



EHESP

**Module Inter-Professionnel de
Santé Publique
2020**

**Les établissements sanitaires et
médico-sociaux doivent-ils faire du
lobbying ?**

Groupe 14

Anne Lise CAMIUL (EDS)

Anna EDELMAYER (ED3S)

Ronan FLECKSTEIN (EDH)

Guillem GONZALEZ-FONT (EAAH)

Linda REDJEM (EDH)

Aurélia ROLLAND (EDS)

Marie SOITEUR (ED3S)

Mathias ZOMER (EDH)

Animateurs

Elsa BOUBERT

Gaël CORON

Remerciements

Nous remercions nos animateurs de groupe, Madame Elsa Boubert et Monsieur Gaël Coron pour leurs conseils tout au long de notre travail.

Nous tenons aussi à remercier l'ensemble des personnes qui nous ont accordé des entretiens, pour leurs témoignages et leur disponibilité.

Enfin, nous remercions Madame Emmanuelle Denieul et Monsieur Christophe Le Rat pour l'opportunité qui nous a été donnée de travailler en interfiliarité afin d'apprendre à mieux appréhender la réalité professionnelle et les défis auxquels nous serons confrontés dans nos établissements.

Sommaire

Introduction.....	3
1 Les différences culturelles en matière de lobbying entre les établissements publics et privés ..	6
1.1 Les établissements publics ne sont pas clairement identifiés comme des acteurs de lobbying.....	6
1.1.1 Les établissements publics sont des « cibles de lobbying »	6
1.1.2 Le lobbying n'est pas une activité professionnalisée dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.....	8
1.2 Les établissements privés à but lucratif et les établissements associatifs utilisent plus largement le lobbying.....	11
1.2.1 Le secteur sanitaire	11
1.2.2 Le secteur médico-social	12
2 Les stratégies et actions de lobbying sont menées à différents niveaux.....	15
2.1 L'utilisation de réseaux territoriaux.....	15
2.1.1 Les réseaux politiques	15
2.1.2 Les réseaux de « société civile »	18
2.1.3 Les réseaux reposant sur la coopération inter-établissements	21
2.2 Les actions de lobbying conduites par des organismes nationaux et européens	23
2.2.1 Les conférences nationales représentatives des établissements publics de santé	23
2.2.2 Les fédérations, « lobbyistes » auprès des pouvoirs publics	25
2.2.3 Les fédérations au niveau européen.....	27
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	31

Liste des sigles utilisés

AAH :	Attaché d'Administration Hospitalière
ARS :	Agence Régionale de Santé
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CHRU :	Centre Hospitalier Régional Universitaire
COVID-19 :	Coronavirus Virus Disease-19
DH :	Directeur d'Hôpital
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DS :	Directeur des Soins
D3S :	Directeur d'établissement Sanitaire, Social et médico-Social
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FEHAP :	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs
FHF :	Fédération Hospitalière de France
FHP :	Fédération de l'Hospitalisation Privée
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
HOPE :	European Hospital and Healthcare
HATVP :	Haute Autorité pour la Transparence de la Vie Publique
ICIJ :	International Consortium of Investigative Journalists
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
SYNERPA :	Syndicat National des Etablissements et Résidences privés pour Personnes Agées

Méthode

Afin de répondre à la question « *Les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent-ils faire du lobbying ?* », nous avons interrogé cinq catégories d'acteurs : des directeurs d'établissements, des dirigeants de fédérations et associations représentatives des établissements, des agents du Ministère des Solidarités et de la santé et des Agences Régionales de Santé (ARS), des universitaires spécialistes du sujet et des professionnels du lobbying du secteur privé. S'agissant des directeurs d'établissement, nous avons pris soin d'échanger avec des directeurs d'hôpitaux comme avec des directeurs d'établissements médico-sociaux. Nous avons aussi été attentifs à interroger des acteurs du secteur public comme du secteur privé. Les fédérations et associations contactées représentent tant des établissements publics que des établissements privés. Rappelons que l'un des objectifs de ce Module Inter-Professionnel était de déterminer s'il existait des différences entre hôpitaux et structures médico-sociales ainsi qu'entre secteur public, secteur privé non-lucratif et secteur privé lucratif.

Deux types d'entretiens ont été réalisés : des « entretiens exploratoires » visant à délimiter le sujet et des « entretiens ciblés » s'attachant à approfondir certaines thématiques, à l'instar du lobbying exercé spécifiquement au niveau européen, ou de celui pratiqué par la Conférence des Directeurs Généraux (CDG) de centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) et centres hospitaliers universitaires (CHU). En matière bibliographique, nous avons travaillé à partir d'écrits de spécialistes du lobbying – à commencer par ceux de Guillaume Courty avec qui nous avons également pu nous entretenir –, de travaux se focalisant sur le secteur de la santé et les établissements – à l'image de ceux d'Olivier Faure et de Dominique Dessertine sur les cliniques privées – et d'une littérature grise importante.

Plusieurs de nos interlocuteurs ont montré une certaine réticence face à l'emploi du terme « *lobbying* » ; nous avons constaté qu'il pouvait être réducteur. Nous avons donc également utilisé le concept de « *démarche d'influence* ». Plus large et moins connoté, il a contribué à alimenter notre propre boîte à outils conceptuels (« *vecteurs/canaux de lobbying* », « *actions de lobbying* », par exemple) et celle empruntée à la littérature (comme la distinction entre « *lobbying interne* » et « *lobbying externe* »).

Introduction

A l'occasion du Ségur de la santé annoncé en mai 2020, les **hôpitaux et établissements médico-sociaux** ont mené un **intense lobbying** pour faire entendre leurs positions. Reposant avant tout sur l'expertise et la production de recommandations, ce lobbying a fortement mobilisé les fédérations représentatives d'établissement – que l'on songe aux six axes du « New Deal du système de santé » de la Fédération Hospitalière de France (FHF)¹ – et les conférences nationales, comme en témoignent les « 120 propositions » formulées par les Conférences des directeurs généraux de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)² ou la contribution de la Conférence nationale des directeurs d'établissements pour personnes âgées et handicapées (CNDEPAH), centrée sur l'évolution des effectifs dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) publics³. Si le Ségur a conféré une certaine visibilité au lobbying exercé par les établissements et leurs représentants, ce phénomène reste assez inconnu du grand public et fait l'objet de très peu d'études : dans l'imaginaire collectif, les établissements, en particulier les hôpitaux publics, demeurent des cibles plutôt que des acteurs du lobbying.

Rappelons que **le lobbying est communément défini** comme « *toute communication directe ou indirecte avec des responsables publics afin d'influencer la décision publique en fonction d'intérêts particuliers* » et qu'il recouvre « *un démarchage politique qui peut prendre diverses formes : rencontrer des responsables politiques, fournir des expertises aux ministères, participer à des auditions ou des comités d'experts, créer des coalitions de groupes plus influents* »⁴. Selon Sébastien Guigner, Maître de conférences en science politique à l'Institut d'Etudes Politiques (IEP) de Bordeaux avec qui nous avons échangé, cette définition est en partie datée et ne prend pas en compte ce qu'il appelle le « *lobbying à 360 degrés* ». D'après lui, la notion de lobbying doit s'entendre plus largement et prendre en compte l'influence des lobbyistes sur l'environnement des pouvoirs publics, c'est-à-dire sur les électeurs, les partenaires sociaux et les médias. Ces deux définitions rejoignent la **distinction classique opérée entre « lobbying externe » et « lobbying interne »** reprise et développé par Emiliano Grossman et Sabine Saurugger⁵. Alors que le « lobbying interne » consiste à s'adresser directement aux décideurs, le « lobbying externe », cherche quant à

¹ Site internet de la FHF.

² « Contributions communes des CHRU au Ségur de la santé », mai-juillet 2020.

³ Watremetz L., « L'avenir des Ehpad ne se fera pas sans une augmentation des effectifs », *Hospimedia*, 8 juillet 2020.

⁴ Définition du site internet Vie publique.

⁵ Grossman E., et Saurugger S., *Les groupes d'intérêt. Action collective et stratégies de représentation*, 2012.

lui, à influencer le décideur par le biais d'une tierce pression (en particulier les médias et les électeurs). Les « **répertoires d'action** », pour reprendre la formule de Charles Tilly⁶, diffèrent dès lors sensiblement : si le « lobbying interne » mobilise la « négociation », la « consultation » et l'« expertise », le « lobbying externe » fait appel à la « protestation », à la « juridicisation » ou encore à la « politisation ». Peut-on **appliquer cette grille de lecture** aux établissements sanitaires et médico-sociaux et à leurs représentants ? Autrement dit, ces « cinq idéaux-types de répertoires d'action », dégagés par Grossman et Saurrigger, peuvent-ils être concrètement illustrés ?

Si l'on doit s'interroger sur les « répertoires d'action » des établissements, les « **vecteurs** » ou « **canaux** » de **lobbying** doivent aussi être identifiés. Nous appellerons « vecteurs » ou « canaux » de lobbying les différentes voies empruntées par les établissements : si les fédérations représentatives à l'instar de la FHF ou de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) sont indéniablement les plus connues, d'autres « canaux » de lobbying méritent une analyse approfondie comme en témoignent les conférences nationales ou les liens tissés entre les directions d'établissement et les élus locaux. Cette évocation du monde local – qui ne se résume pas à la politique locale mais recouvre aussi les relations entretenues entre les établissements, les milieux économiques, le tissu associatif ou encore la presse locale – incite par ailleurs à élargir notre champ d'étude. Ainsi, aux « **actions de lobbying** » qui renvoient à la définition stricto sensu du lobbying (convaincre les décideurs de modifier une décision administrative, une réglementation ou une législation), nous ajouterons l'étude des « **démarches d'influence** » menées par les établissements et leurs représentants. Surtout déployées auprès d'acteurs locaux (dont des acteurs associatifs, économiques, médiatiques...) ces démarches permettent de promouvoir l'image de l'établissement et son insertion dans le tissu local pour, *in fine*, favoriser le déblocage de certaines situations ou faciliter la mise en place de projets. Par ailleurs, moins connoté, le terme d'« influence » permet de surmonter deux singularités : la première est propre à l'approche française du lobbying et la seconde est liée à la nature de l'activité des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Longtemps, **en France**, le **lobbying** a constitué une sorte de **tabou** comme l'a montré Guillaume Courty⁷. Lié à une conception bien spécifique de l'intérêt général, comme l'avait déjà perçu Alexis de Tocqueville⁸, ce déni de l'existence d'un lobbying en France a généré

⁶ Tilly C., *La France contestée. De 1600 à nos jours*, 1986.

⁷ Courty G., *Le lobbying en France. Invention et normalisation d'une pratique politique*, 2018.

⁸ De Tocqueville A., *De la Démocratie en Amérique* (tome II), 1840.

deux effets pervers : d'une part, la prospérité en dehors de tout cadre réglementaire et légale et, d'autre part, l'association à des phénomènes de corruption, en vertu du principe selon lequel « ce qui est caché est suspect ». Encore aujourd'hui, le terme de « lobbying » est rarement utilisé. On lui préfère la « représentation d'intérêt », l'« alter-médiation ». La directrice du département des affaires médicales d'un groupe appartenant à l'industrie pharmaceutique avec qui nous nous sommes entretenus, parlait plus volontiers de « recherche de partenariats » ou de « collaborations » et d'« affaires gouvernementales » ou « externes ». Dès lors, parler d'« influence » plutôt que de « lobbying » permet de surmonter cette approche française encore solidement ancrée dans les esprits.

Le terme « d'influence » est aussi mieux accepté dans un milieu qui entend défendre « l'intérêt général », contrairement aux autres lobbies souvent perçus « *comme défendant des intérêts particuliers ou corporatistes* »⁹. Selon Gérard Vincent, la FHF « *parvient à exprimer des points de vue et revendications qui finissent souvent par s'imposer parce qu'elle s'appuie sur une ligne directrice qui est celle de l'intérêt général* »¹⁰. Cette conception est largement partagée par les directeurs d'établissement : « *il s'agit de porter une conception ou une idée de ce que peut être le service public et non pas de défendre des intérêts propres* » souligne un directeur adjoint de CHU. « *Quand un fabricant de tabac fait du lobbying, son seul objectif c'est de défendre les intérêts de sa structure, en tant qu'entreprise privée avec ses actionnaires et ses salariés. Moi, ma stratégie d'influence si elle existe, est centrée sur nos missions que sont le soin, l'enseignement et la recherche* ». Cependant, la notion d'intérêt général est difficile voire impossible à identifier. D'après Sébastien Guigner, « *l'intérêt général n'existe pas. C'est une construction intellectuelle. On peut se prévaloir de la défense du bien commun, de l'intérêt général, mais ce n'est qu'une lecture de l'intérêt général : la vôtre* ». Comme l'a souligné un directeur de centre hospitalier que nous avons interrogé, « *c'est sans doute l'un des nœuds de la problématique du sujet posé : pour un établissement public, faire du lobbying vis-à-vis des institutions d'Etat, n'est-ce pas faire obstacle à la mise en place d'une politique nationale ? Comment concilier l'intérêt de l'établissement et l'intérêt général ? Le lobbying se loge entre les deux* ».

Dès lors, **comment les établissements sanitaires et médico-sociaux peuvent-ils utiliser le lobbying afin d'asseoir leur politique institutionnelle ?**

⁹ Conseil économique social et environnemental, « Réfléchir ensemble à la démocratie de demain », 23 avril 2013.

¹⁰ Gérard V., « DGOS/FHF : où est le pouvoir ? », 2016.

Traditionnellement considérés comme des cibles plutôt que comme des acteurs de lobbying, les établissements sanitaires et médico-sociaux publics se distinguent ainsi de leurs homologues privés qui y recourent plus ouvertement (1).

Pourtant, c'est bien l'ensemble des établissements, privés comme publics, qui utilisent le lobbying pour asseoir leur politique institutionnelle et ce, via de multiples canaux à l'échelle territoriale comme aux niveaux national et européen (2).

1 Les différences culturelles en matière de lobbying entre les établissements publics et privés

Les établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés n'ont pas les mêmes pratiques en matière de lobbying. Les établissements publics ne sont pas clairement identifiés comme des acteurs de lobbying (1.1) contrairement aux établissements privés (1.2).

1.1 Les établissements publics ne sont pas clairement identifiés comme des acteurs de lobbying

Traditionnellement, les établissements publics sont considérés comme des « cibles » et non comme des acteurs de lobbying (1.1.1). Ce point peut expliquer le fait que la fonction de « lobbyiste » soit peu professionnalisée dans les hôpitaux et les structures médico-sociales publiques (1.1.2).

1.1.1 Les établissements publics sont des « cibles de lobbying »

Les grands titres de l'actualité font régulièrement écho du lobbying dans le domaine de la santé. Ainsi, France Culture livre une enquête en date du 2 avril 2020 intitulée « *COVID-19 : le « Big Pharma » fait-il main basse sur les remèdes ?* ». Dès 2018, les *Pharma Papers*, un travail d'enquête mené notamment par l'Observatoire des multinationales, permettent d'estimer l'ampleur du lobbying effectué en France par les laboratoires pharmaceutiques. Ce lobbying ne concerne pas uniquement les parlementaires mais aussi les professionnels de santé au sein des établissements qui reçoivent des avantages de la part des laboratoires. Le lobbying s'insinue alors au sein des établissements de santé « *cibles de lobbying* », d'après un directeur de cabinet en affaires publiques que nous avons interrogé.

Les laboratoires pharmaceutiques ne sont pas les seules entreprises à exercer leur influence au sein des établissements. Par exemple, *Medtronic* est une entreprise américaine active dans le domaine des technologies médicales. La société a une activité de financement et de construction de salles d'intervention spécialisées dans des centres hospitaliers français comme à Rouen où elle a financé une salle pour le traitement des troubles cardiaques. Son implantation au sein des hôpitaux français n'est pas exempte de lobbying comme le montre l'enquête du Consortium international des journalistes d'investigation (*International Consortium of Investigative Journalists*, ICIJ) menée à l'occasion de l'affaire dite des *Implant files* publiée le 25 novembre 2018. A cette occasion, la stratégie d'influence de *Medtronic* a été étudiée par France Inter. Tentant de se placer au-dessus des risques d'accusation de privilégier uniquement son intérêt propre, *Medtronic* utilise un concept : celui de la valeur en santé. Ainsi, ses salariés sont formés à défendre cette idée devant les politiques et les établissements de santé.

Pour promouvoir cette idée dans les hôpitaux, la société a créé « Le cercle de réflexion sur la valeur en santé », un *think tank* qui réunit une vingtaine de membres non rémunérés. On y trouve beaucoup de praticiens et de dirigeants d'hôpitaux, dont certains ont passé des partenariats avec *Medtronic* et sont susceptibles d'acheter ses produits mais pas de chercheurs par exemple. La stratégie de *Medtronic* se situe donc à plusieurs niveaux. D'une part, l'entreprise assoit son influence éthique en défendant la valeur en santé. D'autre part, les professionnels de santé sont formés en communication. La présidente de *Medtronic*, Laurence Compe-Arassus, se veut « *partenaire* » et « *offre de solution* » : l'entreprise serait donc un acteur indispensable du système de santé. Enfin, au niveau scientifique, un *think tank* ou laboratoire d'idées réunit des experts ou des professionnels afin de réfléchir sur des questions (sanitaires en l'occurrence) et produire des études. Cela confère une caution scientifique au concept de « valeur en santé ». L'idée semble être de porter des valeurs, qui sont supposées être celles de l'hôpital français, afin de rendre acceptable l'influence exercée par l'entreprise sur l'établissement.

Les lobbys de l'homéopathie semblent également agir sur les établissements français. Ainsi lors d'un entretien, un directeur de cabinet en affaires publiques nous explique que les lobbys de l'homéopathie ont tenté de bloquer le déremboursement en menant une action d'influence auprès des parlementaires, sans succès. Ils ont donc agi directement auprès des établissements, argumentant l'impact sur les services qu'ils financent par philanthropie. Il est parfois plus utile pour les lobbyistes de passer directement par les établissements, notamment dans un contexte économique tendu. Ceux-ci bénéficient d'aides

privées et mènent des actions qui n'auraient pas pu être mises en place sans ces soutiens. L'hôpital est souvent la cible de lobbying de groupes qui exercent leur influence afin de faire valoir leurs intérêts économiques.

Cela ne signifie pas que le lobbying est une pratique qui n'existe pas dans les établissements, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux.

Recommandation n°1 : Réaliser un parangonnage des stratégies d'influence existantes dans les entreprises privées afin de se positionner en connaissance de cause et développer une stratégie adaptée aux établissements sanitaires et médico-sociaux.

1.1.2 Le lobbying n'est pas une activité professionnalisée dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

Il s'avère parfois délicat d'identifier les personnes en charge du lobbying dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Au terme des entretiens menés, plusieurs raisons pourraient être avancées pour expliquer le caractère ambivalent de la présence du lobbying au sein des établissements publics.

A) Pour certains directeurs, le lobbying est uniquement un outil de communication

Les directeurs, les responsables d'établissements, peuvent être tentés de rejeter l'idée de lobbying : « *Moi à l'hôpital aujourd'hui, mon job ce n'est pas de faire du lobbying et des affaires publiques [...] Je pense que c'est de s'occuper de tout ce qui est relation avec les médias d'une part mais plus généralement avec les leaders d'opinion* ». A la question de la porosité de la frontière entre la communication et le lobbying, ce directeur exprime une différence d'objet de l'action : « *En fait, cela dépend de vos intentions, sont-elles de l'ordre de l'intérêt général ou d'intérêts particuliers ?* ». Il rejette la notion de lobbying en circonscrivant son action aux leaders d'opinions et aux médias. La différence, selon lui, consiste à positionner l'établissement et à valoriser certaines professions. Il s'agit plus de stratégie que de lobbying. La différence entre stratégie et lobbying tient alors à la nature des intérêts portés : positionner l'établissement sans rétribution ou porter l'intérêt général, ne constituent pas des actions de lobbying. A l'inverse, si les relations impliquent une rétribution pour l'établissement alors il s'agit de lobbying. A l'issue de l'entretien, ce directeur s'interroge : le financement d'une politique publique constituerait-il une action de lobbying... ?

Un second directeur de centre hospitalier fait également le lien entre communication et lobbying mais limite ce dernier à un outil stratégique de

communication : « *Le lobbying cela va vraiment être les actions, ce que l'on va faire vraiment alors que la stratégie c'est la vision plus lointaine, ce que l'on vise en tout cas. Donc le lobbying va sans doute représenter un ensemble d'actions, probablement parce que l'on a une stratégie de communication* »¹¹. Pour illustrer, le directeur prend l'exemple d'une stratégie visant à l'attractivité du métier d'aide-soignant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les établissements ne sont pas toujours sensibilisés au lobbying dans la mesure où la pratique est peu développée en France. Le lobbying peut alors s'apparenter à de la communication d'influence. L'idée est de développer une image positive, de porter des valeurs mélioratives et de rendre son établissement attractif. Il n'y a pas nécessairement l'idée d'obtenir des décisions favorables de la part des pouvoirs publics. Il semblerait qu'il s'agisse de la première étape dans la construction d'une stratégie qui pourrait être une stratégie d'influence.

- B) Les risques de l'absence d'identification de la fonction de lobbying par les établissements publics

L'association du lobbying avec la communication semble conduire à faire porter la fonction de « lobbying » de l'établissement à la direction de la communication quand elle existe. Un directeur de cabinet en affaires publiques interrogé affirme : « *Il est difficile d'identifier qui fait du lobbying mais pas seulement dans ces structures, dans une bonne partie des entreprises également. Dans les plus grandes entreprises, il y a un service qui s'appelle relations institutionnelles, affaires publiques ou plus rarement, relations gouvernementales. Quand on baisse d'un cran, cela devient plus flou et c'est souvent de fait, soit le directeur de la structure, soit le directeur de la communication. C'est symptomatique de la non-reconnaissance de cette activité qui reste illégitime [...] et d'une non-professionnalisation de cette activité* ». La direction de la communication peut donc mener des actions de lobbying. Ce point concerne notamment les grands établissements tels que les CHU.

Cependant, faire porter la responsabilité de l'action de lobbying à une direction qui n'est pas spécialisée peut exposer l'établissement à différents risques liés à la non-professionnalisation et à la non-spécialisation. Le premier risque identifiable est la mise en cause médiatique des activités d'influence : « *c'est dangereux cette posture de ne pas assumer de faire du lobbying. C'est dangereux car il y a de plus en plus de traque médiatique*

¹¹ Entretien avec le directeur d'un CH de 470 lits.

des activités d'influence »¹². La transparence de la vie publique est un sujet majeur depuis 2013 (année de publication de la loi relative à la transparence de la vie publique). Ainsi, en pensant nouer ou maintenir des liens avec les élus locaux sans juger nécessaire de le signaler, les responsables d'établissement s'exposent au risque de remise en question de leur transparence. Le deuxième risque concerne la contre-productivité : « *En n'assumant pas l'importance de cette fonction, y compris pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, on va la laisser à des gens dont ce n'est pas le métier premier et qui ne vont pas être très bons, voire être contre-productifs en parlant aux mauvaises personnes et en glissant les mauvais arguments* »¹³.

Quand il est professionnalisé, le lobbying est exercé par exemple par des cabinets spécialisés en la matière. Lors d'une interview à France Inter, le directeur d'un de ces cabinets, Thierry Coste de *Lobbying et Stratégies* explique : « *Mon métier, c'est de plaider pour l'intérêt de mes clients et faire en sorte qu'ils aient raison auprès des pouvoirs politiques, auprès des médias. Je ne dis pas qu'ils ont raison, mais ils me payent pour expliquer, pour bien défendre leur cause. Donc mon métier c'est d'abord de faire beaucoup d'investigation, de renseignements : j'infiltrer les groupes de pression opposés, les syndicats, tout ce qui peut nuire aux intérêts de mes clients. Ensuite, je dois convaincre les ministres, les conseillers des ministres, les parlementaires* ». Il peut parfois être difficile pour les établissements d'endosser cette fonction, essentiellement portée par la direction de la communication.

Recommandation n°2 : Formaliser une structure *ad hoc* dans l'organigramme des grands établissements comme les CHU (une direction des affaires publiques par exemple) afin qu'un interlocuteur soit identifié auprès des élus, des autorités de tutelle, des entreprises etc. Dans les centres hospitaliers et les structures médico-sociales, le chef d'établissement est en charge des actions de lobbying.

Recommandation n°3 : Former les élèves directeurs (DH, DS et D3S) et les directeurs en poste aux techniques de lobbying tant pour le pratiquer pour le compte de l'établissement que pour s'en défendre lorsqu'il est mené par un acteur extérieur et considéré comme contraire à l'intérêt de l'établissement.

¹² Entretien avec un directeur de cabinet en affaires publiques, cité précédemment.

¹³ Entretien avec un directeur de cabinet en affaires publiques, cité précédemment.

Les établissements publics sont particulièrement concernés par les assertions ci-dessus dans les entretiens menés, la situation semble cependant différente dans les établissements privés.

1.2 Les établissements privés à but lucratif et les établissements associatifs utilisent plus largement le lobbying

Les établissements privés conduisent des actions de lobbying depuis leur création, dans le secteur sanitaire (1.2.1) ainsi que dans le secteur médico-social, où le rôle joué par les familles dans la prise en charge du handicap est singulier (1.2.2).

1.2.1 Le secteur sanitaire

Le secteur sanitaire privé à but lucratif n'échappe pas à la règle première du lobbying selon laquelle les entreprises cherchent à promouvoir leurs intérêts. De plus, les établissements privés de santé sont assujettis au double phénomène de capitalisation de leurs sociétés et de constitution en grands groupes de santé. De fait, le succès de l'hospitalisation privée en France tel que décrit par Olivier Faure et Dominique Dessertine est le « *fruit d'une construction historique* »¹⁴. En effet, d'après le panorama 2019 de la DREES, les établissements privés à but lucratif et non lucratif représentent 38% du nombre de lits et 43 % du nombre de places d'hospitalisation. Cette construction historique, aboutissant aujourd'hui à une forte représentation des établissements privés dans le paysage de l'hospitalisation, s'est bâtie et s'est consolidée par le jeu des différents acteurs du champ de la santé dont les intérêts sont multiples.

C'est au cours de la période de l'après-guerre, jusqu'au milieu des années soixante, que les établissements privés à but lucratif et les établissements privés à but non lucratif ont scellé leur ancrage par le biais du lobbying parlementaire. Ce lobbying avait pour ambition de convaincre du bien-fondé du système hospitalier basé sur une offre duale, publique et privée, censée favoriser, par la concurrence, le progrès technique et médical ainsi que la qualité des soins. Cette stratégie d'influence a été profondément remise en cause lorsque l'hospitalisation publique s'est dotée d'un projet de rénovation de son offre et de ses équipements. Les établissements privés ont adapté leurs stratégies d'influence afin de relever le défi de la concurrence du public. Les structures dont le capital social est détenu par des praticiens usent de leur notoriété et de leur influence directement auprès des élus locaux. Pour les groupes possédant plusieurs établissements de santé, il apparaît plus

¹⁴ Faure O., *Les cliniques privées : deux siècles de succès*, avec la collaboration de Dessertine D., 2012.

pertinent de centraliser au sein d'une direction des affaires publiques la gestion des stratégies d'influence au profit des établissements. L'apaisement des relations entre établissements publics et privés permet aujourd'hui de mener des actions conjointes, notamment en termes d'investissements, de création d'infrastructures partagées ainsi que d'implication dans un projet de territoire commun.

La pratique du lobbying reste profondément ancrée dans les établissements privés de santé. Localement, certains territoires sont imprégnés par une implantation historique des établissements privés de santé. Dès lors, les élus locaux et les autorités de tutelles sont les destinataires privilégiés des stratégies d'influence des établissements. Nationalement, les établissements détenus par des grands groupes (Elsan, Médipôle, etc) sont, soit inscrits directement sur le répertoire des représentants d'intérêts de la Haute Autorité pour la Transparence de la Vie Publique (HATVP), soit représentés par la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP).

Recommandation n°4 : Renforcer le rôle du référent éthique¹⁵ par l'investissement de missions de *médiateur en charge de la veille et du respect des bonnes pratiques* en matière de lobbying. Un médiateur sur l'ensemble d'un territoire pourrait être également nommé, après avoir suivi une formation relative au lobbying. Les stratégies d'influences s'inscrivent auprès d'acteurs de proximité œuvrant ensemble au quotidien, sur une zone géographique plus ou moins délimitée par leur périmètre d'action. Ce médiateur aurait donc par essence une dimension territoriale. Il interviendrait auprès de l'ensemble des acteurs, afin de renforcer leur coopération, et serait également soumis à la nécessité d'une déclaration d'intérêt.

1.2.2 Le secteur médico-social

A) Le secteur de la prise en charge des personnes âgées

Dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées, les établissements à but lucratif mènent des actions de lobbying dans un contexte de développement de ce que certains appellent la *silver économie*, terme repris par les pouvoirs publics, notamment dans le lancement d'une filière *ad hoc* en 2013. Le vieillissement de la population française entraîne un essor de la consommation de produits et de services à destination des seniors. « *Les nouveaux besoins économiques, technologiques et industriels liés à l'avancée en âge (...)* [ouvrent] *un champ vaste pour l'économie et l'industrie dans nos*

¹⁵ Au sein des établissements de santé publics et privés, la mise en œuvre d'un référent éthique est déjà largement actée (article L6111-1 du Code de la santé publique).

pays », soulignaient déjà en 2013 les ministères de l'Economie et des Finances et des Affaires sociales et de la Santé lors de la signature du contrat de filière. L'objectif de ce contrat est de structurer le secteur en une filière industrielle¹⁶.

Plusieurs types d'acteurs mènent des actions de lobbying dans le secteur de la silver économie¹⁷ : des cabinets de conseil, des cabinets d'affaires publiques, des syndicats comme le Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Agées (SYNERPA) ou encore des entreprises telles que le géant européen Korian. En 2018, le groupe Korian a effectué des activités de représentation en organisant des discussions informelles ou des réunions en tête à tête. L'objectif était d'influencer les lois et actes réglementaires¹⁸.

B) Le secteur de la prise en charge des personnes en situation de handicap

Pour des raisons historiques, les acteurs associatifs jouent un rôle majeur en matière de lobbying dans le secteur du handicap. En 2018, 89 % des places pour personnes handicapées sont situées dans des établissements privés à but non lucratif¹⁹. Avant la Seconde Guerre mondiale, peu de réponses étaient proposées aux personnes en situation de handicap et à leur famille²⁰. Celles-ci se sont donc mobilisées afin de créer des établissements adaptés. Plusieurs associations gestionnaires d'établissements se sont constituées puis certaines ont choisi de se regrouper au sein de fédérations. La mobilisation des familles de personnes en situation de handicap est singulière. Une directrice de maisons d'accueil spécialisées (MAS) et de foyers d'accueil médicalisés (FAM), gérés par une association à but non lucratif²¹ nous explique : « *la construction des maisons de retraite est quasi en totalité à l'initiative de l'État, très peu d'initiatives militantes des enfants de personnes âgées. L'histoire construit le lobby ou le militantisme* ». Le militantisme se rapproche du lobbying mais les deux termes ne sont pas synonymes. En effet, les militants se mobilisent pour défendre une cause.

Le militantisme dans le secteur du handicap a évolué ces dernières années. La mise en œuvre des appels à projet en 2010 pour la création, l'extension ou la transformation des établissements médico-sociaux a freiné le militantisme conduit par les familles : « *on est passé sur quelque chose de plus professionnel avec un appel à projet maîtrisé par l'ARS ou*

¹⁶ Site internet du gouvernement.

¹⁷ Polard J., « Aspects de la politique d'influence de la Silver économie », *Les cahiers de psychologie politique*, numéro 36, janvier 2020.

¹⁸ Site internet de la HATVP.

¹⁹ CNSA, « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2018 », juin 2018.

²⁰ Stiker H.-J., *Les métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours : Soi-même, avec les autres*, 2009, p.164.

²¹ L'association compte 50 établissements qui accueillent environ 2200 usagers.

les départements et la réponse était faite essentiellement par nous directeurs validée par les conseils d'administration composés de bénévoles mais la main a changé »²². Les appels à projet ont induit une évolution des relations entre autorités et établissements. Depuis 2015²³, l'administration utilise un nouvel outil : l'appel à manifestation d'intérêt. Une chargée de mission au sein d'une ARS explique : « C'est la possibilité d'envoyer un projet que l'on veut développer à l'ARS, à des administrations avec un budget et à partir de ce projet, on discute. On inverse le paradigme, ce n'est plus l'administration qui demande de répondre mais la structure qui propose un projet. ». Elle ajoute que cette façon de faire fonctionner la conduite de projet est plus dans l'« ADN des associations ». Le militantisme pourrait donc connaître une résurgence. D'autant plus que le milieu du handicap voit naître une nouvelle génération d'associations, « C'est intéressant parce que c'est aussi une nouvelle génération et que les outils, les réseaux sociaux, ont permis des coalitions d'intérêts forts entre les gens et au niveau national alors qu'économiquement ils ne pèsent rien »²⁴.

Le militantisme reste un mode d'action très fréquent dans le secteur du handicap. Toutefois, la directrice de FAM et de MAS, que nous avons interrogée, explique que les professionnels du secteur ont intérêt à mener des actions de lobbying : « *notre problématique c'est qu'aujourd'hui, le militantisme tend à s'épuiser mais doit être remplacé par une version plus professionnelle qui est le lobbying* ». Les directeurs d'établissements privés ou publics ainsi que les fédérations ont donc un réel rôle à jouer afin de défendre les intérêts des personnes en situation de handicap.

Ainsi, le lobbying est utilisé par les établissements sanitaires et médico-sociaux, qu'ils soient publics ou privés, mais apparaît moins ancré dans la politique institutionnelle des structures publiques. Ce point s'explique par la construction historique des établissements : le rôle de l'Etat dans le secteur sanitaire et du vieillissement, celui des familles dans la prise en charge du handicap ou encore la constitution de grands groupes dans le secteur privé à but lucratif. Différentes actions peuvent être mises en œuvre par les établissements et leurs représentants afin de tenter d'influencer les décisions des pouvoirs publics.

²² Entretien avec la directrice de FAM et de MAS associatifs, citée dans le paragraphe précédent.

²³ Ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

²⁴ Entretien avec une chargée de mission au sein d'une ARS, citée précédemment.

2 Les stratégies et actions de lobbying sont menées à différents niveaux

Les établissements sanitaires et médico-sociaux mobilisent de multiples canaux de lobbying, ici catégorisés en fonction de leur échelle spatiale de déploiement. Si les vecteurs de lobbying au niveau national sont les plus visibles – comme en témoigne l’action des fédérations – (2.1), les canaux se déployant aux échelles territoriales et européennes ne doivent pas être négligés (2.2).

2.1 L’utilisation de réseaux territoriaux

Le territoire auquel appartient l’établissement constitue le premier espace de déploiement de ses actions de lobbying ou, plus largement, de sa « démarche d’influence ». Constituent ainsi des vecteurs essentiels de lobbying : les relations avec les élus locaux (2.1.1), l’insertion dans le tissu associatif, universitaire, médiatique et économique local (2.1.2) et, enfin, l’entretien de réseaux de partenaires de soin reposant sur des modes de coopération inter-structures (2.1.3).

2.1.1 Les réseaux politiques

A l’échelle territoriale, les élus locaux sont cités comme les premiers vecteurs ou canaux du lobbying des établissements sanitaires et médico-sociaux publics. Ainsi, le directeur délégué d’un centre hospitalier, dit CH. X, nous confie que s’il n’existe pas de stratégie de lobbying formalisée propre à son établissement, « *nous entretenons indéniablement des liens avec les élus locaux : le maire, les conseillers départementaux...* ». Le directeur des affaires médicales d’un CHU (CHU. Y) a la même approche : « *En fait, il n’y a pas de stratégie affichée, mais c’est important d’identifier les acteurs clés et de s’insérer dans le tissu local. De ce point de vue, les liens personnels entre un DG et les élus locaux sont particulièrement importants. Moi-même, je suis attentivement l’actualité locale, je discute politique et je m’intéresse à ce qui se passe à la mairie* ». Ces liens permettent, entre autres, de faciliter l’obtention d’autorisations et de financements. Lorsque ces élus locaux ont des relais nationaux, cette démarche d’influence peut aussi viser une anticipation du cadre réglementaire et législatif.

Le maire constitue le pivot de cette démarche. Bien qu’il ne soit plus de droit le président du conseil de surveillance depuis la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de

2009²⁵, le maire l'est encore dans la très grande majorité des établissements publics de santé. Alors que le Conseil de surveillance est un élément clé de la stratégie d'influence des hôpitaux : le maire, quand il en est président, est « *un peu, le lobbyiste en chef* » pour reprendre la formule du directeur délégué du centre hospitalier précité. Dans le CHU. Y par exemple, « *avec le maire nous avons besoin d'une bonne entente, nous nous entraïdons* » souligne le directeur des affaires médicales qui ajoute qu'« *entretenir de bonnes relations avec le Conseil régional et le département est aussi essentiel* ». De même, outre les élus locaux, les liens avec le préfet, le sous-préfet, le procureur, le recteur ou encore le président d'université font l'objet d'une attention toute particulière.

Plusieurs exemples témoignent de l'importance de ces réseaux politiques dans les établissements publics de santé. Ainsi, dans le CHU. Y, le projet en cours d'hébergement des données de santé n'a pu être lancé que grâce au soutien du maire et du président du conseil régional, soutien acquis après un important travail de présentation, d'explication et de conviction de la direction et des médecins impliqués. « *Il faut voir le directeur comme un "VRP" [i.e. un représentant] de l'établissement* » avance le directeur des affaires médicales. Les projets de construction ou de rénovation bâtementaires nécessitent aussi, très souvent, l'appui des élus locaux pour se concrétiser. C'est le cas du projet « *nouvel hôpital* » du CHU. Y pour lequel la direction a dû mobiliser les élus locaux afin d'infléchir les positions de l'ARS et du ministère. L'investissement d'un élu local peut aussi permettre d'accélérer les procédures administratives et l'obtention d'autorisations. C'est ce dont témoigne, par exemple, le coordonnateur général des soins d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) : « *On va avoir une nouvelle IRM et le maire y est pour quelque chose. C'est aussi pour leur [les élus locaux] propre influence : qu'est-ce qu'on fait pour l'hôpital et qu'est-ce que l'hôpital fait pour eux. D'ailleurs, on a fait l'inauguration de l'IRM qui n'ouvre que dans 3 mois, mais on l'a déjà faite* ». Un directeur adjoint au sein d'une ARS nous confirme le poids joué par les élus au niveau territorial : « *Dans la région, une association d'élus est très active et ne se prive pas de porter auprès de l'ARS, des demandes voire des revendications sur des couvertures territoriales, par exemple en psychiatrie car ils sont un peu loin des grands centres hospitaliers spécialisés en santé mentale* ».

Les réseaux politiques sont également importants dans le secteur médico-social. Dans les établissements médico-sociaux publics, le conseil d'administration des

²⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

établissements communaux est présidé par le maire²⁶. Souvent considéré comme une « chambre d'enregistrement »²⁷, le conseil permet cependant de mobiliser les élus. Ainsi, la directrice d'un EHPAD public autonome²⁸, grâce à ses liens avec le maire, a mis en place un partenariat avec la faculté dentaire pour que les résidents bénéficient de dépistages bucco-dentaires gratuits. Afin d'assurer la mobilisation des élus, cette même directrice nous explique qu'il est important de présenter des projets sous-tendus par des valeurs auxquelles ils peuvent être sensibles : service public, qualité du service rendu aux usagers... Ainsi, pour mettre en place le partenariat, celle-ci a mobilisé les élus autour de la qualité de la prise en charge des résidents.

Les élus locaux peuvent également devenir des « cibles » de lobbying afin qu'ils approuvent un projet défendu par l'établissement. Dans un autre EHPAD public autonome²⁹, la directrice confie qu'elle conduit des actions de lobbying auprès du maire afin de le convaincre de réhabiliter le bâtiment : *« C'est un établissement ancien, vétuste qui est en projet de reconstruction depuis plus de 10 ans [...]. La mairie veut récupérer l'établissement pour faire une école. Et elle veut nous fournir un terrain dans un autre quartier, un terrain qui est pollué, inondable. La stratégie est claire. Dès ma prise de poste, l'objectif était de faire évoluer la position de la mairie et de réfléchir à une solution sur site pour garder le terrain actuel. »* Dans ce contexte, plusieurs réunions ont été organisées entre la direction et le maire. La directrice a demandé à un bureau d'études d'intervenir afin de réaliser une analyse financière de la reconstruction sur site : *« Si le bureau d'études appuie le fait qu'économiquement et logistiquement c'est possible, cela va renforcer notre position. C'est important d'avoir tous les éléments techniques pour contrer certains arguments de la mairie »*. La direction de l'EHPAD bénéficie du soutien de l'ARS et du conseil départemental. Cet appui facilite les négociations avec la mairie. Le directeur d'un autre CHU (CHU. Z), nous confirme également avoir appelé un maire nouvellement élu dès le lendemain de l'élection municipale du 28 juin 2020 : *« on a un enjeu majeur de partenariat avec lui, il faut qu'il signe le PLU [Plan local d'urbanisme], qu'il accepte la construction de l'extension de l'hôpital, qu'il déplace ses voiries, qu'il refasse ses réseaux de bus, etc. Tout cela relève de ses prérogatives et cela semble normal dans une démocratie qu'au lendemain de son élection, on voit avec lui s'il est d'accord sur le projet, s'il veut modifier un aspect,*

²⁶ En vertu de l'article L315-10 du CASF, le conseil d'administration des établissements communaux est présidé par le maire, celui des établissements départementaux par le président du conseil départemental et celui des établissements intercommunaux par le président de l'organe délibérant de l'établissement public de coopération intercommunale.

²⁷ Entretien avec une directrice d'EHPAD public autonome de 170 lits.

²⁸ L'EHPAD, cité précédemment, compte 170 lits.

²⁹ L'EHPAD compte 80 lits.

etc. Dans ce cas, je ne fais pas de lobbying, je fais en sorte qu'un projet d'intérêt général soit porté par une municipalité ».

Le recours aux élus dans l'accomplissement d'un projet n'est toutefois pas sans risque. « *En fait, il faut imaginer deux hiérarchies* » nous explique le directeur délégué du CH. X : « *Une hiérarchie administrative et une hiérarchie politique. Si la réponse de la première ne plaît pas, alors on s'autorise le joker politique. Mais celui-ci est à utiliser avec précaution* ». En effet, le fait de court-circuiter la hiérarchie administrative peut entraîner un retour du bâton. Pour le directeur, c'est précisément ce qui est arrivé à un CH voisin : « *La directrice générale est passée par le maire pour mener de grands travaux et ce, contre l'avis de l'ARS. Par la suite, l'ARS a mené la vie dure à l'établissement* ». Par ailleurs, si les élus peuvent être mobilisés par les établissements, les hôpitaux sont aussi utilisés par les élus : « *Demandez-vous aussi comment les acteurs politiques et notamment locaux peuvent influencer et se servir des établissements de santé. Il n'est pas rare que des maires fassent pression pour que l'hôpital accepte un marché public au bénéfice d'une entreprise locale, par exemple* » souligne le directeur médical du CHU. Y. Enfin, l'intensité du recours aux élus est variable selon les établissements.

Recommandation n°5 : Associer les élus à la gestion de l'établissement, au-delà des réunions du conseil de surveillance et du conseil d'administration, en instaurant des réunions ou rencontres régulières informelles afin de garantir leur mobilisation en faveur de la structure.

2.1.2 Les réseaux de « société civile »

Si les réseaux politiques et les relations entretenues avec les élus locaux sont primordiaux, une attention particulière est portée à la bonne insertion de l'établissement dans le tissu économique local (A), associatif (B), universitaire (C) ou encore médiatique (D).

A) Les réseaux économiques : l'exemple du Fonds d'Action du CHU. W

Fondé en avril 2017 avec la contribution d'une grande entreprise locale à impact international, le fonds d'action du CHU W. constitue une plateforme de réception, de gestion et de redistribution des dons. Dirigé par un conseil d'administration composé de la directrice générale du CHU W., du président du conseil de surveillance, du président de la Commission Médicale d'Etablissement, du doyen de la faculté de médecine et de la présidente de l'entreprise citée plus haut, le fonds constitue aussi un réseau d'influence pour le CHU W. Plus précisément, il joue le rôle d'interface entre l'établissement et les acteurs économiques présents sur le territoire. Si ce sont surtout des entreprises qui utilisent le fonds

dans une stratégie d'approche plus globale, le CHU W. s'en sert aussi pour améliorer son insertion dans le tissu économique local. Pour le directeur des affaires financières et délégué général du fonds d'action, « *le Fonds est un facilitateur. Il nous permet d'avoir un carnet d'adresse et de l'activer en temps voulu* ». Pendant la crise du COVID-19, le CHU W. a reçu des financements de l'entreprise qui contribue au Fonds pour mener un projet de recherche lié au virus. D'après le délégué général, « *c'est bien cette activité de mécénat, créatrice de liens, qui a permis ce financement. Il n'aurait pas eu lieu sans* ».

A travers le fonds, le CHU. W ne mène pas d'actions de lobbying à proprement parler mais promeut son image et soigne ses relations avec des acteurs économiques locaux susceptibles de débloquent des situations complexes. Comme le décrit le délégué général, « *le fonds ouvre le CHU vers l'extérieur et participe de son intégration au sein du territoire. Il s'agit de promouvoir l'image de l'établissement, sans avoir forcément un objectif précis autre que son insertion dans le tissu économique local* ».

B) Les réseaux associatifs

Si les directeurs d'hôpitaux veillent à entretenir de bons liens avec les milieux économiques, ils sont aussi attentifs au positionnement de leur établissement au sein du tissu associatif local (associations sportives et caritatives, clubs service à l'instar du Rotary Club ou du Lions Club, etc). Ce positionnement peut être facilité par les représentants des usagers siégeant au conseil de surveillance, ces derniers étant souvent, par ailleurs, bénévoles voire responsables au sein du monde associatif.

D'après le directeur délégué du CH X., les représentants des usagers peuvent utilement être mobilisés pour développer certaines activités. « *Par exemple, ici [à X.], nous avons un représentant des usagers qui est à la tête d'un réseau associatif de défense des droits LGBT. Nous pourrions le mobiliser pour mettre en place des projets autour de notre Plate-forme d'Éducation et de Prévention pour la Santé* ». D'autres canaux peuvent être activés, comme le souligne le directeur : « *Je pense aussi aux collectifs de défense de l'hôpital public qui se constituent souvent lors de l'annonce de la fermeture d'un service. Ils sont vus par beaucoup de directeurs comme des perturbateurs. Mais ils sont aussi de possibles vecteurs de mobilisation et de promotion de l'établissement que l'on pourrait utiliser* ».

C) Les réseaux universitaires

Les réseaux universitaires sont, pour les CHU, un vecteur supplémentaire d'influence au niveau territorial. Le réseau d'établissements de l'enseignement supérieur

de la région de W., créé par décret sous la forme d'une association, constitue une bonne illustration. Outre l'Université W. et le CHU. W, le réseau compte 15 autres membres dont une école Sciences Po et plusieurs écoles de commerce et d'ingénieurs. L'ambition affichée du réseau est de favoriser « *l'attractivité académique et économique* » du territoire ainsi que son « *intensité scientifique* ». Le réseau matérialise l'un des objectifs du projet d'établissement 2016-2020 du CHU. W : structurer une gouvernance territoriale en matière de recherche clinique avec et les autres établissements publics à caractère scientifique et technologique du territoire. Plusieurs projets impliquant le CHU. W ont ainsi été lancés.

Si ce réseau des établissements d'enseignement supérieur ne constitue pas explicitement un vecteur de lobbying pour le CHU. W, il lui permet néanmoins de renforcer son attractivité médicale. D'après la Directrice Générale du CHU. W, « *il est primordial pour un Centre Hospitalier Universitaire de travailler dans une collaboration la plus dynamique possible avec son Université* ». Par ailleurs, comme le souligne le directeur des affaires médicales du CHU. W « *le lobbying ne renvoie pas forcément à des choses concrètes, mais plutôt à un positionnement, à des relations et c'est précisément ce que nous offre le réseau* ». Interrogé sur la forme que prend généralement la collaboration entre les CHU. W et leur Université de rattachement, le directeur des affaires médicales a mis en avant la spécificité du lien qui unit l'unité de recherche clinique et le CHU. W : « *Dans la plupart des cas les Universités appartiennent à une communauté d'Universités et établissements, à laquelle le CHU peut être associé. La forme du réseau est plus souple, et nous permet d'être pleinement membre* ».

D) Les réseaux médiatiques

L'animation du réseau médiatique peut servir pour mettre en valeur des missions ou des fonctions parfois peu connues du grand public. Lors de la crise du COVID-19, un établissement hospitalier Z. a choisi de valoriser les fonctions supports dans un quotidien national. Plusieurs métiers sont considérés comme peu connus du grand public ou en tout cas moins que les fonctions soignantes comme les infirmiers et les aides-soignants. Ces fonctions supports de brancardage, de bio-nettoyage, ou de magasiniers-logisticiens ne sont pas considérées comme « *en première ligne* », selon la formule consacrée, mais restent essentielles aux activités hospitalières. Le directeur de la communication de l'hôpital Z. nous confie ainsi : « *le COVID nous a donné un certain nombre d'opportunités pour améliorer l'image de l'établissement, donner à voir l'activité de l'établissement dans une stratégie de communication et d'images du personnel, des professionnels, de l'activité, de la manière*

dont ils se sont démenés et battus de manière remarquable pour lutter contre ce virus et prendre un maximum de patients et de sauver un maximum de monde ».

Le levier presse peut aussi être utilisé pour sensibiliser à des problématiques de gestion et par là-même faire pression sur les autorités de tutelle. Des établissements médico-sociaux ont pu user de ce levier pour informer le grand public sur les problématiques auxquelles ils faisaient face pendant la crise épidémique. Une directrice d'EHPAD public³⁰ que nous avons interrogée, a utilisé ce canal médiatique pour « *lancer des messages d'alerte* » et « *pour donner un message plus positif que ce que l'on pouvait entendre sur les EHPAD* ». Ceci passe par des passages sur des plateaux de télévision ou la tenue d'un journal de bord en ligne pour expliquer la gestion quotidienne dans son établissement.

Plus largement, l'objectif est de peser sur le débat public au niveau local. Il nous est ainsi rappelé que 70 à 80 % des établissements médico-sociaux sont privés à but non lucratif, avec conseil d'administration, conseil élu, représentants des familles et des usagers. De fait, « *ils ont plus de liberté pour écrire des courriers, alerter la presse, faire en sorte d'influencer les décisions en leur faveur* » selon cette chargée de mission auprès d'une ARS.

2.1.3 Les réseaux reposant sur la coopération inter-établissements

Dans le secteur sanitaire, les regroupements au sein de GHT conduisent à la mise en œuvre de stratégies de groupe, à l'instar de ce qui existe déjà depuis longtemps dans le privé. Selon le directeur adjoint d'ARS que nous avons interrogé, « *la constitution des GHT donne une puissance différente aux établissements hospitaliers car la logique du GHT est de pousser les hôpitaux à définir des stratégies de groupe* ». Le GHT, par son étendue sur les territoires, permet un meilleur appariement entre les acteurs : « *Le lobbying s'adresse souvent à un niveau stratégique, donc il est assez évident que les GHT constituent des leviers de ce type de pression* ». Les GHT pourraient bénéficier de prérogatives supplémentaires, jusqu'ici confiées aux ARS : « *Si l'on regarde les contributions de la FHF ou des anciens élèves de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, on voit parmi les revendications, les propositions, le fait de transférer des compétences de l'ARS vers les GHT.* »³¹

Recommandation n° 6 : Formaliser les orientations possibles en matière de lobbying dans la convention constitutive d'un GHT. L'objectif est d'établir le rôle de l'établissement support. Celui-ci pourrait utilement avoir la charge de définir la stratégie d'influence sur le territoire.

³⁰ Cet EHPAD, cité précédemment, compte 80 lits.

³¹ Entretien avec un directeur adjoint au sein d'une ARS, cité précédemment.

Dans le secteur médico-social, le regroupement d'établissements au sein d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) permet de conduire des stratégies communes. Les GCSMS ne sont pas des dispositifs obligatoires, contrairement aux GHT. Les objectifs de ce type de groupement varient selon les territoires. Certains établissements décident de se regrouper afin de mutualiser des moyens tels que la restauration. D'autres ont la volonté de mener des stratégies communes pour défendre les intérêts des membres du GCSMS. Les établissements médico-sociaux peuvent aussi former un GCSMS afin « *d'être un interlocuteur collectif du GHT* ». Selon le directeur adjoint d'ARS que nous avons interrogé, les acteurs du secteur médico-social reprochent souvent le caractère « *hospitalo-centré* » des politiques de santé. La constitution d'un GCSMS sur le même territoire qu'un GHT permet de faciliter les échanges entre les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social.

Recommandation n° 7 : Formaliser un projet précis et commun aux établissements membres d'un GCSMS afin que les directeurs conduisent des stratégies d'influence conjointes sur le territoire.

Outre les GHT et GCSMS, des outils plus souples de coopération peuvent aussi être mobilisés à des fins d'influence. La mise en place d'une filière gériatrique par le CH X. en 2017 constitue un autre exemple de démarche d'influence via les réseaux de coopération inter-structures de soins. Ayant fait le constat d'une montée en puissance des prises en charge des personnes âgées et d'un besoin croissant de coordination, le CH X. s'est érigé en tête de pont d'un réseau gériatrique composé, entre autres, d'EHPAD, de services de soins infirmiers à domicile, de centres communaux d'action sociale, de centres locaux d'information et de coordination gérontologique et de dispositifs « MAIA » (méthode d'action intégration autonomie). Pour le directeur délégué du CH X., ce réseau gériatrique peut constituer un véritable « *vecteur de mobilisation au profit du CH* ». Si sa fonction première est la coordination des prises en charge gériatriques, sa « fonction latente » pour reprendre l'expression du sociologue Robert Merton, est de mobiliser des partenaires locaux (EHPAD...) pour assoir les objectifs et projets de l'établissement. Il s'agit de s'appuyer sur un point fort du CH – la gériatrie – pour développer une démarche d'influence. Comme le souligne le directeur, « *si la maternité avait été l'atout principal de l'établissement, la stratégie d'influence aurait probablement été construite autour d'un réseau centré sur l'enfance* ».

2.2 Les actions de lobbying conduites par des organismes nationaux et européens

Les conférences nationales représentatives des établissements sanitaires et médico-sociaux publics (2.2.1) ainsi que les fédérations nationales (2.2.2) et européennes (2.2.3) jouent un rôle prépondérant en matière de lobbying.

2.2.1 Les conférences nationales représentatives des établissements publics de santé

Les conférences nationales représentatives des établissements sanitaires et médico-sociaux constituent un canal d'influence essentiel au niveau national, complémentaire de celle exercée par les fédérations d'établissements. S'inscrivant dans un cadre relativement souple, composé de directeurs en poste et faisant une large place à l'expertise, ces conférences nationales formulent régulièrement des propositions au niveau national. Trois d'entre elles sont particulièrement actives : la Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier (CNDCH) et la Conférence des Directeurs généraux de CHU pour le secteur sanitaire et la Conférence Nationale des Directeurs d'Etablissements pour Personnes Âgées et Handicapées (CNDEPAH) pour le secteur médico-social. Si la CNDCH, créée en 1981, « *est surtout centrée sur l'échange entre établissements et moins sur l'influence et la production de propositions au niveau national* » comme le souligne le directeur qualité au CHU Y., la Conférence des DG de CHU et la CNDEPAH exercent une réelle démarche d'influence au niveau national.

Dans le secteur médico-social, la conférence la plus active est indéniablement la CNDEPAH. Créée en 1999, cette conférence a « *pour objet de faire part de la sensibilité du milieu professionnel aux pouvoirs publics sur les sujets d'actualité et notamment sur les projets de textes législatifs ou réglementaires* »³². Actuellement, l'une des principales revendications de la CNDEPAH est l'augmentation des ratios soignants. Pour appuyer sa démarche, la CNDEPAH a publié en janvier 2020 des propositions visant à atteindre des ratios cibles. Cet exemple, à l'instar de ceux qui suivent, témoignent de la place qu'occupe l'expertise dans la démarche de lobbying des conférences nationales.

Dans le secteur sanitaire, la conférence des DG de CHU joue un rôle majeur. Fondée en 1970 sous la forme d'une association, la Conférence des DG de CHU constitue

³² N.N, « Gérard Miaut élu président de la conférence nationale des directeurs d'EHPAD », *APM News*, 22 octobre 2008.

l'une des cinq Conférences des CHU aux cotés, notamment, de la Conférence nationale des présidents de CME de CHU. L'association s'organise autour de douze commissions spécialisées : affaires financières, affaires médicales, ressources humaines, etc. La Conférence des DG de CHU entretient des liens étroits avec la FHF dont les membres sont systématiquement invités aux plénières. Cette Conférence remplit trois rôles. Elle a, tout d'abord, un devoir d'information et d'alerte auprès des autorités de tutelle. Elle se donne aussi pour objectif de faire connaître au grand public les différentes missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'innovation qui caractérisent les CHU. Enfin, se qualifiant de « *think tank des CHU* », la Conférence formule des propositions à l'occasion des réformes de l'hôpital public. Lors des présidentielles de 2017, la Conférence a ainsi présenté les 17 propositions. A titre d'exemple, la recommandation n°7 préconisait d'intégrer les centres de lutte contre le cancer et les CHU dans des pôles territoriaux de cancérologie « pour des projets médicaux communs, des parcours de soins cohérents et la diffusion des meilleures pratiques ».

En effet, d'après l'un des membres de la Commission Qualité, Usagers et Gestion des risques, si la Conférence est d'abord une surface d'échange entre professionnels de CHU, elle « a aussi clairement une mission de production de proposition et de représentation au sein de divers groupes ou instances ». Lorsque la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) ou encore la Haute Autorité de Santé (HAS) créent des groupes de travail, les membres des commissions thématiques concernées y participent au titre de la Conférence et y défendent les intérêts des CHU et, au-delà, de l'ensemble des établissements publics de santé. « *Notre rôle c'est d'apporter un ressenti du terrain, d'adapter les mesures aux réalités du terrain, de simplifier, etc. C'est le cas sur tous les sujets que l'on traite* » confie ce même directeur, membre de la Commission Qualité. A titre d'exemple, il cite l'élaboration du nouveau référentiel de re-certification des professionnels de santé prévu par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé³³ : la Commission Qualité, à travers ses propositions, cherche ainsi à définir un référentiel réaliste et à éviter des dispositifs excessivement contraignants pour les professionnels concernés. Ces objectifs de simplification et de lisibilité se retrouvent dans d'autres travaux menés par la Commission (relatifs aux outils d'alerte et de gestion des événements indésirables graves associés aux soins, aux IFQ, aux CAQES...).

³³ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

2.2.2 Les fédérations, « lobbyistes » auprès des pouvoirs publics

Plusieurs fédérations défendent les intérêts des établissements sanitaires et médico-sociaux au niveau régional et national. Les fédérations peuvent représenter différents types d'établissements. Par exemple, la FHF représente environ 1 000 hôpitaux et environ 3 800 établissements médico-sociaux publics. De même, la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP) représente 704 établissements sanitaires, 1715 établissements et services pour personnes âgées et 1548 établissements et services pour personnes handicapées. Les intérêts des établissements à but lucratif sont représentés par la fédération de l'hospitalisation privée (FHP). D'autres fédérations interviennent uniquement dans le secteur médico-social comme l'union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI).

Les fédérations peuvent être amenées à travailler de concert sur des sujets et proposer une solution commune auprès des pouvoirs publics. Par exemple, la FHP et la FHF ont tenu une conférence de presse commune sur l'arrêt des baisses tarifaires pour infléchir la position du ministère. Les deux fédérations ont également adopté une position commune sur la nécessité d'une vision pluriannuelle des finances des établissements de santé, lequel a finalement été consacré dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2020. Il est important de noter que la capacité d'influence des fédérations est liée aux orientations des politiques publiques. Les fédérations qui représentent des établissements de différents secteurs, telles que la FHF ou la FEHAP, sont fréquemment mobilisées par les pouvoirs publics. Celles qui concentrent leur activité sur une spécialité (un type de handicap par exemple) n'ont pas le même rôle. Sébastien Guigner nous explique ainsi que « *la spécialité des établissements va les mobiliser en fonction de l'évolution des enjeux* ».

L'emploi du terme « lobbyiste » est de plus en plus assumé par ces organisations. Une représentante de la FHF au niveau régional que nous avons interrogée a constaté une évolution des actions menées par la fédération : « *il m'a semblé voir un basculement entre, au départ une organisation qui réunissait des directeurs d'établissements, des présidents de CME et des élus qui discutaient entre eux et avançaient des positions. Mais il arrive un moment où ces positions doivent passer de l'autre côté, elles ne peuvent pas passer uniquement dans le réseau. Il faut une professionnalisation de ces revendications et de ces propositions. Aujourd'hui, la FHF assume complètement ce rôle* ». Notons que toutes les fédérations ne sont pas inscrites au répertoire de la HATVP. Si la FHP et la FEHAP le sont,

ce n'est pas le cas de la FHP. Selon une représentante régionale de la fédération, cette différence s'explique par le fait que la FHF défende le service public. Pourtant, la FHF reconnaît exercer des activités de lobbying.

La consultation des fédérations par les pouvoirs publics est organisée et régulée au niveau local et national. Dans le secteur du handicap, la recherche par les pouvoirs publics d'interlocuteurs reconnus a entraîné la mise en œuvre d'une régulation qui « *s'est traduite par des modalités de participation feutrées, préférant la concertation et la négociation à la contestation ou à l'adoption de modes d'action plus spectaculaires et conflictuels (manifestations, pétitions...)* »³⁴. Les actions de lobbying sont donc principalement menées dans le cadre de dispositifs institutionnalisés.

L'appui des fédérations présente un réel intérêt puisqu'il permet de centraliser la parole des établissements. La FHF est intervenue au niveau régional sur l'organisation des services d'urgences pour lesquels : « *l'ARS avait tendance à mettre en place des dialogues bilatéraux entre établissements supports de GHT. Sur certains sujets, ça peut le faire, sur d'autres, c'est un peu 'diviser pour mieux régner'. Mon objectif était de recentrer cette parole-là, pour que dans chaque territoire, le même message ou du moins la même tendance puisse être entendue par l'ARS, qui avait du coup un message cadré des établissements* »³⁵.

Les fédérations disposent aussi de délégations au niveau local afin « d'apporter des réponses adaptées, au plus près des besoins et des attentes des adhérents »³⁶. Cette organisation apparaît nécessaire en raison de la taille de certaines fédérations. La concertation « grand âge et autonomie » a fourni une bonne illustration de ce fonctionnement. Des contributions régionales établies par les établissements membres de la FHF ont été transmises au niveau national. Des directeurs d'EHPAD ont également été désignés par les délégations régionales de la FHF pour participer aux discussions nationales : « *des séances de travail avec des directeurs d'EHPAD ont abouti à un document de synthèse qui avait été validé par les directeurs d'EHPAD et par le conseil d'administration de la FHF. Ce document a été transmis au niveau national et la FHF l'a utilisé dans son discours. L'autre versant de l'influence a été de désigner des directeurs d'EHPAD de la région pour participer aux discussions nationales* »³⁷. Dans le domaine sanitaire, la FHF participe actuellement au Ségur de la santé et étoffe ses propositions grâce

³⁴ Baudot P-Y et Revillard A., « Handicap et sciences politiques », 2014, p.8.

³⁵ Entretien avec une représentante de la FHF au niveau régional, citée précédemment.

³⁶ Site internet de l'UNIOPSS.

³⁷ Entretien avec une représentante de la FHF au niveau régional, citée précédemment.

aux remontées des délégations régionales : La FHF a en effet produit six axes de propositions dans le cadre du programme de réforme du système de santé hospitalier français intitulé « *Un New deal pour la santé* »³⁸. « *Des propositions concrètes autour de six mesures prioritaires* » visant notamment à « *refonder l'organisation [...] du système de santé [...], le financement du système de santé [...], revaloriser les métiers et les carrières des professionnels hospitaliers et médico-sociaux* » ont été proposées par la fédération. La FHP sollicite également les établissements membres pour « co-construire » des propositions. Elle organise des groupes de réflexion par thématiques comme, par exemple, l'impact du sport sur la santé. Le recueil établi par la FHP a été réalisé à partir d'initiatives de terrain.

La question de la représentativité des établissements, en particulier dans le secteur médico-social, peut, cependant, poser problème. La mobilisation des établissements membres apparaît nécessaire afin que la parole portée par les fédérations soit représentative. Or, certains directeurs d'établissements ne se sentent pas suffisamment représentés. Une directrice d'EHPAD public autonome³⁹ a noté ce point : « *A part l'AD-PA qui est une association de directeurs (ce qui n'est pas neutre), on a peu entendu la FHF sur la situation des EHPAD et l'isolement des résidents pendant le confinement. On a entendu Korian et le SYNERPA. Je trouve problématique qu'on n'ait pas de voix forte pour porter la voix des EHPAD. Il n'y a pas eu de positionnement sur le confinement individuel en chambre, l'interdiction de l'intervention des kinésithérapeutes etc.* ».

Recommandation n°8 : Veiller à ce que les établissements représentés lors des réunions ou des consultations organisées par les fédérations varient au maximum. Les fédérations ont un rôle à jouer afin de s'assurer que le discours qu'elles portent soit le plus représentatif possible.

2.2.3 Les fédérations au niveau européen

Dupliquant le travail d'influence réalisé à l'échelle nationale par les organisations précédemment citées, les fédérations européennes représentatives des établissements de santé exercent un lobbying auprès des institutions de l'Union. Parmi elles, se trouvent notamment la *European Hospital and Healthcare Federation* (HOPE), l'Union européenne de l'hospitalisation privée (UEHP) et la *European Hospital and Healthcare Employers Association* (HOSPEEM). HOSPEEM, créée en 2005, intervient spécifiquement dans le cadre du dialogue social européen. A l'inverse, HOPE et l'UEHP

³⁸ Site internet de la FHF.

³⁹ Cet EHPAD, cité précédemment, compte 170 lits.

sont des organisations plus anciennes et leur champ d'action, est plus large. C'est sur ces deux fédérations, et en premier lieu sur HOPE, que nous allons centrer nos propos.

HOPE et l'UEHP n'ont pas pour membres des établissements de santé mais des organisations nationales représentantes des hôpitaux. Ainsi, HOPE, par exemple, a pour membres français la FHF, la FEHAP et UNICANCER. Au total, elle représente 37 organisations appartenant aux 27 membres de l'UE mais aussi hors UE. Outre ces fédérations nationales, HOPE représente les propriétaires d'hôpitaux : essentiellement des fédérations nationales de collectivités locales suédoises, finlandaises et italiennes et certains ministères de la santé à l'instar du ministère de la santé grec. Si HOPE représente surtout le public et le privé non lucratif, l'UEHP, quant à elle, fédère des organisations représentantes d'établissements privés à but lucratifs. Si HOPE et l'UEHP connaissent un enjeu de dissension majeur – les aides d'Etat – elles convergent sur de très nombreux sujets.

Comme le souligne l'un des dirigeants de HOPE, le rôle de ces fédérations européennes a évolué depuis leur création : « *Depuis 2005 et le changement de statuts, nous avons commencé à mener une démarche d'influence, ou de lobbying pour reprendre l'intitulé de votre sujet. Pour le dire autrement, nous avons désormais un rôle de veille mais aussi de prise de position* ». Ce rôle de veille est particulièrement prégnant dans les relations « descendantes » que HOPE entretient avec ses membres : diffusion d'informations synthétisant les tendances et décisions bruxelloises et transmission tous les mois d'une lettre d'information.

Sur le plan européen, plusieurs exemples peuvent illustrer le lobbying exercé par HOPE. En 2011, lors des discussions concernant le projet « délais de paiement »⁴⁰, HOPE a œuvré pour que la limitation des délais à 30 jours ne s'applique pas aux établissements de santé. Notre interlocuteur, se souvient : « *On a évidemment joué sur le thème de la santé qui ne peut être assimilée à n'importe quelle activité économique. Dans le secteur hospitalier français, le délai moyen était de 50 jours. C'est plus que les Nordiques mais bien moins qu'en Italie ou en Grèce. En tout cas, on était au-dessus de la limite prévue. D'où ce lobbying. Finalement, la Commission n'a pas voulu d'exception mais grâce la rapporteure allemande au Parlement européen, on a obtenu une dérogation avec une limite fixée à 60 jours.* » Après transposition, ce délai maximal a été réduit à 50 jours en France... soit l'équivalent du délai moyen de facto qui caractérisait les établissements de santé français jusqu'alors.

⁴⁰ Directive 2011/7/UE du Parlement européen et du Conseil du 16 février 2011 concernant la lutte contre le retard de paiement dans les transactions commerciales.

Au-delà des organisations européennes représentatives des fédérations nationales telles que HOPE, se développent des structures plus souples et animées directement par des établissements : l'European University Hospital Alliance (EUHA)⁴¹ en est un bon exemple. Fondée en 2017 par neuf hôpitaux universitaires européens (dans les villes de Paris, Barcelone, Berlin, Leuven, Londres, Milan, Rotterdam, Stockholm et Vienne), l'idée était, selon le directeur général adjoint d'un des hôpitaux membres, d'« *accélérer leur coopération et de partager les bonnes pratiques dans les domaines du soin, de la recherche et de l'innovation. L'objectif est aussi de multiplier – pour leurs chercheurs, médecins et autres professionnels – les opportunités de travailler ensemble sur des projets européens, et dans un futur proche, d'acquérir de l'expérience dans d'autres hôpitaux universitaires européens* ». Le DGA assume d'ailleurs pleinement la position d'influenceur de l'UEHA au plus près de la commission européenne de Bruxelles, en particulier sur les partenariats Research Network autour des maladies rares qui nécessite un portage et un soutien européen fort au bénéfice de missions de santé publique partagées. Il est à noter, qu'au plus fort de la crise sanitaire liée au Covid-19, cette alliance⁴² a publié un appel à l'aide à leurs gouvernements respectifs en cosignant une lettre pour faire valoir leur intérêt commun lié au risque de pénuries de médicaments.

Conclusion

La différence culturelle en matière de lobbying entre les secteurs public et privé est souvent exposée de la manière suivante : d'un côté un service public qui œuvrerait pour l'intérêt général, et de l'autre, les actionnaires du privé, qui tenteraient de mettre en avant leurs intérêts économiques particuliers.

En réalité, le lobbying permet, par définition, de servir des objectifs particuliers. Les acteurs du privé ont une culture des réseaux et du lobbying plus grande et surtout plus assumée que les acteurs du public. Or, dans les faits, si les moyens peuvent différer, les buts des « lobbyistes » sont similaires : obtenir des décisions favorables de la part des pouvoirs publics afin que le ou les établissements soient en mesure d'asseoir leur politique institutionnelle et de mettre en œuvre leurs différents projets en bénéficiant de moyens financiers, matériels, humains etc. Selon David Bracq, un ancien lobbyiste⁴³ avec qui nous

⁴¹ Site internet de l'European University Hospital Alliance.

⁴² Hecketsweiler C., « Médicaments : neuf grands hôpitaux européens lancent un appel à l'aide », *Le Monde*, 31 mars 2020.

⁴³ Auteur d'un podcast de l'Institut supérieur de préparation aux grandes écoles, "Faut-il interdire le lobbying ?".

avons échangé : « *Il faut donc identifier les personnes ayant une capacité d'action sur un sujet donné, la rencontrer et essayer de la convaincre. Il s'agit aussi de se faire reconnaître comme partenaire légitime.* » Pour cela, des stratégies sont développées à plusieurs niveaux, du premier échelon territorial jusqu'aux instances nationales mais également par l'intermédiaire de professionnels de la stratégie tels que des cabinets spécialisés.

Les « cinq idéaux-types de répertoires d'action » des groupes d'intérêt identifiés par Grossman et Saurrigger peuvent ainsi être illustrés concrètement à travers l'action des établissements et de leurs représentants : la préparation des PLFSS témoigne de la place faite à négociation et à la consultation ; l'association des conférences nationales et des fédérations représentatives des établissements aux travaux de la HAS exemplifie le recours à l'expertise ; les actions conduites par certains élus en faveur du maintien d'un service dans un centre hospitalier peuvent relever de la protestation ; les tensions relatives aux aides d'Etat ou à la convergence tarifaire fournissent un exemple de juridicisation ; et les prises positions lors du Ségur illustrent la politisation. Ces exemples témoignent, par ailleurs, de la multitude de ce que nous avons appelé les « vecteurs » ou « canaux » de lobbying mobilisés par les établissements : fédérations et associations représentatives (FHF, FHP, FEHAP, UNAPEI...), conférences nationales, relations avec les élus locaux, etc.

Pour que ces stratégies d'influence fonctionnent efficacement, il est nécessaire que le lobbying soit davantage assumé par les établissements, notamment publics. La conduite de stratégies de groupe présente également un réel intérêt. Ce dernier point a vocation à se renforcer dans le secteur sanitaire public grâce au caractère obligatoire des groupements hospitaliers de territoire.

Bibliographie

Ouvrages :

Aubert J-M., *Les établissements de santé - édition 2019*. Panoramas de la DREES, 2019, 196 p.

Courty G., *Le lobbying en France. Invention et normalisation d'une pratique politique*, 2018.

De Tocqueville A., *De la Démocratie en Amérique*. Tome II, 1840.

Faure O. et Dessertine D., *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*, Presses universitaires de Rennes, collection « Histoire », 2012, 281 p.

Grossman E. et Saurugger S., *Les groupes d'intérêt. Action collective et stratégies de représentation*. Armand Colin. Collection U, 2012, 296 p.

Stiker H-J., *Les métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours : Soi-même, avec les autres*, PUG, 2009, 264 p.

Tilly C., *La France conteste. De 1600 à nos jours*, Paris, Fayard. 1986.

Articles spécialisés :

Baudot P-Y et Revillard A., « Handicap et sciences politiques », 2014.

Cette contribution est initialement parue sous le titre "Les savoirs de la science politique", Charles Gardou (dir.), 2014, Handicap, une encyclopédie des savoirs, Toulouse : Erès/Connaissances de la diversité, p.385-397.

URL : <https://annerevillard.files.wordpress.com/2016/01/audotrevillard-2014-handicap-et-science-politique.pdf>

Gérard V., « DGOS/FHF : où est le pouvoir ? », *Les Tribunes de la santé*, 2016/3 (n° 52), p. 75.

Polard J., « Aspects de la politique d'influence de la Silver économie », *Les cahiers psychologie politique*, numéro 36, janvier 2020.

URL: <http://odel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=3969>

Watremetz L., « L'avenir des Ehpad ne se fera pas sans une augmentation des effectifs », *Hospimedia*, 8 juillet 2020.

N.N, « Gérard Miaut élu président de la conférence nationale des directeurs d'EHPAD », *APM News*, 22 octobre 2008.

Textes juridiques :

Code de l'action sociale et des familles.

Code de la santé publique.

Directive 2011/7/UE du Parlement européen et du Conseil du 16 février 2011 concernant la lutte contre le retard de paiement dans les transactions commerciales.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

Documents institutionnels :

CNSA, « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2018 », juin 2018.

Conseil économique social et environnement, Délégation à la prospective et à l'évaluation des politiques publiques, rapporteure : Gratacos M., « Réfléchir ensemble à la démocratie de demain », 23 avril 2013, p.44.

URL : <https://www.lecese.fr/travaux-publies/reflechir-ensemble-la-democratie-de-demain>

Articles de presse :

Hecketsweiler C., « Médicaments : neuf grands hôpitaux européens lancent un appel à l'aide », *Le Monde*, 31 mars 2020

URL : https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/31/medicaments-neuf-grands-hopitaux-europeens-lancent-un-appel-a-l-aide_6035030_3244.html

Sites internet :

European University Hospital Alliance

URL : <http://www.euhalliance.eu> [site consulté le 15 juin 2020]

France culture :

« Covid-19 : le "Big Pharma" fait-il main basse sur les remèdes ? »

URL : <https://www.franceculture.fr/sciences/covid-19-le-big-pharma-fait-il-main-basse-sur-les-remedes> [site consulté le 15 juin 2020]

France Inter ;

« La " Valeur en Santé ", concept-clé (et flou) de la stratégie d'influence de Medtronic »

URL : <https://www.franceinter.fr/economie/la-valeur-en-sante-concept-cle-et-flou-de-la-strategie-d-influence-de-medtronic> [site consulté le 15 juin 2020]

« Des lobbies dans l'ombre du pouvoir »

URL : <https://www.franceinter.fr/emissions/secrets-d-info/secrets-d-info-02-juin-2018> [site consulté le 15 juin 2020]

FHF

URL : <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/SEGUR-DE-LA-SANTE-La-Federation-Hospitaliere-de-France-presente-ses-propositions-pour-la-refondation-du-systeme-de-sante> [site consulté le 20 juin 2020]

Haute autorité pour la transparence de la vie publique :

URL : https://www.hatvp.fr/fiche-organisation/?organisation=447800475&fbclid=IwAR2r4i5PO7INhkYzXnooV_LaG_NMFKaGLLga4I3Ufgtm9Z4u4ZLRQ8_uzpk## [site consulté le 17 juin 2020]

Ministère de l'économie et des finances :

URL : <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/silver-economie-definition> [site consulté le 13 juin 2020]

UNIOPSS :

URL : <https://www.uniopss.asso.fr/content/adherents> [site consulté le 26 juin 2020].

Vie Publique :

URL : <https://www.vie-publique.fr> [site consulté le 15 mai 2020]

MIP	Groupe 14	2020
<h2>Les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent-ils faire du lobbying ?</h2>		
<p>Résumé :</p> <p>Le lobbying pratiqué par les acteurs privés dans le domaine de la santé et, plus particulièrement au sein des établissements de santé, est de mieux en mieux documenté. Les récentes enquêtes sur l'entreprise <i>Medtronic</i> ou les lobbys de l'homéopathie en témoignent. En revanche, les travaux s'intéressant au lobbying exercé par les établissements de santé eux-mêmes sont rares. En effet, les hôpitaux et les structures médico-sociales sont traditionnellement considérés comme des cibles plutôt que comme des acteurs de lobbying. Pourtant, eux aussi mènent des actions d'influence auprès des décideurs locaux, nationaux et européens.</p> <p>Ce mémoire met ainsi en lumière la diversité des « canaux » de lobbying utilisés par les établissements sanitaires et médico-sociaux. Certes, les actions menées par les fédérations représentatives des établissements constituent la partie la plus visible du phénomène. Cependant, d'autres « vecteurs » de lobbying sont mobilisés par les établissements. Les Conférences nationales, à l'instar de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU, l'illustrent. Par ailleurs, l'action des fédérations est dupliquée au niveau européen par des organisations représentatives telles que l'<i>European Hospital and Healthcare Federation</i> (HOPE).</p> <p>A côté de ce lobbying stricto sensu - exercé notamment auprès du Ministère des solidarités et de la santé, des ARS, de la HAS, des parlementaires et du législateur européen - les établissements déploient des « démarches d'influence » à l'échelle territoriale dont les principaux « canaux » sont les relations entretenues avec les autorités locales (élus locaux et membres du corps préfectoral), les réseaux associatifs et universitaires, les médias et les milieux économiques. Une bonne insertion dans le tissu local peut, effectivement, permettre de faciliter certains projets : par l'accélération de procédures administratives auprès de l'ARS, par l'obtention de financements ou encore par la création de partenariats.</p>		
<p>Mots clés : lobbying - stratégie - communication – influence – direction – gouvernance – politique – fédérations</p>		
<p><i>L'École 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.</i></p>		