valorisation et la reconnaissance, en interne et à l'extérieur du CH(U), des équipes ;
- constitue un outil supplémentaire d'acculturation des agents hospitaliers aux contraintes budgétaires ;
- permet l'ouverture de l'établissement public de santé sur le monde économique et associatif local ;
- et enfin permet de tisser une relation privilégiée avec les mécènes et d'intensifier la relation avec les patients donateurs.

Ces éléments pourraient être valorisés financièrement. Ainsi :

- tous les articles publiés dans la presse quotidienne régionale sur les sujets de la démarche de mécénat et des projets soumis au mécénat ont une valeur marchande, qui varie en fonction de l'audience de cette presse ;
- tous les projets mis en œuvre sont autant d'éléments de différenciation de l'hôpital par rapport à ses concurrents, tant pour les patients que pour les agents hospitaliers. Une part de l'accroissement de l'activité du CH(U) pourrait ainsi être imputée à la démarche de mécénat. De même, si l'hôpital peut plus facilement recruter grâce à une attractivité supérieure, les dépenses d'intérim pourraient se réduire ;

- en interne au CH(U), le soutien institutionnel, par le responsable du mécénat, des équipes dynamiques qui souhaitent porter un projet réduit de facto les velléités des agents de ces équipes de vouloir relever un nouveau défi ailleurs et, en conséquence, il limite le coûteux turn-over ;
- le porteur du projet est fréquemment valorisé à l'extérieur du CH(U), notamment via les interviews qu'il accorde à la presse quotidienne régionale. De cette manière, l'hôpital dispose d'un outil supplémentaire de motivation de ses agents... qui répond à un besoin individuel de reconnaissance ;
- chaque accompagnement d'une équipe projet par le responsable du mécénat peut être vu comme une formation-action des membres de cette équipe sur les préoccupations financières. Cette acculturation est sans doute plus efficace qu'une formation car l'équipe-projet est volontaire pour porter le projet en question. Des dépenses de formation évitées pourraient ainsi être comptabilisées ;
- enfin, la création d'un cercle d'amis de l'hôpital, composé d'entreprises, d'associations, d'organismes publics et de particuliers, est non seulement utile pour disposer aujourd'hui de ressources financières ; ce réseau constitue également une police d'assurance pour gérer les éventuelles difficultés de demain, d'autant plus que, grâce aux actions menées par le fonds de dotation pour entretenir les relations aux donateurs, ceux-ci ont tendance à renouveler leur don et à l'augmenter. Une telle police d'assurance pourrait être valorisée financièrement... Ces amis de l'hôpital sont aussi autant de lobbyistes, qui peuvent défendre les intérêts de l'hôpital dans leurs réseaux professionnels et personnels.

Faute de temps et d'informations suffisantes, ces éléments ne seront pas plus développés dans le présent mémoire. Toutefois, une approche coût / bénéfices plus globale inviterait à les prendre en compte.

3.1.2 Les fonds de dotation bénéficient de financements indirects à travers le mécénat en nature et le mécénat de compétences

Les décomptes de collecte décrits dans la partie 3.2 s'appuient sur les comptes annuels certifiés par les commissaires aux comptes : ceux-ci ne mentionnent que très rarement le mécénat en nature (don de produits) et le mécénat de compétences (mise à disposition gratuite d'un salarié sur son temps de travail pour réaliser une activité entrant dans le champ de compétences de l'entreprise) et ils ne les intègrent jamais dans le bilan et le compte de résultats.

Or, de manière globale, le mécénat de compétences et les dons en nature représentent respectivement 12 % et 8 % du total des dons des entreprises⁷⁶ – les 80 % restants étant les traditionnels dons financiers.

Dans les faits, tant le mécénat en nature que le mécénat de compétences ont été mobilisés par les fonds de dotation hospitaliers étudiés.

S'agissant du mécénat en nature, le fonds de dotation du centre hospitalier d'Annecy-Genevois a bénéficié de jouets de la « Grande récré » et de tisanes des « Deux marmottes » ; celui du Mans de matériels de peinture offert par la société « Lefranc & Bourgeois » pour ses ateliers de peinture et celui de Nice d'œuvres d'art (sculptures et peintures).

S'agissant du mécénat de compétences, il a concerné la conception du site internet, de la plaquette (Cergy-Pontoise), d'affiches et de films du fonds de dotation (Tours) ou encore la prestation d'un avocat (Le Mans).

Tous ces dons constituent, pour le fonds de dotation hospitalier, autant de dépenses évitées. Lorsque ces mécénats de compétences ont porté sur des outils de communication, ils ont réduit les frais de fonctionnement du fonds de dotation et, par voie de conséquence, la part de frais prélevés sur chaque don.

3.2 Les montants collectés sont fortement influencés par l'ancienneté du fonds de dotation et les ressources humaines mobilisées

3.2.1 La collecte des fonds de dotation hospitaliers ne dépasse actuellement pas 0.1 % du budget de leur établissement public de santé

Le montant maximal collecté par un fonds de dotation hospitalier diffère fortement selon qu'il œuvre au profit d'un centre hospitalier ou d'un CHU.

S'agissant de la collecte annuelle d'un fonds de dotation d'un centre hospitalier, elle dépasse rarement les 100 k€ et atteint très exceptionnellement 200 k€. Cette collecte représente entre 0.02 et 0.04 % du budget du centre hospitalier, avec un maximum à 0.06 % pour le centre hospitalier d'Annecy-Genevois, dont la responsable du mécénat est la seule, parmi ses homologues des centres hospitaliers, à avoir une longue expérience dans le monde du mécénat⁷⁷.

⁷⁶ ADMICAL, CSA, 2016, *Le baromètre d'entreprise en France*

⁷⁷ 13 années d'expérience de campagnes de fundraising au Québec, notamment au CHU de Montréal

Tableau 3 - Performance des fonds de dotation des centres hospitaliers

Centre hospitalier	Créteil	Versailles	Cergy-Pontoise	Métropole-Savoie	Annecy-Genève
Collecte annuelle maximale (k€)	40	100	65	120	206
Budget du CH (M€)	185	256	280	336	344
Ratio « collecte/budget »	0.022 %	0.039 %	0.023 %	0.036 %	0.058 %

S'agissant de la collecte annuelle d'un fonds de dotation d'un centre hospitalier universitaire, elle est au minimum de 200 k€. Ainsi, en valeur absolue, la collecte réalisée au profit d'un CHU est toujours plus performante que celle d'un centre hospitalier. Cependant, la collecte moyenne est de l'ordre de quelques centaines de milliers d'euros (420 k€), le maximum étant de l'ordre de 600 k€ (Lille : 612 k€, Rennes : 630 k€ et Nantes : 632 k€). De nombreux fonds de dotation de CHU réussissent à collecter des ressources privées représentant 0.07 à 0.08 % du budget total du CHU. Selon ce critère, le fonds de dotation Nominoë-CHU de Rennes se révèle le plus performant avec un ratio « fonds collectés / budget du CHU » qui approche 0.1 %.

Tableau 4 - Performance des fonds de dotation des CHU

Centre hospitalier universitaire	Nîmes	Reims	Saint-Etienne	Poitiers	Brest	Nice
Collecte annuelle maximale (k€)	368	400	439	380	311	470
Budget du CHU (M€)	457	501	526	539	542	613
Ratio « collecte/budget »	0.081 %	0.080 %	0.083 %	0.070 %	0.057 %	0.077 %
Centre hospitalier universitaire	Tours	Rennes	Grenoble	Montpellier	Nantes	Lille
Collecte maximale (k€)	200	630	180	330	632	612
Budget du CHU (M€)	639	655	683	860	882	1 157
Ratio « collecte/budget »	0.031 %	0.096 %	0.026 %	0.038 %	0.072 %	0.053 %

3.2.2 La collecte tend à progresser d'année en année

L'ancienneté du fonds de dotation se révèle être un facteur explicatif de sa performance. Ainsi, plusieurs fonds de dotation dont les ratios « fonds collectés / budget du CH(U) » sont les plus faibles sont dans leur première année d'existence : Créteil (0.022 %),

Grenoble (0.026 %), Montpellier (0.038 %) et Tours (0.031 %) – seule exception : Reims (0.080 %), qui a bénéficié d'un don très important (250 k€) d'une association de patients.

Le temps semble être un facteur essentiel pour installer un fonds de dotation hospitalier sur son territoire. Sur les douze fonds de dotation qui ont au moins deux années d'expérience :

- neuf ont vu leur collecte progresser entre la première et la dernière année de fonctionnement. Pour sept d'entre eux, la collecte a systématiquement progressé d'année en année (cf. Figure 2) ;
- trois connaissent une collecte annuelle moins performante entre la première et la dernière année de fonctionnement :
 - Pour deux d'entre eux (Métropole Savoie et Poitiers), il s'agit de fonds de dotation qui n'ont que deux années d'existence.
 - Or, ces deux années sont difficilement comparables sur le plan comptable : en effet, le premier exercice comptable court de la création du fonds de dotation jusqu'au 31 décembre de l'année suivante. La durée réelle de ce premier exercice comptable varie donc d'un fonds de dotation à un autre. De plus, la première année d'existence d'un fonds de dotation serait marquée par une certaine solidarité du tissu local – solidarité qui s'estomperait lors de la deuxième année (Poitiers). Enfin, l'essoufflement de l'action exclusive du fonds de dotation du centre hospitalier de Métropole Savoie, à savoir l'envoi d'un courrier aux entreprises pour les solliciter (cf. section 2.2.2), pourrait expliquer une moindre collecte pour ce fonds de dotation en deuxième année.
 - Le troisième fonds de dotation concerné (Nice) a une existence plus longue⁷⁸. Il présente la spécificité de ne pas disposer, jusqu'à présent, de personnel véritablement dédié. La précédente directrice du fonds de dotation était directrice de la communication et secrétaire générale par intérim : très occupée, elle n'avait pas pu mener beaucoup d'actions.

Au vu de ces éléments, il est recommandé d'inscrire tout fonds de dotation hospitalier nouvellement créé dans une stratégie à moyen terme : 3 à 5 ans.

⁷⁸ KOCH G, 2012, *La levée de fonds dans les établissements publics de santé : application au centre hospitalier de Nice*, EHESP

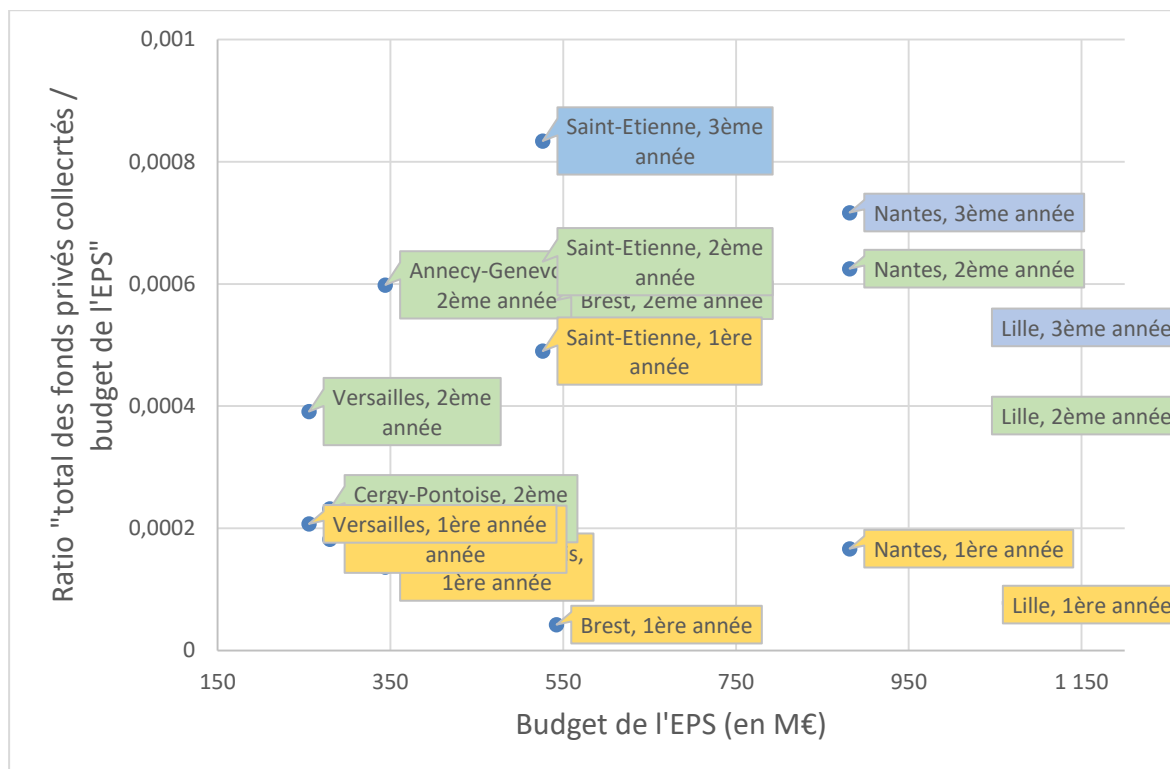


Figure 2 - Identification des fonds de dotation dont la collecte progresse d'année en année

3.2.3 L'ambition du CH(U) dans son fonds de dotation, notamment en matière de ressources humaines, se traduit dans la performance de la collecte

Le recrutement d'un responsable du mécénat et son niveau de compétences impactent directement la performance du fonds de dotation hospitalier.

Ainsi, la collecte du fonds de dotation du CHU de Nîmes fut atone (38 k€ en 2010, 15 k€ en 2011 et 12 k€ en 2012) jusqu'au recrutement d'un fundraiser. Puis les montants collectés augmentèrent immédiatement : 105 k€ en 2013, 194 k€ en 2014 et 368 k€ en 2015. Le départ en cours d'année du responsable du mécénat eut des conséquences immédiates : la collecte annuelle baissa de 40 %, pour un total de 208 k€.

Si le recrutement d'une personne qui sera chargée d'animer la politique de mécénat est un premier facteur de performance, son niveau de rémunération l'est également. Ainsi, pour reprendre l'exemple du fonds de dotation du CHU de Nîmes, deux fundraisers se sont succédé sur les trois années les plus profitables : en 2013 et 2014, la politique de mécénat était animée par une personne rémunérée sur la grille des techniciens supérieurs. En 2015, l'année la plus prolifique avec une collecte de 368 k€, il s'agissait d'une contractuelle rémunérée sur la grille des ingénieurs hospitaliers.

Par ailleurs, force est de constater que les deux responsables du mécénat des fonds de dotation des centres hospitaliers et des centres hospitaliers universitaires les plus performants dans leur catégorie respective disposent de salaires supérieurs à leurs confrères :

- A Annecy-Genevois, la responsable du mécénat et des partenariats est rémunérée sur la grille des attachés d'administration hospitalière alors que ses homologues des centres hospitaliers sont plutôt rémunérés sur celle des adjoints des cadres ;
- A Rennes, la déléguée générale du fonds de dotation est la seule responsable du mécénat, rémunérée au niveau d'un directeur-adjoint (95 k€ charges patronales incluses), qui travaille exclusivement sur la politique de mécénat.

L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris considère également le recrutement d'un agent de haut niveau comme un investissement profitable. Elle a ainsi recruté comme directeurs du mécénat des hôpitaux de la Pitié-Salpêtrière, Necker-Enfants malades et Robert-Debré et comme directeur de la fondation AP-HP pour la recherche des personnes qui ont une expérience professionnelle dans le mécénat. Au final, chacun de ces hôpitaux collecte, en régie directe, plus d'un million d'euros et la fondation AP-HP pour la recherche près d'1.3 M€.

Conclusion

Au regard des multiples bénéfices d'une politique de mécénat – qui dépassent très largement le seul montant collecté –, il est compréhensible que de plus en plus d'établissements publics de santé désirent entrer dans le marché de la philanthropie et, à cet effet, créent des fonds de dotation.

Toutefois, après analyse, il apparaît que la réglementation applicable aux fonds de dotation n'est pas aussi favorable qu'annoncée par les juristes experts du mécénat. L'interdiction faite aux fonds de dotation de ne percevoir aucun argent public, de quelque nature que ce soit, est la clé de voûte des contraintes administratives qui pèsent sur les fonds de dotation hospitaliers.

En effet, cette disposition législative les oblige, théoriquement, lors de création du fonds de dotation, à s'associer avec une personne privée, morale ou physique, qui apportera la dotation initiale du fonds, et qui, sauf si elle est très conciliante, co-rédigera les statuts du fonds de dotation et participera à sa gouvernance. Cette même disposition législative impose une identification et un chiffrage de toutes les ressources, matérielles et humaines, du CH(U) dont le fonds de dotation hospitalier bénéficie. Même quand une ressource utilisée n'est pas monétisable, le fonds de dotation hospitalier doit avoir été préalablement autorisé à en bénéficier, ceci par l'intermédiaire d'une convention administrative liant l'établissement public de santé et le fonds de dotation hospitalier.

Corollaire de l'interdiction de perception de tout argent public, un fonds de dotation doit prendre en charge les salaires des personnes qui travaillent pour lui. Or il ne peut s'appuyer que sur des salariés sous contrat de droit privé ou sur une prestation de service du CH(U), soumise à TVA. La solution la plus classique dans le monde hospitalier, à savoir la mise à disposition, moyennant remboursement des rémunérations, d'agents hospitaliers ne peut ici être mise en œuvre, qu'il s'agisse d'une mise à disposition fonctionnelle ou statutaire.

Une évolution législative n'est véritablement souhaitable que pour les règles relatives à la mise à disposition des agents hospitaliers.

En effet, si la disposition « Aucun fonds public, de quelque nature qu'il soit, ne peut être versé à un fonds de dotation. » était supprimée de l'article 140 de la loi de modernisation de l'économie, les établissements publics de santé seraient certes habilités à mettre à disposition de leur fonds de dotation, à titre gratuit, certaines de leurs ressources matérielles et humaines. Mais le risque de gestion de fait serait alors particulièrement élevé, avec l'existence d'une gouvernance du fonds de dotation pilotée par le CH(U), d'un périmètre d'action limité à celui du CH(U) et de moyens de fonctionnement provenant

majoritairement du CH(U). Le fonds de dotation hospitalier serait immédiatement requalifié de droit public et le président du conseil d'administration du fonds de dotation serait qualifié de comptable de fait, sanctionnable par la chambre régionale des comptes.

Afin d'éviter cette situation, si le CH(U) souhaite conserver la maîtrise de la gouvernance du fonds de dotation, les salaires des agents hospitaliers du CH(U) mis à disposition du fonds de dotation devront être remboursés. Dans le but d'élargir les catégories d'agents qui pourraient travailler pour les fonds de dotation hospitaliers aux fonctionnaires et aux agents en CDI, les articles législatifs et réglementaires relatifs à la mise à disposition statutaire pourraient être modifiés en ce sens. Une telle évolution juridique n'inclurait toutefois pas les agents hospitaliers en contrat à durée déterminée – la mise à disposition d'agents hospitaliers en CDD n'étant ouverte au profit d'aucun organisme. Or, les responsables du mécénat / fundraiser des fonds de dotation hospitaliers sont d'abord recrutés en contrat à durée déterminée...

Au final, ces entraves administratives et leurs faibles perspectives d'évolution à court terme encourageraient les centres hospitaliers (universitaires) à ré-internaliser leur politique de mécénat.

La mise en œuvre d'une politique de mécénat en régie directe devrait faire attention à tous les facteurs de performance identifiés pour les fonds de dotation, à savoir :

- La clarification du ou des objectifs de la politique de mécénat
- La définition d'une stratégie à 3-5 ans, sur la base de la connaissance du territoire, de la concurrence locale et de l'identité et des forces de l'établissement public de santé
- L'élaboration d'un plan d'actions, décliné par cible
- Le recrutement de personnels experts, chargés d'animer la politique de mécénat
- La sensibilisation voire l'implication des autres agents hospitaliers, notamment de la direction générale, des médecins et des membres des équipes-projets
- La qualité des projets soumis au mécénat
- Et l'entretien des relations avec les mécènes.

La collecte en régie directe présente toutefois deux inconvénients :

- d'une part, les dons des mécènes ne sont pas adressés au CH(U) mais au « trésor public », ce qui peut être rédhibitoire pour certains donateurs ;
- d'autre part, les dons ne sont pas aisément identifiés dans le budget général de l'établissement public de santé, ce qui nuit à la traçabilité.

Ces limites peuvent néanmoins être surmontées comme le révèle l'exemple de l'AP-HP.

Sources et bibliographie

Bibliographie

ADMICAL, CSA, 2016, *Le baromètre d'entreprise en France*

AFERIAT A, 2011, « L'association française des fundraisers », *Archicube*, n°10

Assemblée nationale, 2008, *Compte rendu intégral de la deuxième séance du mardi 10 juin 2008*

Association française des fundraisers, 2014, *Les clés du fundraising pour créer son chemin vers une collecte de fonds efficace*

Association française des fundraisers, APEC, 2011, *Les métiers du domaine du fundraising (de la collecte de fonds) – Les référentiels des métiers cadres.*

BAZIN C, MALET J, 2018, « Mécénat. Déclaration fiscale des entreprises », *Recherches & Solidarités*

BUSSON-VILLA F, GALLOPEL-MORVAN K, 2012, « La normalisation des associations : quelle efficacité pour rassurer les parties prenantes », *Management & Avenir*, Volume 4, n°54

BUSSON-VILLA F, GALLOPEL-MORVAN K, LE GALL-ELY M, 2016, « La collecte de fonds dans les établissements de santé : facteurs clefs d'efficacité », *Management international*, Volume 20, n°3

CHARHON F, COMBES I, 2016, *Fondations. Fonds de dotation*, Juriscorpus, Fondation de France

CLOUTIER C, 2011, « Les organismes à but non lucratif : comment mieux gérer les relations avec les donateurs ? », *Gestion*, Volume 36, n°4

Comité de suivi des fonds de dotation, direction des affaires juridiques des ministères économiques et financiers, 2015, *Clausier pour la rédaction des statuts d'un fonds de dotation*

Cour des comptes, 2017, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*

DEVIC L, 2017, « Le fonds de dotation a rempli son office », *Associations mode d'emploi*, n°193

DGOS, DGFIP, 2011, *Fiche technique n°4, GCS et statut des personnels*

DREES, 2018, *Les établissements de santé*

ERWIN C, LANDRY A, 2015, « Organizational Characteristics Associated With Fundraising Performance of Nonprofit Hospitals », *Journal of Healthcare Management*, Volume 60, n°2

GALLOPEL-MORVAN K, BIRAMBEAU P, LARCENEUX F, RIEUNIER S, 2013 (2^{ème} édition), *Marketing & communication des associations*, Dunod

GALLOPEL-MORVAN K, LOUIS M, 2015, « Nominoë. Le fonds de dotation du CHU de Rennes », *Gestions hospitalières*, n°546

GAUTIER A, 2015, « Le mécénat d'entreprise en France. Histoire et perspective », *Revue française de gestion*, Volume 4, n°249

Gouvernement, 2008, *Exposé des motifs du projet de loi de modernisation de l'économie*

Gouvernement, 2014, *Exposé des motifs du projet de loi relative à l'économie sociale et solidaire*

KOCH G, 2012, *La levée de fonds dans les établissements publics de santé : application au centre hospitalier de Nice*, EHESP

LE ROY E, « Les établissements de santé à l'heure du fundraising » in FERMON B, 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Dunod

LEFEVRE S, 2007, « Le sale boulot et les bonnes causes. Institutionnalisation et légitimation du marketing direct au sein des ONG », *Politix*, volume 3

MANLIUS A, BARRE-HOUDART S, 2016, « Les fonds de dotation », *Finances hospitalières*, n°108

MARAIS J-L, 1999, *Histoire du don en France de 1800 à 1939. Dons et legs charitables, pieux et philanthropiques*, Presse universitaire de Rennes

Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, 2010, « Fonds de dotation », *Courrier juridique des finances et de l'industrie*.

Observatoire de la philanthropie, Fondation de France, 2018, *Panorama national des générosités*

Optimy, 2018, *Panorama de la philanthropie en France*

PROKOPETZ J, LEHMANN L, 2014, « Physicians as fundraisers: medical philanthropy and the doctor-patient relationship », *PLoS Med*, Volume 11, n°2

QUENTIN C, 2011, « Collecteur de fonds, un métier d'avenir et de passion », *L'archicube*, n°10

RENAULT S, 2018, « Quand un maire fait appel au financement participatif pour reconstruire une école. Décryptage et analyse », *Annales des mines – Gérer et comprendre*, Volume 1, n°131

REID L, 2017, « Les questions éthiques dans la philanthropie en santé », *Forum Gestion des soins de santé*, Volume 30, n°6

SCHMITZ A, 2018, *Rapport d'information n°694 (2017-2018) sur le mécénat culturel*, Sénat.

TABET E, 2015, « Fundraising à l'hôpital. Le cas du centre Léon-Bérard », *Gestions hospitalières*, n°546

TOUZARD J, 2012, « Mécénat ? Sauver le service public, c'est également assurer son financement... », *Finances hospitalières*, n°55

WALTER J, GRIFFITH K, JAGSI R, 2015, « Oncologists' Experiences and Attitudes About Their Role in Philanthropy and Soliciting Donations From Grateful Patients », *Journal of Clinical Oncology*, Volume 33, n°32

Textes juridiques

Fonds de dotation

Loi n°2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie (article 140) modifiée par la loi n°2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire (articles 85 et 87)

Décret n°2009-158 du 11 février 2009 relatif aux fonds de dotation modifié :

- Par le décret n° 2015-49 du 22 janvier 2015 relatif aux fonds de dotation
- Par le décret n° 2017-908 du 6 mai 2017 portant diverses dispositions relatives au régime juridique des associations, des fondations, des fonds de dotation et des organismes faisant appel public à la générosité

Circulaire du 19 mai 2009 relative à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des fonds de dotation

Circulaire NOR IOC/D/10/02052/C du 22 janvier 2010 relative à l'objet des fonds de dotation

Circulaire NOR IOC/D/10/31294/C du 3 décembre 2010 relative aux recommandations du comité stratégique des fonds de dotation

Circulaire DGFAR/SDPS/C2006-5017 DSS/5B/2006/206 du 10 mai 2006 relative aux modalités d'application des articles 15 et 16 de la loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux ainsi qu'aux mesures de sanction applicables en cas de délocalisation volontaire d'activité hors des zones de revitalisation rurale en application de l'article 6 de la loi précitée

Fondation hospitalière

Article L6141-7-3 du code de la santé publique

Articles R6141-53 à R6141-66 du code de la santé publique

Fondation reconnue d'utilité publique

Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat (articles 18 à 18-3)

Fondation abritée (ou sous égide)

Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat (article 20)

Association loi 1901

Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association

Décret du 16 août 1901 pris pour l'exécution de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association

Avantages fiscaux

Articles 200, 238 bis, 256 B, 261, 978 et 1740 A du code général des impôts

Bulletin officiel finances publiques-impôts :

- BOI-PAT-ISF-40-40-10-20-20160706 PAT - ISF - Calcul de l'impôt - Réduction d'impôt au titre des dons aux organismes d'intérêt général - Champ d'application - Établissements de recherche ou d'enseignement supérieur ou d'enseignement artistique publics ou privés, d'intérêt général, à but non lucratif et des établissements d'enseignement supérieur consulaire
- BOI-PAT-IFI-40-20-10-10-20180608 PAT - IFI - Calcul de l'impôt - Réduction d'impôt au titre des dons aux organismes d'intérêt général - Champ d'application de la réduction d'impôt - Conditions relatives aux contribuables concernés et aux dons éligibles

Lien entre l'industrie et le secteur de la santé

Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé

Article L4113-6 du code de la santé publique

Décret n°2016-1538 du 16 novembre 2016 relatif à la convention unique pour la mise en œuvre des recherches à finalité commerciale impliquant la personne humaine dans les établissements de santé, les maisons et les centres de santé

Note d'information n°DGOS/PF4/2018/191 du 1^{er} août 2018 relative à l'utilisation de la convention unique pour la recherche à finalité commerciale impliquant la personne humaine

Positions statutaires des agents publics et des contractuels

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 49)

Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition

Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 31-1)

Circulaire n°2167 du 05 août 2008 relative à la réforme du régime de la mise à disposition des fonctionnaires de l'Etat

Autres textes

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (articles 25 bis et 25 septies)

Loi n°91-772 du 7 août 1991 relative au congé de représentation en faveur des associations et des mutuelles et au contrôle des comptes des organismes faisant appel à la générosité publique

Articles 223-15-2, 321-1, 432-14 et 432-15 du code pénal

Article L1111-8 du code de la santé publique

Rapports administratifs

- Brest (Fonds Innovéo) : comptes 2017 du fonds de dotation
- Cergy-Pontoise (hôpital René Dubos) : comptes 2016 du fonds de dotation
- Le Mans : comptes 2014, 2015 et 2016 du fonds de dotation
- Lille : comptes 2015, 2016 et 2017 du fonds de dotation
- Nantes : comptes 2015, 2016 et 2017 du fonds de dotation
- Nice (Fonds « Aveni ») : comptes 2014, 2015, 2016 et 2017 du fonds de dotation
- Nîmes : comptes 2013, 2014 et 2016 du fonds de dotation
- Poitiers (Fonds « Aliénor ») :
 - comptes 2016 et 2017 du fonds de dotation
 - rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine du 30 octobre 2017
- Rennes (Fonds « Nominoë ») : comptes 2014, 2015 et 2016 du fonds de dotation
- Saint Etienne (Fonds « Sainté Santé Innovation Recherche (St-SIR) ») : comptes 2015, 2016 et 2017 du fonds de dotation
- Versailles : comptes 2015 du fonds de dotation

Entretiens avec des responsables de mécénat de structures hospitalières

Structures hospitalières dotées d'un fonds de dotation :

- Annecy-Genevois (Fonds Initiative Change) : Carine DAURAT, responsable du mécénat et des partenariats, entretien téléphonique du 31 mai 2018
- Argenteuil : Lauriane NOURY, chargée de communication et Fatima AICHOUC, chargée de mission stagiaire du Fonds de dotation, entretien téléphonique du 11 mai 2018
- Brest (Fonds Innovéo) : Florence SAINT-CAS, directrice du Fonds Innovéo, entretien téléphonique du 27 avril 2018
- Calais : Pauline RICHOUX, directrice adjointe aux affaires générales, entretien téléphonique du 16 mai 2018

- Cergy-Pontoise (hôpital René Dubos) : Pauline AMOUDRY, chargée de mission mécénat, entretien téléphonique du 20 avril 2018
- Chambéry-Aix-les-Bains (Métropole Savoie) : Romain PERCOT, directeur des affaires générales, entretien téléphonique du 18 avril 2018
- Clermont-Ferrand (Fonds « ESCA – Espoir Santé Clermont Auvergne ») : Estelle MARLOT, adjointe à la directrice des affaires financières, entretien téléphonique du 6 juin 2018
- Créteil (Fonds « CHIC-Ideé ») : Camille PIGER-BAYLE, directrice de la communication, entretien téléphonique du 3 mai 2018
- Eaubonne-Montmorency (hôpital Simone Veil) : Pascale HOANG, directrice chargée des relations extérieures, de la coordination et de la communication, entretien téléphonique du 9 mai 2018
- Grenoble : Guillaume DURIEZ, directeur du Fonds de dotation, directeur des affaires internationales et du mécénat, entretien téléphonique du 27 avril 2018
- Le Mans : Stéphanie LE GLORENNEC, responsable des relations avec les usagers, en présence de Pierre URBAIN, élève directeur d'hôpital de la promotion Camille-Claudé 2017-2018, entretien téléphonique du 17 mai 2018
- Lille : Sophie BOINET, directrice déléguée Marketing et relations avec les usagers du CHU, entretien téléphonique du 7 mai 2018
- Montpellier (Fonds « Guilhem ») : Charlotte GAUSSERAN, responsable culture et mécénat, entretien téléphonique du 16 avril 2018
- Nantes : Bénédicte HERISSE, chargée de mission mécénat, entretien téléphonique du 4 juillet 2018
- Nice (Fonds « Aveni ») : Claudie MARTIN, chargée du développement des ressources extérieures, entretien téléphonique du 14 mai 2018
- Nîmes : Benjamin HERAUT, responsable communication culture, entretien téléphonique du 17 mai 2018
- Poitiers (Fonds « Aliénor ») : Stéphane MARET, directeur de la communication et du mécénat, entretien téléphonique du 13 juin 2018
- Reims : Aurélien SOURDILLE, adjoint au directeur des finances, délégué général du Fonds d'action du CHU de Reims, en présence de Léa THUILLEAUX, élève directrice d'hôpital de la promotion Camille-Claudé 2017-2018, entretien téléphonique du 17 mai 2018
- Rennes (Fonds « Nominoë ») : Marie LOUIS, déléguée générale du Fonds Nominoë, entretien téléphonique du 18 juin 2018
- Saint Etienne (Fonds « Sainté Santé Innovation Recherche (St-SIR) ») : Anissa EL MAJID, chargée de mécénat, entretien téléphonique du 15 mai 2018

- Tours : Elodie GASPARD, responsable du mécénat, entretien téléphonique du 25 avril 2018
- Versailles : Nicole BEAUFILS, chargée du mécénat du Fonds de dotation, entretien téléphonique du 1^{er} juin 2018

Structures hospitalières non dotées d'un fonds de dotation :

- AP-HP hôpital Necker-Enfants malades : Vincent BITKER, directeur du mécénat et de la politique culturelle, entretien téléphonique du 13 juin 2018
- AP-HP hôpital de la Pitié-Salpêtrière : Florence MAHE-DOMBIS, directrice du mécénat, entretien téléphonique du 29 juin 2018
- AP-HP hôpital Robert-Debré : Jennifer HALLOT, directrice du mécénat et de l'action culturelle, entretien téléphonique du 15 juin 2018
- Dijon : Mélanie MATTHEY, chargée de communication et culture du CHU, entretien téléphonique du 12 juin 2018
- Institut Gustave Roussy : Francine TROCME-VITALI, responsable mécénat – grands donateurs, entretien téléphonique du 26 mai 2018

Autres entretiens :

- Arkéa Banque Entreprises et Institutionnels (groupe Crédit Mutuel Arkéa) : Laetitia BOUSSARIE, directrice des marchés, secteur public et économie sociale et solidaire, entretien du 1^{er} août 2018
- Association française des fundraisers : Laurence LOSCIUTO, responsable du pôle formation, entretien téléphonique du 19 juin 2018
- Fonds FHF Recherche & Innovation : Enguerrand HABRAN, directeur du fonds de dotation, entretien du 7 août 2018

Liste des annexes

Annexe I – Récapitulatif des principales caractéristiques des structures de collecte de dons

Annexe II – Fiche méthodologique

Annexe I

Récapitulatif des principales caractéristiques des structures de collecte de dons

Thématique	Fonds de dotation	Fondation hospitalière	Fondation reconnue d'utilité publique	Fondation abritée	Association loi 1901
Statut	Personne morale de droit privée	Personne morale de droit privée	Personne morale de droit privée	Sans personnalité morale	Personne morale de droit privée
Objet social	Réalisation, directe ou indirecte, d'une œuvre d'intérêt général	Activité de recherche exclusivement	Réalisation d'une œuvre d'intérêt général	Réalisation d'une œuvre d'intérêt général Compatible avec l'objet social de la fondation abritante	Tout objet social licite
Fondateurs	Des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé	Au moins 1 établissement public de santé	Des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé Le Conseil d'Etat refuse de reconnaître l'utilité publique si la dotation initiale provient principalement de ressources publiques	Une ou plusieurs personnes, morales ou physiques, de droit public ou privé	Au moins 2 personnes physiques
Consultation obligatoire avant création	Aucune	Délibération du conseil de surveillance Avis du président de CME et du vice-président du directoire en charge de la recherche	Aucune	Sans	Aucune
Modalités de création	Déclaration en préfecture Publication au JO Associations	Décret du ministre de la santé Après avis du DG ARS	Décret en Conseil d'Etat Après instruction du ministère de l'intérieur et des ministères concernés	Délibération de la fondation abritante	Déclaration en préfecture Publication au JO Associations
Dotation initiale : montant	15 k€	Montant minimal non défini par la réglementation	1.5 M€	Selon la convention entre la fondation abritante et la fondation abritée	Sans objet

Thématique	Fonds de dotation	Fondation hospitalière	Fondation reconnue d'utilité publique	Fondation abritée	Association loi 1901
Dotation initiale : caractère consommptible	Dotation consommptible jusqu'à 1 €	Dotation consommptible jusqu'à 10 % de la dotation initiale (ou 1 M€ si la dotation initiale dépassait 10 M€)	Possibilité de consommation très encadrée par le Conseil d'Etat	Sans objet	Sans objet
Gouvernance	Liberté statutaire Au moins 3 membres au sein du conseil d'administration	Existence d'un collègue des fondateurs qui dispose obligatoirement de la majorité absolue Droit de veto du DG ARS sur les budgets	Perte de pouvoir des fondateurs qui ne peuvent représenter, au plus, qu'un tiers des membres du conseil d'administration	Selon la convention entre la fondation abritante et la fondation abritée Suivi d'un représentant de la fondation abritante	Liberté statutaire Au moins 2 membres au sein du conseil d'administration
Transparence	Transmission au préfet du rapport d'activité et des comptes annuels Obligation d'un commissaire aux comptes dès 10 k€ de ressources annuelles	Transmission au DG ARS des comptes annuels Obligation d'un commissaire aux comptes (absence de seuil)	Transmission au préfet du rapport d'activité et des comptes annuels Obligation d'un commissaire aux comptes dès 153 k€ de ressources annuelles Transmission aux ministères concernés les rapports d'activité, les comptes annuels et l'EPRD	Tutelle de la fondation abritante	Transmission au préfet du rapport d'activité et des comptes annuels Obligation d'un commissaire aux comptes dès 153 k€ de ressources annuelles
Ressources : appel à la générosité du public	Obligation d'une autorisation préalable Transmission au préfet du compte d'emplois des ressources	Déclaration préalable en préfecture Transmission au préfet du compte d'emplois des ressources	Mise en œuvre sans déclaration ou autorisation à la préfecture Transmission au préfet du compte d'emplois des ressources	Idem FRUP	Déclaration préalable en préfecture Transmission au préfet du compte d'emplois des ressources
Eligibilité des dons reçus aux réductions d'impôts	Impôt sur le revenu	Impôt sur le revenu	Impôt sur le revenu	Idem FRUP	Si l'objet social est d'intérêt général :

Thématique	Fonds de dotation	Fondation hospitalière	Fondation reconnue d'utilité publique	Fondation abritée	Association loi 1901
	Impôt sur les sociétés	Impôt sur les sociétés Impôts sur la fortune immobilière	Impôt sur les sociétés Impôts sur la fortune immobilière		Impôt sur le revenu Impôt sur les sociétés Impôts sur la fortune immobilière (selon l'objet social)
Ressources : subventions publiques	Interdiction	Possibilité	Possibilité	Idem FRUP	Possibilité

Annexe I

Fiche méthodologique

Les thèmes du mécénat et des fonds de dotation furent abordés lorsque les Hôpitaux Champagne Sud me demandèrent, dans le cadre du stage de direction, de proposer des modifications des statuts de leur fonds de dotation, élaborés en 2016 mais non déposés en préfecture. A cet effet, j'ai procédé à une analyse des textes juridiques et des statuts de fonds de dotation hospitaliers mis en ligne.

Puis, les Hôpitaux Champagne Sud souhaitèrent connaître les premières actions à déployer pour installer un fonds de dotation sur son territoire. Afin de satisfaire cette demande, j'ai proposé de m'appuyer sur un retour d'expérience des centres hospitaliers (universitaires) qui disposaient déjà d'un fonds de dotation et, en conséquence, d'entretiens avec leur responsable du mécénat.

La lecture de rapports d'activité de fonds de dotation hospitaliers et d'articles publiés dans la presse quotidienne régionale a permis d'identifier les structures hospitalières à investiguer en priorité et d'élaborer la grille d'entretien.

Ces structures hospitalières furent sélectionnées en fonction de leur nature (CH / CHU), de la richesse supposée de leur territoire d'implantation, de l'ancienneté du fonds de dotation ou de leur politique de mécénat et des types d'action de collecte menés.

Afin de faciliter l'entrée en contact avec le responsable du mécénat de la structure hospitalière, j'ai sollicité mes collègues de la promotion Camille-Claudé des élèves directeurs d'hôpital, qui ont aimablement accepté d'assurer ce rôle d'intercesseur.

Au final, 26 entretiens téléphoniques avec les responsables du mécénat des structures hospitalières (22 personnes qui travaillaient pour un fonds de dotation hospitalier et 4 pour un établissement public de santé qui développait directement une politique de mécénat) ont été menés.

Le temps médian de ces entretiens est de l'ordre de 45-60 minutes, sachant que le plus court de ces entretiens a duré moins de 30 minutes et les deux plus longs près de 3 heures.

Il s'agit d'entretiens semi-directifs dont la grille d'entretien était axée autour des thématiques suivantes :

- Objet social du fonds de dotation
- Identité des fondateurs et origine de la dotation initiale du fonds de dotation
- Gouvernance du fonds de dotation
- Relations entre le fonds de dotation et « son » établissement public de santé
- Relations entre le fonds de dotation et les associations de service
- Actions menées en direction :

- Des entreprises, des réseaux et des associations
- Des agents
- Des particuliers et du grand public
- Des patients et de leurs proches
- Outils de communication développés

Les entretiens ont tous fait l'objet d'un relevé des points saillants, qui a été transmis pour validation à chaque acteur interviewé.

Les premiers résultats de cette étude ont fait l'objet d'une communication lors de la formation « Innovations managériales et organisationnelles » organisée par la délégation Grand Est de l'ADH le 14 juin 2018.

HEYRMAN

Éric

Octobre 2018

DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion Camille-Claudel 2017-2018

Fonds de dotation et politique de mécénat des établissements publics de santé

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Sans objet

Résumé :

Confrontés à des contraintes budgétaires structurelles, de plus en plus de directeurs généraux de centres hospitaliers (universitaires) sont tentés de capter une partie de la générosité des Français (7.5 Md€ par an) et, dans cette optique, créent une structure spécialisée dans la collecte de fonds, le plus souvent, un fonds de dotation.

Le présent mémoire a pour objectif de montrer si, et le cas échéant dans quelles conditions, le fonds de dotation peut constituer l'outil pertinent d'une politique de mécénat d'un établissement public de santé.

Fort du retour d'expériences de vingt-six structures hospitalières, il s'articule en trois temps :

- Tout d'abord, il montre que, dans l'absolu, le fonds de dotation dispose d'avantages comparatifs indéniables par rapport aux autres structures de collecte de dons, mais que les fonds de dotation créés par les établissements publics de santé respectent difficilement toutes les réglementations en vigueur ;
- Dans un deuxième temps, il expose les multiples actions que développent les fonds de dotation hospitaliers pour accroître le montant annuel de dons collectés, notamment en direction du personnel hospitalier (dédié au mécénat ou non) et des donateurs potentiels. Il révèle que ces actions se heurtent régulièrement à l'interdiction faite aux fonds de dotation de percevoir tout argent public, de quelque nature que ce soit, et donc de bénéficier des moyens, matériels et humains, du CH(U) ;
- Enfin, il souligne la modestie des sommes collectées, même si celles-ci s'améliorent souvent d'année en année et que certaines conséquences induites par la politique de mécénat ne sont pas monétisées.

Mots clés :

Mécénat ; Fundraising ; Collecte de fonds ; Fonds de dotation ; Hôpital ; Public

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.