



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **Octobre 2021**

**Définir et mettre en œuvre une
stratégie de mécénat au sein d'un
établissement public de santé**

Vadémécum

Gaëtan ASSIÉ

Remerciements

Je remercie tout d'abord Philippe Banyols et l'ensemble de l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Béziers, notamment Carole Gleyzes, maître de stage, pour leur accueil et les conseils prodigués tout au long de cette période d'apprentissage.

Merci à Guy Ladeux, Mathieu Monier, Mathieu Martinez et François-Xavier Volle, pour votre compagnonnage et votre bienveillance, des valeurs que je m'emploierai à mettre en œuvre dans le cadre de mes futures fonctions.

Merci à Claire Gatecel, Présidente de la Commission Médicale d'Établissement, pour son accueil et sa disponibilité, mais également à l'ensemble des praticiens rencontrés au cours de ce stage. Les nombreuses cellules de crise organisées en lien avec la situation sanitaire m'auront par ailleurs permis d'en apprendre beaucoup sur le fonctionnement de l'hôpital ainsi que sur les organisations médico-soignantes.

Merci aux cadres, pour leur précieuse collaboration, et tout particulièrement à Aude Bauduin, Fabienne Casse et Carole Gandon.

Merci à l'ensemble des professionnels rencontrés au Centre Hospitalier de Béziers. Ils ont contribué à développer ma connaissance des organisations hospitalières.

A toutes les personnes interrogées dans le cadre de ce travail, un grand merci pour votre accueil, votre disponibilité et la qualité de nos échanges qui ont assurément nourri ma réflexion.

Merci à Karine Gallopel-Morvan, Professeure des Universités à l'EHESP, pour son accompagnement et ses conseils durant toute ma réflexion sur ce travail.

Merci à l'équipe du pôle préparation aux concours de l'EHESP, là où tout a commencé, pour son accompagnement, et pour les belles rencontres permises par cette période.

A Mireille Kessler, la première Directrice avec laquelle j'ai eu le plaisir de travailler sur mes précédentes missions, pour sa relecture minutieuse de ce travail. Elle restera un modèle inspirant de mise en œuvre des valeurs que je souhaite porter dans mes futures fonctions.

Et enfin,

A Valérie,

A Emmanuelle,

Votre départ aura, à titre personnel ou professionnel, marqué cette période de formation.

Ce travail vous rend hommage.

Sommaire

Introduction	1
1 État des lieux des différentes formes de soutien aux établissements publics de santé et des modalités de mise en œuvre d'une politique de mécénat	4
1.1 Si le don est toujours aussi important, les intérêts qui le motivent et sa place dans les établissements publics de santé évoluent	4
1.1.1 Des dons toujours aussi dynamiques.....	4
1.1.1.1 Le mécénat d'entreprise	4
1.1.1.2 Une mobilisation exceptionnelle des Français en lien avec la crise sanitaire	4
1.1.2 Si les motivations qui aboutissent au don sont nombreuses, la recherche d'une rencontre humaine au service de l'intérêt général est plébiscitée	5
1.1.3 Les établissements publics de santé ont historiquement développé leur patrimoine grâce au don	7
1.2 L'évolution des textes législatifs et réglementaires favorise le développement du mécénat.....	8
1.2.1 Les évolutions législatives et réglementaires depuis la loi de 1987	8
1.2.2 Tombé en désuétude avec le développement du service public hospitalier, le mécénat retrouve progressivement une place au sein des établissements publics de santé	9
1.3 Les modalités de soutien des établissements publics de santé sont multiples et suivent en parallèle le mouvement de digitalisation	10
1.3.1 Les formes classiques du mécénat constituent la principale composante d'une stratégie de mécénat	11
1.3.1.1 Le mécénat financier	11
1.3.1.2 Le mécénat de compétences.....	11
1.3.1.3 Le mécénat en nature.....	12
1.3.2 Le parrainage se distingue du mécénat de par les objectifs poursuivis	12
1.3.3 Les libéralités constituent une autre forme de soutien à développer dans un deuxième temps.....	12
1.3.3.1 La donation entre vifs	13

1.3.3.2	Le legs	14
1.3.3.3	L'assurance-vie	14
1.3.4	Les autres dispositifs de soutien traduisent une professionnalisation des politiques de mécénat ou répondent à une volonté de digitalisation du don.....	15
1.3.4.1	Les techniques de marketing direct	15
1.3.4.2	Le financement participatif, ou <i>crowdfunding</i>	15
1.3.4.3	La collecte <i>peer to peer</i> (P2P)	15
1.3.4.4	Les sources de financement numériques	16
1.4	Au-delà des avantages fiscaux, les donateurs peuvent mettre en œuvre leur RSE au travers du mécénat tout en associant leur image à une cause d'intérêt général.....	17
1.4.1	Les avantages fiscaux peuvent constituer un élément facilitant le don sans en être pour autant la principale motivation	17
1.4.2	Le mécénat constitue un outil de mise en œuvre de la RSE des entreprises	19
1.4.3	Les mécènes peuvent bénéficier de contreparties, notamment la valorisation de leur image à travers leur association à un projet d'intérêt général.....	20
1.5	Les établissements publics de santé peuvent mettre en œuvre leur stratégie de mécénat en régie directe ou au travers de structures juridiques <i>ad hoc</i>	22
1.5.1	La gestion en régie directe, une modalité naturelle de mise en œuvre d'une politique de mécénat non dénuée d'inconvénients	22
1.5.2	Les fondations.....	22
1.5.2.1	La fondation reconnue d'utilité publique présente des atouts indéniables mais nécessite des moyens conséquents dès sa création.....	22
1.5.2.2	La fondation abritée doit disposer d'un objet social compatible avec la fondation abritante tout en y étant fortement dépendante	23
1.5.2.3	La fondation de coopération scientifique ne peut être mise en œuvre qu'au travers d'un partenariat universitaire	23
1.5.2.4	La fondation hospitalière a un objet social trop réduit pour emporter l'adhésion des établissements publics de santé.....	24
1.5.2.5	L'association régie par la loi du 1 ^{er} juillet 1901, malgré sa souplesse, ne permet pas de bénéficier de certaines formes de soutien	24
1.5.2.6	Le fonds de dotation constitue le principal outil juridique retenu par les établissements pour mettre en œuvre une politique de mécénat.....	25
2	Méthodologie de définition et de mise en œuvre d'une stratégie de mécénat.....	27

2.1	Analyser le territoire et ses caractéristiques en lien avec les objectifs institutionnels et les possibilités de mutualisation à l'échelle du GHT à l'aide d'une matrice SWOT	27
2.2	Choisir un outil et définir ses modalités de fonctionnement pour déployer la stratégie de mécénat	29
2.2.1	Le choix d'une structure juridique <i>ad hoc</i> : le fonds de dotation.....	29
2.2.2	Recourir au fonds de dotation nécessite la mise en place d'une gouvernance dédiée	31
2.2.2.1	Constituer un conseil d'administration est obligatoire sur le principe mais sa composition et son organisation restent souples.....	31
2.2.2.2	Quelle que soit la structure juridique de déploiement du mécénat, la mise en place d'une instance de concertation peut s'avérer pertinente	32
2.3	Définir des objectifs institutionnels pour la recherche de fonds.....	33
2.3.1	Au-delà de la définition de l'objet social, le mécénat permet de contribuer à ouvrir l'hôpital sur l'extérieur en développant les liens avec les acteurs du territoire	33
2.3.2	Définir la typologie des projets finançables par le mécénat	35
2.3.3	Arbitrer quant à l'émergence des projets à soutenir : une revue de projets ou des appels à projets auprès de la communauté hospitalière ?.....	36
2.3.4	Déterminer les modalités de choix des projets à soutenir et la répartition des dons	37
2.4	Mener une réflexion quant aux aspects éthiques liés à l'entrée du mécénat à l'hôpital et aux moyens de se prémunir des risques de conflits d'intérêts.....	38
2.4.1	S'assurer du concours du Délégué à la Protection des Données et du référent déontologue demeure fondamental dans la définition et la mise en œuvre de la stratégie de mécénat	38
2.4.2	Être vigilant à l'égard des avantages susceptibles d'être proposés aux fonctionnaires et agents publics par les industriels et pour lesquels ils doivent être sensibilisés.....	40
2.4.3	Anticiper et prévenir les freins potentiels à la réussite de la politique de mécénat liés aux aspects éthiques.....	41
2.4.3.1	Les freins liés à la potentielle réticence du personnel	41
2.4.3.2	Les freins liés à l'origine des fonds ou à la sollicitation de contreparties inopportunes.....	42

2.4.3.3	Se prémunir de ces freins par la mise en place de chartes et d'un comité éthique qui constituent des leviers pertinents pour assurer le respect des principes déontologiques et des valeurs de l'établissement	43
2.5	Mettre en place une stratégie de recherche de fonds pour répondre aux objectifs	44
2.5.1	Adapter la stratégie de sollicitation à chaque cible	44
2.5.1.1	Concernant les entreprises	45
2.5.1.2	Concernant les grands donateurs	46
2.5.1.3	Concernant le grand public	46
2.5.1.4	Concernant la patientèle	47
2.5.1.5	Les personnels de l'établissement peuvent quant à eux être approchés dans le cadre d'une recherche de fonds mais constituent avant tout des ambassadeurs du mécénat	47
2.5.2	Estimer la pertinence de se faire accompagner par un cabinet de conseil spécialisé en <i>fundraising</i>	48
2.5.3	Envisager le recrutement d'un profil spécialisé, éventuellement à l'échelle du territoire, comme un gage de réussite de la stratégie de recherche de fonds	48
2.6	Définir une stratégie de communication et structurer les outils du mécénat	50
2.6.1	S'assurer d'une visibilité Web et sur les réseaux sociaux	50
2.6.2	Structurer les outils du mécénat	51
2.6.2.1	Les supports de communication, reflet de la politique de mécénat	51
2.6.2.2	La convention de mécénat : outil de cadrage des engagements de chacune des parties.....	52
2.6.2.3	La possibilité de mettre en place un programme de reconnaissance....	53
2.7	Organiser le <i>back office</i> et professionnaliser la gestion des dons constituent un facteur d'efficacité tout en contribuant à la confiance des mécènes.....	54
2.7.1	Définir un interlocuteur dédié facilite la prise de contact par les mécènes	54
2.7.2	Constituer et suivre un fichier donateurs est un élément indispensable pour la pérennisation de la politique de mécénat.....	54
2.7.3	Structurer la gestion des dons constitue un gage d'efficacité et de sécurité juridique.....	55
2.7.3.1	Une vigilance à avoir quant à la gestion des dons financiers	55

2.7.3.2	La possibilité de solliciter un rescrit fiscal pour sécuriser la délivrance des reçus fiscaux	56
2.7.4	Envisager l'obtention du label « Don en confiance » comme gage de qualité de la gestion de la politique de mécénat.....	56
	Conclusion	57
	Bibliographie	59
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFF	Association Française des <i>Fundraisers</i>
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
APIE	Agence du Patrimoine Immatériel de l'État
ASHB	Actions Solidarité de l'Hôpital de Béziers
BOFIP	Bulletin Officiel des Finances Publiques
C.civ.	Code civil
CAC	Commissaire Aux Comptes
Cass.	Cour de cassation
CE	Conseil d'État
CGI	Code Général des Impôts
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
Civ.	Chambre civile
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CRM	<i>Customer Relationship Management</i>
CSP	Code de la Santé Publique
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
DPD	Délégué à la Protection des Données
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ESSEC	École Supérieure des Sciences Économiques et Commerciales
ESUS	Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale
GHBS	Groupe Hospitalier Bretagne Sud
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GHU	Groupe Hospitalier Universitaire
GRC	Gestion de la Relation Client
HPST (loi)	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HUS	Hôpitaux Universitaires de Stasbourg
IFI	Impôt sur la Fortune Immobilière
IFOP	Institut Français d'Opinion Publique
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
JCP N	La Semaine Juridique, édition notariale et immobilière
JOAFE	Journal Officiel des Associations et Fondations d'Entreprises
JORF	Journal Officiel de la République Française

JOUE	Journal Officiel de l'Union Européenne
LPF	Livre des Procédures Fiscales
OBNL	Organisation à But Non Lucratif
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PACTE (loi)	Plan d'Action pour la Croissance et la Transformation des Entreprises
PME	Petite ou Moyenne Entreprise
QVT	Qualité de Vie au Travail
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RSE	Responsabilité Sociétale des Entreprises

Introduction

« *Le positionnement des établissements publics de santé dans le champ du mécénat privé est désormais un fait établi. La question posée n'est donc plus de savoir si ces établissements doivent ou non avoir une démarche de mécénat, mais plutôt de savoir comment construire cette démarche* »¹.

Si dès 2015, Laurent BUTSTRAEN invitait les établissements publics de santé à réenchanter le mécénat, le contexte y est aujourd'hui d'autant plus favorable à l'aune de la crise sanitaire que nous traversons.

En effet, les Français ont fait preuve d'une grande générosité avec une hausse de 13,7% des dons entre 2019 et 2020². Les entreprises ont quant à elles adapté leur stratégie de dons ; selon Admical, les trois secteurs les plus soutenus durant la crise sanitaire ont été liés à l'aide d'urgence aux populations vulnérables (67%), le soutien scolaire et la lutte contre le décrochage scolaire (47%), et l'aide aux établissements de santé (40%). D'ordinaire, le social, la culture et l'éducation constituent les trois secteurs les plus soutenus par les entreprises.

Si dans une étude consacrée aux impacts du Covid-19 sur le mécénat, Admical indique que « *les domaines du social et de la santé, très fortement liés à la crise sanitaire, vont certainement bénéficier de plus de fonds et recevront le soutien de plus de mécènes* »³, Yaële AFERIAT, Directrice de l'Association Française des *Fundraisers* (AFF), considère quant à elle que « *la santé, et plus particulièrement le secteur hospitalier, va clairement émerger comme une cause* »⁴. 41% des entreprises déclarent en effet réfléchir à faire évoluer leurs domaines d'intervention, 7% ont déjà pris cette décision⁵.

Cette générosité, aussi bien des entreprises que des particuliers s'exprime à travers le mécénat, dont la législation n'a pas fixé de définition. S'il en existe par conséquent de multiples définitions, celle de l'arrêté du 6 janvier 1989⁶ fait référence. Celui-ci dispose que le mécénat constitue un « *soutien matériel et financier apporté sans contrepartie directe ou indirecte de la part du bénéficiaire à une œuvre ou à une personne morale pour l'exercice d'activités présentant un intérêt général* ».

Si l'origine du mécénat remonte à l'Antiquité, en lien avec *Caïus Maecenas*, un proche conseiller de l'Empereur Auguste, il faudra attendre la Renaissance pour que le

¹ Laurent BUTSTRAEN, « *Le mécénat en établissement public de santé* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.297.

² France générosités, « *Une générosité exceptionnelle des Français en 2020 face à la crise* », en ligne.

³ Admical, « *Étude Covid-19 : premiers impacts sur l'engagement des mécènes* », en ligne.

⁴ Pia HÉMERY, « *Les dons en numéraire affluent en soutien aux patients Covid-19 et aux soignants* », dépêche HOSPIMEDIA, 2 avril 2020, en ligne.

⁵ Admical, *op. cit.*, p.1.

⁶ Arrêté du 6 janvier 1989 relatif à la terminologie économique et financière, JORF du 31 janvier 1989.

mécénat se développe et occupe une place centrale dans la société, et plus encore la loi du 23 juillet 1987⁷ pour que le législateur lui fixe un cadre juridique.

Dans le champ hospitalier, si l'hôpital était historiquement financé par les dons et legs, cette pratique s'est peu à peu effacée pour laisser place aux financements publics, en lien avec la création du service public hospitalier et la création de la Sécurité sociale.

Excepté quelques Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) ou assimilés, à l'image de l'Hôpital Foch ou de l'Hôpital américain de Paris, les établissements de santé recourent peu à la collecte de fonds, « *laissant cette activité marketing, aux bons soins des nombreuses associations spécifiquement créées pour collecter des fonds pour la recherche et la santé, l'usage étant qu'ensuite hôpitaux et centres de recherche postulent aux différents appels d'offres thématiques de ces associations collectrices* »⁸.

Or, aussi bien les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), l'Institut Gustave Roussy notamment, que les établissements publics de santé, se saisissent de cette possibilité qui leur est offerte, à l'image de l'Hôpital Necker qui a créé, dès 2012, une direction fonctionnelle dédiée au mécénat, ou du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, au travers de la création du fonds Nominoë en 2014. De nombreux autres établissements ont mené des réflexions et des études de faisabilité avant de lancer le projet, à la faveur de la crise sanitaire. C'est le cas du Centre hospitalier de Béziers, au sein duquel j'ai effectué mon stage de direction.

En effet, pour les établissements publics de santé, le mécénat constitue « *une opportunité pour diversifier leurs ressources propres et dégager des marges de manœuvre pour le financement de leurs projets* »⁹. L'article L6141-2-1 du Code de la Santé Publique (CSP) dispose à ce titre que « *les ressources des établissements publics de santé peuvent comprendre : (...) les libéralités, dons, legs et leurs revenus* ».

Par conséquent, si la finalité des projets peut différer d'un établissement à l'autre – certains vont s'orienter plutôt sur l'innovation en santé, d'autres sur les conditions de prise en charge des patients ou la Qualité de Vie au Travail (QVT) – les enjeux restent néanmoins similaires : diversification des sources de financement, mise en œuvre de projets pour lesquels les financements publics auraient été insuffisants, attractivité et visibilité de l'établissement mais aussi renforcement des liens avec le territoire et ses acteurs.

Pour ce faire, les établissements publics de santé disposent de plusieurs vecteurs juridiques, susceptibles de leur permettre de lever des fonds. Ils peuvent en effet le faire en gestion en régie directe, ou par le biais d'une structure *ad hoc* dédiée, à l'image d'un fonds de dotation ou d'une fondation, chacune de ces possibilités présentant des avantages et

⁷ Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, JORF du 24 juillet 1987.

⁸ Emmanuelle LE ROY, Les établissements de santé à l'heure du *fundraising*. In : Béatrice FERMON, Philippe GRANDJEAN, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Dunod, Paris, 2015, p.295.

⁹ Vincent BITKER, « *Le mécénat hospitalier, une opportunité à saisir. L'exemple de l'hôpital Necker-Enfants malades et du GHU APHP Centre* », n°596, mai 2020, p.296.

des inconvénients. Tout comme la définition d'une stratégie de mise en œuvre d'une politique de mécénat, il s'agit ici d'un choix institutionnel, à envisager au regard du territoire, des enjeux institutionnels propres à l'établissement ainsi que des objectifs poursuivis.

En effet, « *le mécénat est une démarche exigeante qui engage l'entité publique, qui doit être pensée en cohérence avec ses missions et expliquée en interne pour susciter l'adhésion* »¹⁰.

Alors que de nombreux établissements, et particulièrement les CHU, ont d'ores et déjà mis en place une démarche de mécénat, d'autres ont saisi l'opportunité créée par la crise COVID pour se lancer. Néanmoins, le processus peut s'avérer complexe pour les établissements qui ne disposent pas de compétences spécialisées en la matière, et particulièrement les Centres hospitaliers. Au-delà de la détermination de choix stratégiques, le mécénat nécessite du temps et un investissement certain : « *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* »¹¹.

Dans ce contexte, on peut s'interroger quant au développement du mécénat dans les établissements publics de santé, et plus particulièrement sur la définition d'une stratégie de mécénat ainsi que sur sa mise en œuvre.

A l'aune de la méthodologie décrite *infra* (annexe n°1), le présent mémoire a pour objectif de dresser un état des lieux des formes de soutien aux établissements publics de santé et des modalités de mise en œuvre d'une politique de mécénat (1.), mais aussi et surtout, d'apporter des pistes de réflexion quant à l'élaboration d'une stratégie de mécénat et sa mise en œuvre opérationnelle, tout en identifiant des facteurs de réussite et les points de vigilance les plus importants (2.).

¹⁰ Agence du Patrimoine Immatériel de l'Etat (APIE), « *Mettre en place une stratégie de mécénat : des objectifs à la mise en œuvre* », Cahier pratique, sept. 2017, p.3, en ligne.

¹¹ Éric HEYRMAN, « *Fonds de dotation et politique de mécénat des établissements publics de santé* », mémoire de l'EHESP, oct. 2018, p.2.

1 État des lieux des différentes formes de soutien aux établissements publics de santé et des modalités de mise en œuvre d'une politique de mécénat

1.1 Si le don est toujours aussi important, les intérêts qui le motivent et sa place dans les établissements publics de santé évoluent

1.1.1 Des dons toujours aussi dynamiques

1.1.1.1 Le mécénat d'entreprise

Selon les estimations d'Admical, 9% des entreprises françaises développeraient une politique de mécénat, pour un montant compris entre 3 et 3,6 milliards d'euros. Les chiffres issus de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) sont en deçà de ces estimations dans la mesure où toutes les entreprises mécènes ne déclarent pas systématiquement l'ensemble de leurs dons. Néanmoins, ils révèlent une tendance structurelle au développement du mécénat depuis une dizaine d'années, avec 96.000 entreprises mécènes en 2018 contre 28.000 en 2010¹².

En pratique, et à l'image des établissements de santé qui mettent en œuvre une stratégie de mécénat, les entreprises ont la possibilité de développer une politique de mécénat en propre (52%), ou au travers d'une structure *ad hoc* (33%)¹³. Des appels à projet sont donc susceptibles d'être diffusés par l'entreprise elle-même et/ou sa structure dédiée.

L'objet social ainsi que les domaines prioritaires d'actions des entreprises mécènes pourront être utilement confrontés à ceux de l'établissement public de santé de manière à prioriser les entreprises dont les sensibilités sont proches. Une démarche similaire peut être initiée concernant les fondations et associations collectrices.

Le déploiement d'une politique de mécénat n'est pas l'apanage des grandes entreprises ou de leurs structures dédiées, les Petites et Moyennes Entreprises (PME) représentent en effet 64% des entreprises mécènes en volume, et 18% du montant des dons¹⁴. Ces éléments sont à prendre en compte lors de l'étude du territoire et des acteurs économiques en présence, susceptibles d'apporter un soutien à l'établissement.

1.1.1.2 Une mobilisation exceptionnelle des Français en lien avec la crise sanitaire

Les dons des personnes physiques représentent environ 1,5 milliard d'euros en 2020 selon l'administration fiscale¹⁵. En nombre, ils ont augmenté de 13,7% par rapport à

¹² Admical, IFOP, « *Le mécénat d'entreprise en France* », nov. 2020, en ligne.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Ministère de l'économie, des finances et de la relance Annexe au Projet de Loi de Finances pour 2020, Évaluation des voies et moyens, tomes II, « *Les dépenses fiscales* », p.43, en ligne.

2019 – +5,1% pour les dons par prélèvement automatique et +19,6% pour les dons ponctuels –. Si la dynamique de hausse des dons est structurelle depuis une dizaine d’années, cette forte augmentation est liée, à l’image des entreprises mécènes, à la volonté des Français de se mobiliser pour répondre aux besoins nés de la crise sanitaire¹⁶.

En nombre de dons, près de la moitié d’entre eux sont inférieurs à 150 euros, un quart sont compris entre 150 et 300€. En volume, le montant moyen du don est plus élevé lorsqu’il est effectué par prélèvement automatique (149€ annuel) qu’en ligne (126€) ou par courrier/téléphone (80€)¹⁷.

En termes de modalités, il est à noter une digitalisation des dons avec une progression de 50% depuis trois ans pour les dons ponctuels en ligne, qui représentent aujourd’hui 26% du montant des dons des personnes physiques¹⁸. Cette dynamique est à prendre en compte dans la définition de la stratégie de mécénat à l’égard du grand public dans la mesure où 40% des moins de 35 ans déclarent avoir participé à une cagnotte en ligne au cours des 12 derniers mois¹⁹. Les autres modalités de collecte se développent également, comme l’arrondi ou le *crowdfunding*.

1.1.2 Si les motivations qui aboutissent au don sont nombreuses, la recherche d’une rencontre humaine au service de l’intérêt général est plébiscitée

La générosité croissante dont font preuve aussi bien les entreprises mécènes que le grand public répond à diverses motivations. Si le mécénat est un don, celui-ci est avant tout un acte désintéressé. Il suppose une intention libérale, se traduisant par la volonté de transmettre à titre gratuit, de donner, et cela sans contrepartie.

Or, la complexité du concept de don se traduit à travers les débats philosophiques qui l’entourent. Jacques DERRIDA considérerait par exemple que « *pour qu’il y ait don, il faut qu’il n’y ait pas de réciprocité, de retour, d’échange, de contre-don ni de dette* »²⁰, c’est-à-dire une transmission à titre gratuit, sans contrepartie. Ce point de vue *a priori* consensuel a néanmoins été contrecarré par Pierre BOURDIEU, qui considère la nécessaire prise en compte d’une « *double vérité du don* ». Selon l’auteur, « *la sociologie postule que les agents sociaux n’accomplissent pas des actes gratuits* »²¹. Il poursuit en indiquant que « *toutes les actions apparemment désintéressées cacheront des intentions de maximiser une forme quelconque de profit* »²². Ces points de vue trouveront sans nul doute un écho au sein des établissements publics de santé qui souhaiteraient se lancer

¹⁶ France générosités, « Baromètre de la générosité 2020 », mai 2021, en ligne.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ France générosités, *op. cit.*, p.1.

¹⁹ IFOP, Agence LIMITE, « *Les millennials en (première) ligne !* », Baromètre e-donateurs des usages numériques de dons, 7^{ème} édition, avril 2020, en ligne.

²⁰ Jacques DERRIDA, *Donner le temps. 1. La fausse monnaie*. Paris, Galilée, 1991, p.24.

²¹ Pierre BOURDIEU, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l’action*, Paris : Seuil, 1994, p.150.

²² *Ibid.*, p.161.

dans une démarche de mécénat et renvoient à la réflexion éthique qui doit accompagner, sinon guider toute stratégie de mécénat, *v. infra*.

Parmi les motivations des entreprises mécènes, il s'agit majoritairement de contribuer à l'intérêt général, d'incarner les valeurs de l'entreprise, mais également de soutenir l'innovation sociale. Pour ce qui concerne les grandes entreprises, des enjeux liés la cohésion de l'entreprise pour fédérer et fidéliser leur personnel, mais également en termes d'ancrage sur le territoire sont à relever. Elles considèrent ces deux enjeux comme étant très importants – à hauteur, respectivement, de 86 et 100% –²³.

Dès lors, ces motivations s'expriment via le soutien de différents secteurs. Les entreprises les plus investies dans le mécénat appartiennent au secteur du commerce, elles contribuent à hauteur de 42% dans le budget du mécénat. Viennent ensuite les secteurs de l'industrie, de la finance et des assurances. En volume de dons, les causes les plus soutenues sont le social (22%) et la culture (18%), puis l'éducation (15%), le sport (15%) et la santé (14%). En termes de parts d'entreprises mécènes engagées, celles-ci privilégient majoritairement le sport (56% des entreprises mécènes), puis la culture (26%), la santé (25%) et le social (22%). La recherche scientifique figure parmi les domaines les moins soutenus des entreprises mécènes, avec 11% d'entre elles qui la soutiennent, à hauteur de 3% du volume des dons²⁴.

Comme déjà évoqué – *v. supra* –, durant la crise COVID-19, les causes les plus soutenues ont été bouleversées : l'accompagnement des populations vulnérables, le soutien scolaire, la lutte contre le décrochage scolaire et l'aide aux hôpitaux et aux autres établissements de santé sont actuellement priorisées.

Les domaines d'engagement des entreprises mécènes sont corrélés à leur taille : pour les PME, le choix est majoritairement réalisé par son dirigeant, en fonction de ses engagements personnels ; pour les grandes entreprises, ils sont plutôt liés aux valeurs qu'elles souhaitent porter et à leur compatibilité²⁵.

Par ailleurs, concernant le grand public, deux motivations principales sont à relever : le désir de réciprocité par rapport à une structure qui a aidé le donateur ou en lien avec une cause qui le touche, d'une part, en réaction à une émotion forte, qu'elle soit positive ou négative, d'autre part. Les plus jeunes sont sensibles à l'actualité et aux causes urgentes, alors que les plus de 50 ans se mobilisent davantage pour la protection des plus vulnérables. Les causes les plus plébiscitées sont liées à la protection de l'enfance (37%), la lutte contre l'exclusion et la pauvreté (27%) et le soutien à la recherche médicale (26%). Spécifiquement pour 2020, il convient de citer l'efficacité des actions (48%), la cause soutenue (45%) ainsi que la transparence financière (39%)²⁶.

²³ Admical, IFOP, *op. cit.*, p.4.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Admical, IFOP, *op. cit.*, p.4.

²⁶ France générosités, « *Chiffres clés de la générosité* », 2021, en ligne.

En tout état de cause, aussi bien du côté des mécènes que des établissements de santé, il est possible de considérer que « *l'acte de don génère en effet une rencontre entre deux mondes qui souvent s'ignorent, et cette rencontre offre une opportunité d'enrichissement humain mutuel et d'ouverture vers un nouveau mode de relation réciproque* »²⁷. Avec la crise sanitaire, celui-ci semble d'ailleurs s'être renforcé selon Admical qui indique que « *tous les mécènes ont souligné une évolution de leurs relations avec les bénéficiaires, et ce de manière positive. Le contexte de crise a donc, (...), favorisé l'approfondissement des relations entre mécènes et porteurs de projet* »²⁸.

1.1.3 Les établissements publics de santé ont historiquement développé leur patrimoine grâce au don

Historiquement, les hospices étaient financés au travers de la charité et étaient chargés d'offrir l'hospitalité et l'assistance à toutes les personnes dans le besoin, notamment les indigents. Avec l'apparition des grandes épidémies, la royauté prend en charge une partie des besoins, aux côtés de l'Église.

A la Révolution française, au travers d'un décret du 23 messidor de l'an II, l'État nationalise l'ensemble des biens hospitaliers de manière à contrecarrer l'influence de l'Église. Néanmoins, deux ans plus tard, la loi du 16 vendémiaire an V traduit le désengagement du Directoire au profit des communes, en raison des charges trop importantes à assumer pour l'État²⁹.

Par la suite, l'émergence de « l'État providence » renforcera le rôle de l'État dans les missions d'intérêt général, la santé notamment. La loi du 21 décembre 1941 met en place le prix de journée, qui constitue à partir de là l'essentiel des ressources hospitalières³⁰. Dès lors, les recettes issues des dons et legs vont fortement décliner et la pratique tombe en désuétude, à l'exception de quelques établissements pour qui cette pratique s'est maintenue. Dans ce cadre, on peut citer l'Institut Pasteur et son ancien hôpital dédié aux maladies infectieuses (1886), l'institut Curie (1920) pour financer ses recherches, l'Hôpital américain de Paris (1918), l'hôpital Foch (1929) ou plus récemment les CLCC, et notamment Gustave Roussy.

Néanmoins, à la faveur de textes législatifs et réglementaires favorables au développement du mécénat, « *la tradition historique française de générosité en faveur de la santé est loin de s'être éteinte* »³¹.

²⁷ Florence MAHÉ-DOMBIS, « *Hôpital recherche mécène... ou l'avènement du fundraising dans les établissements publics de santé* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p. 287.

²⁸ Admical, *op. cit.*, p.1.

²⁹ IRDES, « *Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires* », oct. 2019, en ligne.

³⁰ Philippe VICHARD, « *La loi hospitalière du 21 décembre 1941. Origines, conséquences* », p.63.

³¹ Nicolas BOULAN, « *Les établissements de santé publics et privés à but non lucratif : légitimes à mobiliser le mécénat en faveur de leur développement* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.296.

1.2 L'évolution des textes législatifs et réglementaires favorise le développement du mécénat

1.2.1 Les évolutions législatives et réglementaires depuis la loi de 1987

Si les premières dispositions législatives relatives au mécénat et à la philanthropie remontent à la loi du 14 août 1954³², il faudra attendre celle du 23 juillet 1987, et plus encore la loi du 1^{er} août 2003 pour véritablement favoriser l'émergence de ce dispositif.

En effet, la loi du 14 août 1954 a instauré les premières incitations fiscales permettant d'encourager le mécénat en faveur d'œuvres de charité ou philanthropiques, issu du soutien des particuliers ou des entreprises. Ces mesures seront étendues aux organismes de recherche scientifique puis codifiées au sein du CGI aux articles 238 concernant les dons aux œuvres d'intérêt général, et 238*bis* concernant les dons au profit de la recherche scientifique, dans leurs précédentes versions³³. Par la suite, la loi du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat³⁴ est venue consacrer ce dispositif au plan législatif à travers la création d'un cadre juridique et fiscal dédié et simplifié.

Néanmoins, cette législation est apparue comme présentant des limites et nécessitant des évolutions. L'exposé des motifs de la loi du 1^{er} août 2003³⁵, dite « loi Aillagon », indique en effet que « *la comparaison avec les autres pays occidentaux montre que le régime français du mécénat reste, peu avantageux, compliqué, et donc au total peu incitatif* »³⁶.

Dès lors, la loi du 1^{er} août 2003 a mis en place un dispositif fiscal avantageux pour favoriser le développement du mécénat. L'objectif est en effet « *de favoriser une plus grande implication des citoyens, des entreprises et de l'ensemble de la société civile, dans l'exercice de missions d'intérêt général, aux côtés de l'État (...)* »³⁷.

Au-delà des aspects fiscaux, le développement du mécénat a aussi été recherché à travers la possibilité de créer des structures juridiques permettant de faciliter l'engagement des acteurs, grâce à des outils dédiés et souples. Si la loi du 23 juillet 1987 a rendu possible la création de fondations, cette législation a été complétée par la possibilité de créer des fondations d'entreprise³⁸ ou des fonds de dotation³⁹, *v. infra*.

³² Loi n°54-817 du 14 août 1954 portant diverses dispositions d'ordre fiscal, art. 11.

³³ Ord. n°58-882 du 25 septembre 1958, art. 4 ; ord. n°58-1171 du 5 décembre 1958, art. 1^{er}.

³⁴ Loi n°87-571, *op. cit.*, p.2.

³⁵ Loi n°2003-709 du 1^{er} août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations, JORF n°177 du 2 août 2003.

³⁶ Loi n°2003-709 du 1^{er} août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations, exposé des motifs.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ Loi n°90-559 du 4 juillet 1990 créant les fondations d'entreprise et modifiant les dispositions de la loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat relatives aux fondations, JORF n°155 du 6 juillet 1990, art. 4.

³⁹ Loi n°2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, JORF n°0181 du 5 août 2008, art. 140.

Par conséquent, la loi Aillagon, dans sa version modifiée, et au-delà des autres dispositions législatives à titre accessoire, continue de faire référence en matière de mécénat. Le parti pris retenu est lié à la conception selon laquelle l'ensemble des acteurs de la société peuvent s'impliquer dans les projets d'intérêt général aux côtés de l'État qui facilite cette implication à travers des incitations fiscales et des structures juridiques dédiées – sans préjudice d'une gestion en régie directe – développées *infra*.

Dans ce contexte, et malgré un paysage très concurrentiel et professionnalisé, les établissements publics de santé souhaitent y prendre leur place : « *fundraising, donateur, fondation, mécénat, collecte de fonds, appel à la générosité, fonds de dotation... : ces termes intégrés, utilisés, assumés depuis une trentaine d'années dans le paysage philanthropique français ont tout récemment investi le vocabulaire hospitalier* »⁴⁰.

1.2.2 Tombé en désuétude avec le développement du service public hospitalier, le mécénat retrouve progressivement une place au sein des établissements publics de santé

Si l'hôpital était historiquement financé par le biais de la générosité des mécènes, le développement de l'État providence et l'avènement du service public ont mis fin à cette pratique. Malgré un mouvement similaire en termes de financement des hôpitaux, le Québec s'est quant à lui saisi du mécénat de manière complémentaire : la fondation Justine-Lacoste-Beaubien ou la fondation de CHU de Montréal en sont des exemples.

Il aura fallu attendre les années 2010 pour que le mécénat commence à réémerger au sein des établissements publics de santé. L'hôpital Necker est considéré comme le premier à s'être lancé dans la mise en œuvre d'une stratégie de mécénat, suivi par d'autres établissements : « *les plus efficaces et efficients pour lever des fonds sont des hôpitaux de grande taille qui se situent dans des zones géographiques très peuplées et qui sont positionnés sur le plan national et académique (...), à l'inverse, les établissements les moins efficaces et efficients pour lever des fonds sont des établissements de plus petite taille situés dans des zones géographiques moins peuplées* »⁴¹.

Ce mouvement se constate à la lecture des éléments statistiques qui suivent et qui recensent les établissements supports de GHT qui proposent ou non une rubrique dédiée au mécénat ou invitent les visiteurs à faire un don grâce à un encart dédié sur la page d'accueil de leur site Web. En effet, il apparaît qu'environ 47% des établissements supports de GHT se sont engagés dans une démarche de mécénat ou proposent, *a minima*, une rubrique d'information sur les dons. En termes de typologie d'établissements, plus de 90%

⁴⁰ Florence MAHÉ-DOMBIS, « *Mécénat, philanthropie* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.186.

⁴¹ Florence BUSSON-VILLA, Karine GALLOPEL-MORVAN, Marine LE GALL-ELY, « *La collecte de fonds dans les établissements de santé : facteurs clefs d'efficacité* », Management international, 2016, 20(3), p.124.

des CHU (hors AP-HP) sont concernés, une proportion qui diminue nettement chez les Centres hospitaliers établissements supports de GHT, ils sont en effet 34%. Enfin, sur les deux Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM) supports de GHT, un des deux déploie une stratégie de mécénat selon la méthodologie appliquée.

Ces éléments présentent néanmoins une limite dans la mesure où si l'ensemble des CHU hors AP-HP ont été pris en compte – ils disposent tous de la qualité d'établissement support de GHT –, ce n'est pas le cas des Centres hospitaliers ou des EPSM pour lesquels seuls ceux qui ont cette qualité ont été pris en compte. Or, d'autres établissements, qu'ils soient Centres hospitaliers ou EPSM, déploient une stratégie de mécénat sans pour autant être support de GHT. Aussi, ces éléments chiffrés ne constituent donc qu'un ordre de grandeur destiné à mettre en exergue une dynamique d'ensemble de la place du développement du mécénat au sein des établissements publics de santé.

Par ailleurs, au cours de la crise sanitaire, « *les établissements de santé ont ainsi successivement affiché leurs besoins de financement pour lancer des projets de recherche sur le coronavirus, acquérir des équipements permettant la prise en charge des patients ou encore mener des actions en faveur du bien-être des personnels. (...). Non seulement les mécènes des hôpitaux ont répondu présents, mais de nombreux donateurs se sont manifestés, parfois de manière exceptionnelle* »⁴². Dès lors, au-delà des établissements publics de santé qui s'étaient lancés dans la mise en œuvre de stratégies de mécénat, la pandémie de coronavirus aura permis de les favoriser au sein d'autres établissements, qui étaient soit en phase de réflexion, soit ont saisi l'opportunité liée à la situation sanitaire.

En tout état de cause, « *la difficulté pour l'hôpital sera de trouver une – si ce n'est « sa » – place dans un environnement de la générosité déjà très concurrentiel* »⁴³, dans la mesure où si le mécénat se développe à l'hôpital depuis une dizaine d'années, les fondations et ONG y recourent depuis une trentaine d'années avec une expertise reconnue.

1.3 Les modalités de soutien des établissements publics de santé sont multiples et suivent en parallèle le mouvement de digitalisation

Différentes formes de soutien peuvent être utilisées, au premier rang desquelles les modalités classiques du mécénat, mais également les libéralités ainsi que d'autres formes de soutien plus anecdotiques jusqu'ici mais qui tendent à se développer. L'ensemble des modalités décrites ci-après relèvent du mécénat dès lors qu'elles sont mises en œuvre au profit d'un établissement public de santé ou d'une structure rattachée.

⁴² Vincent BITKER, *op. cit.*, p.2.

⁴³ Florence MAHÉ-DOMBIS, *op. cit.*, p.7.

1.3.1 Les formes classiques du mécénat constituent la principale composante d'une stratégie de mécénat

Le mécénat, ou *fundraising*, renvoie à la notion de don, qui sous-tend une intention libérale et dont l'acte est défini par le code civil qui dispose que l'acte qui y est attaché – une libéralité –, constitue « *un acte par lequel une personne dispose à titre gratuit de tout ou partie de ses biens ou de ses droits au profit d'une autre personne* »⁴⁴.

L'administration fiscale distingue deux types de dons et de formes de mécénat :

- ⇒ Les dons en numéraire, qui se caractérisent par « *le versement ponctuel ou répété d'une somme d'argent* »⁴⁵ ;
- ⇒ Les dons en nature qui sont des dons par lesquels le mécène apporte « *des biens, des moyens en personnel, des services, des compétences* »⁴⁶.

Néanmoins, l'usage et la pratique amènent à considérer non pas deux mais trois modalités de mécénat : le mécénat financier, de compétences et le mécénat en nature.

1.3.1.1 Le mécénat financier

Le mécénat financier, ou numéraire, se traduit par le versement d'une somme d'argent. Au-delà du grand public, et pour ce qui concerne les entreprises, « *le mécénat financier reste la forme de mécénat la plus répandue* » : 93% des entreprises y recourent en partie ou en totalité, ce qui représente près de 78% du montant global du mécénat⁴⁷.

Par ailleurs, selon une étude élaborée par Admical⁴⁸, si le mécénat financier était utilisé à 99% par les entreprises mécènes, cette pratique a tendance à évoluer depuis la crise sanitaire pour laisser une place aux autres formes de soutien, *v. infra*.

1.3.1.2 Le mécénat de compétences

Le mécénat de compétences se traduit généralement par la mise à disposition de tout ou partie du personnel d'une entreprise sur une période donnée, au travers d'une convention de mise à disposition. Cette modalité peut également se traduire par la réalisation de prestations à titre gratuit, qu'elles soient intellectuelles ou en nature.

Si le mécénat de compétences constitue une forme de mécénat en nature au sens fiscal, il reste la modalité de soutien la moins utilisée. Sur ce point, la crise sanitaire n'a pas joué de rôle significatif : si les entreprises mécènes utilisaient cette forme de soutien à hauteur de 41%, elles étaient 39% durant la crise sanitaire. De façon plus globale, si plus de 50% des grandes entreprises recourent au mécénat de compétences, celui-ci reste plus minoritaire chez les PME puisqu'elles sont 18% à y recourir⁴⁹.

⁴⁴ Art. 893 C.civ.

⁴⁵ BOFiP, BOI-BIC-RIC-20-30-10-20.

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Admical, IFOP, *op. cit.*, p.4.

⁴⁸ Admical, *op. cit.*, p.1.

⁴⁹ Admical, IFOP, *op. cit.*, p.4.

1.3.1.3 Le mécénat en nature

Le mécénat en nature se traduit par la remise d'un bien matériel ou immatériel acheté ou produit par le donateur. Il convient de noter que la crise sanitaire s'est traduit par une hausse du mécénat en nature : 42% des entreprises mécènes recourent d'ordinaire au mécénat en nature, elles ont été 54% en 2020.

Au total, si 34% des entreprises mécènes recourent uniquement au mécénat financier, elles sont 58% à utiliser deux, voire trois formes de mécénat. Il s'agit le plus souvent de mécénat financier associé à l'une ou aux deux autres modalités de mécénat.

1.3.2 Le parrainage se distingue du mécénat de par les objectifs poursuivis

Si le mécénat se caractérise par une intention libérale, la différence peut parfois être tenue avec la notion de parrainage, qui traduit davantage la volonté d'un bénéfice direct tiré du soutien. En effet, le parrainage se définit comme un « *soutien moral apporté à une manifestation, à une personne, à un produit ou à une organisation en vue d'en retirer un bénéfice direct* »⁵⁰.

Dès lors, si l'objectif du parrain est de tirer un bénéfice direct de son soutien, il ne sera pas possible de considérer son action comme du mécénat mais véritablement comme du parrainage, par exemple dans le cas où une entreprise soutient un établissement ou une structure associée dans le but de promouvoir son image ou attend en retour un bien ou un service de niveau équivalent.

Or, cette distinction est d'autant plus difficile à percevoir que l'administration fiscale considère que « *l'association du nom de l'entreprise versante aux opérations réalisées par l'organisme relève du mécénat si elle se limite à la mention du nom du donateur, quels que soient le support de la mention (logo, sigle etc.) et la forme du nom, à l'exception de tout message publicitaire* »⁵¹.

Lors d'un contrôle, l'administration fiscale se fondera sur les comptes du donataire et du donateur ainsi que sur les pièces justificatives, à l'image des reçus émis par le bénéficiaire. Si l'opération apparaît comme lucrative pour le donateur, l'opération de soutien constituera une forme de parrainage, non éligible aux dispositifs de réduction d'impôt.

1.3.3 Les libéralités constituent une autre forme de soutien à développer dans un deuxième temps

Les libéralités suscitent un intérêt grandissant sur le marché du mécénat dans la mesure où elles permettent d'apporter des fonds complémentaires aux dons manuels tout

⁵⁰ Commission générale de terminologie et de néologie, *Répertoire terminologique*, éd. 2000.

⁵¹ BOFiP, BOI-BIC-RICI-20-30-10-20.

en compensant leurs variations. Il convient d'en distinguer trois types : la donation entre vifs, celle effectuée à cause de mort, par testament, ainsi que l'assurance-vie.

1.3.3.1 La donation entre vifs

La donation entre vifs est définie par le code civil comme un « *acte par lequel le donateur se dépouille actuellement et irrévocablement de la chose donnée en faveur du donataire qui l'accepte* »⁵².

Si une convention de mécénat peut régler les conditions pratiques attachées à la donation, l'acte doit par principe être notarié, à peine de nullité⁵³. Une jurisprudence de la Cour de cassation a en effet indiqué, à propos d'une donation consentie par un particulier à l'Institut de France, que « *selon l'article 931 du code civil, tous actes portant donation entre vifs seront passés devant notaire, dans la forme ordinaire des contrats, et il en restera minute à peine de nullité ; que cette règle impérative et générale s'applique aux clauses et conditions de la libéralité* »⁵⁴. En l'espèce, les clauses et conditions de la donation ont été considérées comme nulles car stipulées par acte sous seing privé.

Dans le cas particulier d'un don manuel, considéré comme une exception aux éléments précités, et qui se traduit comme un don de la main à la main – le don réalisé par virement bancaire est assimilé à un don manuel⁵⁵ – la réalisation d'un acte notarié ou sous seing privé peut ne pas être souhaitée, la pratique ayant favorisé la simplicité et la facilité. La conclusion d'une convention de mécénat est néanmoins conseillée de manière à fixer les attentes de chaque partie et pour permettre à la structure bénéficiaire de justifier des dons perçus auprès de ses instances ou des tiers. Néanmoins, en pratique, pour éviter le recours obligatoire à un acte notarié, le don manuel devra se traduire par une prise d'acte de la convention de mécénat, ou le constat de la réalisation du don – la mention d'acceptation du don ne doit pas apparaître –⁵⁶.

Au-delà, la donation doit potentiellement être déclarée au préfet du département. La situation diffère alors selon le véhicule juridique utilisé par l'établissement public de santé.

En effet, tout établissement ou association mentionné à l'art. 910 C.civ. bénéficiaire d'une donation entre vifs est tenu d'en faire la déclaration au préfet du département dans lequel il a son siège⁵⁷. Le préfet dispose d'un droit d'opposition à l'acceptation de ces libéralités selon une procédure décrite par voie réglementaire⁵⁸. Sont notamment concernés

⁵² Art. 894 C.civ.

⁵³ Art. 931 C.civ.

⁵⁴ Cass., Civ. 1^{ère}, 17 oct. 2007, n°05-14818.

⁵⁵ V. Cass., Civ. 1^{ère}, 12 juillet 1966.

⁵⁶ Laurent BUTSTRAEN, Jean-Baptiste AUTRIC, *Guide pratique du mécénat d'entreprise*, Bruxelles : Larcier, p.23.

⁵⁷ Décret n°2007-807 du 11 mai 2007 relatif aux associations, fondations, congrégations et établissements publics du culte et portant application de l'article 910 du code civil, JORF n°110 du 12 mai 2007, art. 1^{er}.

⁵⁸ *Ibid.*

les établissements publics de santé ainsi que les fondations. Ces dispositions ne sont pas applicables si la donation a pour objet de contribuer à l'apport de la dotation initiale permettant d'aboutir à la création d'une fondation.

A contrario, les fonds de dotation ne sont pas concernés par cette procédure et peuvent recevoir librement des legs⁵⁹. Ils sont néanmoins tenus de faire adopter par leur organe délibérant une décision d'affectation des produits du legs, sauf si les statuts prévoient la consomptibilité de la dotation initiale, ils en sont le cas échéant exemptés⁶⁰.

1.3.3.2 Le legs

Un legs constitue une libéralité effectuée à cause de mort, à la différence de la donation entre vifs. Tout établissement ou association mentionné à l'art. 910 C.civ. bénéficiaire d'un legs est informé par le notaire chargé du règlement de la succession. A l'image de la donation entre vifs, le bénéficiaire doit le déclarer au préfet du département. Ces dispositions ne sont pas applicables si la donation a pour objet de contribuer à l'apport de la dotation initiale permettant d'aboutir à la création d'une fondation.

Enfin, tout comme pour les donations entre vifs, les fonds de dotation peuvent accepter librement les legs dont ils sont bénéficiaires ; ils sont également assujettis à la prise d'une décision portant affectation des produits du legs par l'organe délibérant, sauf à ce que la consomptibilité de la dotation soit inscrite dans les statuts.

1.3.3.3 L'assurance-vie

Les OBNL peuvent être désignés bénéficiaires d'un contrat d'assurance-vie en cas de décès. Ce dispositif présente plusieurs avantages, aussi bien pour le donateur que pour le donataire.

En effet, l'assurance-vie permet à son titulaire de revoir sa position quant à la désignation du bénéficiaire, à la différence d'une donation entre vifs, mais elle a également l'avantage de présenter moins de risque de voir le montant des fonds potentiels diminué de la réserve héréditaire, *a contrario* du legs. Par ailleurs, pour ce qui concerne la structure bénéficiaire, le bénéfice de l'assurance-vie permet de disposer rapidement des fonds sans démarche particulière d'acceptation ni autorisation préfectorale.

Aussi, la part des fonds issus d'assurances-vie dans les recettes des OBNL *lato sensu* est en « *nette augmentation ces dernières années* », sans toutefois savoir si cette tendance s'explique par l'absence théorique d'atteinte à la réserve héréditaire, ou si « *cette tendance relève tout simplement de l'augmentation de la fraction de l'assurance-vie dans le patrimoine des ménages* »⁶¹.

⁵⁹ Loi n°2008-776, *op. cit.*, p.8.

⁶⁰ Circ. du 19 mai 2019 relative à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des fonds de dotation, JORF n°0140 du 19 juin 2009.

⁶¹ Sophie GONSARD, Carole GRILLÉ-LUCAS, Pierre LEMÉE et *al.*, « *Guide des libéralités 2018* », JCP N, Hors-série n°1, p. 31.

1.3.4 Les autres dispositifs de soutien traduisent une professionnalisation des politiques de mécénat ou répondent à une volonté de digitalisation du don

Au-delà de ces formes classiques de soutien en matière de mécénat, d'autres modalités se développent, à travers les outils marketing utilisés par les ONG, ou de manière plus innovante, en lien avec la dynamique de digitalisation du don.

1.3.4.1 Les techniques de marketing direct

Généralement déployées par les sociétés de vente à distance, ces techniques sont d'ores et déjà largement utilisées par les ONG, et certaines sont aujourd'hui mises en œuvre par les établissements publics de santé.

Concrètement, ces techniques font référence à la pratique du *mailing*, du *phoning* voire du *street-fundraising* qui consiste, pour cette dernière, à solliciter auprès des passants, dans des rues généralement très fréquentées, un soutien mensuel par prélèvement automatique, permettant de fidéliser les donateurs sur le long terme.

1.3.4.2 Le financement participatif, ou *crowdfunding*

Cette technique se traduit par la participation d'un grand nombre de donateurs au financement d'un projet par l'intermédiaire d'une plateforme de financement participatif, généralement pour des montants relativement faibles.

Cette modalité de soutien est en plein essor, y compris dans les établissements publics de santé qui, au cours de la crise sanitaire, ont été très nombreux à proposer aux visiteurs de leur site Web, l'accès à une plateforme collaborative pour les soutenir, soit à travers des projets précis comme l'achat d'un respirateur, ou dans une démarche plus généraliste, sans objet précis.

Cette possibilité leur est en effet permise depuis une loi de finances rectificative pour 2020⁶² qui a introduit un article L6145-8-2 au sein du CSP qui dispose, *in fine*, que « *les établissements publics de santé (...) peuvent confier à un organisme public ou privé l'encaissement des recettes relatives aux dons, au mécénat et aux revenus tirés d'un projet de financement participatif au profit du service public hospitalier* ». Ce type de financement peut ainsi être utilisé par les établissements publics de santé, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables à ces plateformes⁶³.

1.3.4.3 La collecte *peer to peer* (P2P)

Cette technique fonctionne de la même manière que la précédente ; elle s'en distingue par le fait qu'une personne physique, généralement un citoyen, se transforme en

⁶² Loi n°2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020, JORF n°0102 du 26 avril 2020, art. 13.

⁶³ V. Ordonnance n°2014-559 du 30 mai 2014 relative au financement participatif, JORF n°0125 du 31 mai 2014 et décret n°2014-1053 du 16 septembre 2014 relatif au financement participatif, JORF n°0215 du 17 septembre 2014.

collecteur auprès de sa famille, de ses amis ou collègues de travail et utilise la plateforme de financement participatif pour collecter des fonds au profit d'une structure bénéficiaire.

1.3.4.4 Les sources de financement numériques

Les moteurs de recherches alternatifs

Des moteurs de recherches alternatifs, plus respectueux des données personnelles et de l'environnement se développent sur le marché. Parmi eux, Lilo permet en sus d'apporter des ressources complémentaires, particulièrement dans le cadre du mécénat.

En effet, le modèle économique de Lilo est fondé sur le reversement de 50% de ses recettes à des projets d'intérêt général choisis par l'utilisateur, sur la base de projets impulsés par des organismes à but non lucratif. Si de nombreuses ONG y sont présentes, c'est aussi le cas d'établissements publics de santé, à l'image du CHU de Lille qui a proposé le financement de soins socio-esthétiques pour les patients pris en charge en oncologie.

Au niveau des établissements publics de santé, et des structures *ad hoc* en charge du mécénat, il est possible d'aborder cette source de financements de deux manières, complémentaires mais qui peuvent malgré tout rester indépendantes l'une de l'autre :

- ❖ *Comme source de financements complémentaires* : proposer un projet sur ce moteur de recherche, associé à une campagne de communication adaptée, permet de recueillir de Lilo le reversement de « la moitié de ses revenus qu'il perçoit de la publicité sous forme de « gouttes d'eau » »⁶⁴, grâce à la sensibilisation de ses utilisateurs. Le Centre hospitalier départemental de Bischwiller propose par exemple le financement d'un partenariat avec l'association européenne de musique à l'hôpital pour réduire le stress des patients hospitalisés ;
- ❖ *Comme un élément d'une politique de Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE)* : installer ce moteur de recherche sur le parc informatique de l'établissement permet, sans préjudice d'un financement par des utilisateurs externes, d'impliquer les personnels de l'établissement public de santé à la politique RSE souhaitée par l'établissement – sans qu'ils utilisent leurs deniers personnels, *a contrario* de l'arrondi, v. *infra* –. Par exemple, le Centre hospitalier Alpes-Isère a procédé à l'installation de Lilo sur son parc informatique dans le cadre de sa politique RSE – notamment au regard de ses objectifs de protection des données personnelles et de limitation des impacts environnementaux –. Au-delà de ces objectifs, l'établissement isérois reverse les fonds générés par ses agents sur Lilo à des projets extérieurs à l'établissement, après un choix au niveau institutionnel.

⁶⁴ Rudy CHOUVEL, « Des sources de financement numériques innovantes », Gestions Hospitalières, n°596, mai 2020, p.292.

Dans le cadre d'une stratégie de déploiement, le recours à ce type d'outils peut être intéressant sur les deux aspects précités ; les cumuler permet néanmoins d'en retirer un bénéfice en termes de RSE et de source de financements complémentaires.

L'arrondi

L'arrondi est une solution développée par MicroDON, une Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale (ESUS) qui permet aux salariés de faire un don (arrondi ou montant fixe, en moyenne 3,5€/salarié) sur une plateforme dédiée, débité de leur net à payer. En parallèle, l'employeur peut également doubler le montant du don réalisé par tout ou partie de ses collaborateurs. Cette modalité est notamment utilisée par des entreprises désireuses d'accompagner l'engagement de leurs collaborateurs – près de 70% des employeurs abondent les dons réalisés par leurs salariés –. Par ailleurs, cette opportunité peut être étendue aux arrondis sur paiement dans le commerce.

Si le montant des dons peut paraître minime, il a par exemple permis à la fondation AP-HP de collecter près de 85.000€ en 2020. Les soutiens aux projets liés à la santé et au bien-être figurent par ailleurs en première position des causes soutenues⁶⁵.

Aussi, ce dispositif peut être abordé, au-delà de l'intérêt financier, comme une campagne de promotion du mécénat pour l'établissement ou la structure *ad hoc*. Une réflexion peut également être menée par l'établissement public de santé pour proposer cette solution à ses propres collaborateurs dans le cadre de sa politique RSE.

1.4 Au-delà des avantages fiscaux, les donateurs peuvent mettre en œuvre leur RSE au travers du mécénat tout en associant leur image à une cause d'intérêt général

1.4.1 Les avantages fiscaux peuvent constituer un élément facilitant le don sans en être pour autant la principale motivation

Ainsi que le précise la Cour des comptes, le dispositif fiscal attaché au mécénat est « *avantageux et dynamique* »⁶⁶, mais demeure conditionné à des critères d'éligibilité.

En effet, ces critères sont liés à la mission de service public – ou d'intérêt général pour les personnes morales de droit privé – d'une part, et au financement de projets d'intérêt général des bénéficiaires du don, d'autre part, en l'occurrence les établissements publics de santé et les structures *ad hoc* – la liste est déterminée par le CGI⁶⁷, les structures généralement adossées aux établissements publics de santé de type fonds de dotation ou

⁶⁵ MicroDON, « *Baromètre don sur salaire 2021* », en ligne.

⁶⁶ Cour des comptes, « *Le soutien public au mécénat d'entreprise* », Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, nov. 2018, p.9, en ligne.

⁶⁷ V. art. 200 et 238bis CGI.

fondation sont concernées, sans qu'il soit besoin d'en faire le détail ici –. Dès lors que ces critères d'éligibilité sont remplis, les avantages fiscaux diffèrent selon la qualité du donateur.

Concernant le mécénat d'entreprise, environ 80% des entreprises mécènes recourent au dispositif de réduction d'impôt. Elles peuvent solliciter une réduction d'impôt à hauteur de 60% du montant du don, effectué en une ou plusieurs fois, dans la limite de 10.000€ annuels ou de 5‰ du chiffre d'affaires si ce dernier est plus élevé.

Au-delà de 10.000€ de dons annuels, la transparence à l'égard de l'administration fiscale est renforcée : les entreprises ont l'obligation d'en déclarer les montants, les dates de remises ou de versement, « *l'identité des bénéficiaires ainsi que, le cas échéant, la valeur des biens et services reçus, (...), en contrepartie* »⁶⁸.

De par son rôle de conseil, le référent mécénat pourra informer l'entreprise de la nécessité de réintégrer le montant du don au résultat comptable, sur le tableau 2058-A, puis déduire 60% de ce don, éventuellement plafonné, sur le relevé de solde de l'impôt sur les sociétés n°2572SD ou sur la déclaration 2042-RICI pour les personnes physiques⁶⁹.

Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'un don en nature – au sens fiscal –, celui-ci doit être valorisé à hauteur du coût de revient⁷⁰. Il convient de préciser que la détermination du montant de la valorisation « *relève de la responsabilité propre de celui qui effectue le don et non de l'organisme bénéficiaire qui n'a pas à justifier de la valeur des biens et services reçus* »⁷¹. Le montant est ensuite communiqué au bénéficiaire pour établir le reçu fiscal.

Concernant le grand public, le montant du don peut être déductible de l'impôt sur le revenu à hauteur de 66%, dans la limite de 20% du revenu imposable. Le cas échéant, les sommes qui excèdent cette limite sont reportées dans la limite des cinq années suivantes, selon les mêmes conditions⁷². Enfin, les particuliers assujettis à l'Impôt sur la Fortune Immobilière (IFI) peuvent déduire 75 % du montant des dons en numéraire et dons en pleine propriété de titres de sociétés, dans la limite de 50.000€ annuels⁷³.

Au-delà, le Professeur Thierry Lambert considère qu'outre « *l'avantage fiscal, le mécénat semble d'abord être une question d'image dans un moment où la responsabilité sociale de l'entreprise fait débat* »⁷⁴.

⁶⁸ Art. 238bis 6°, CGI.

⁶⁹ Ministère de l'éducation nationale de la jeunesse, « *Le mécénat 2019-2020, un dispositif simple et attractif pour réussir vos partenariats* », 2019, en ligne.

⁷⁰ Art. 238bis 1°, CGI.

⁷¹ BOFiP, BOI-BIC-RICI-20-30-10-20.

⁷² Art. 200 CGI.

⁷³ Art. 978 CGI.

⁷⁴ Thierry LAMBERT, « *Une fiscalité attractive ?* », Gestions Hospitalières, n°596, mai 2020, p.302.

1.4.2 Le mécénat constitue un outil de mise en œuvre de la RSE des entreprises

La Commission européenne définit la RSE comme « *la responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société* »⁷⁵. Si ce concept peut sembler très éloigné du mécénat, il en constitue pour autant un outil de mise en œuvre pour les entreprises, mais également pour les établissements publics de santé, de manière tout à fait facultative mais non sans intérêts, pour lesquels l'expression de Responsabilité Sociétale d'Établissement sera retenue (le sigle RSE sera utilisé de manière indifférenciée).

En effet, la première consécration législative en droit français a été réalisée par la loi du 15 mai 2001⁷⁶ qui confiait aux entreprises cotées en bourse la charge d'indiquer dans leur rapport annuel les informations relatives aux conséquences sociales et environnementales de leurs activités. Cette obligation a ensuite été élargie à d'autres entreprises par la loi du 12 juillet 2010 dite « Grenelle 2 »⁷⁷ avant que la loi du 22 mai 2019⁷⁸, dite loi PACTE (Plan d'Action pour la Croissance et la Transformation des Entreprises) n'étende l'objet social à l'ensemble des entreprises.

Concrètement, la loi PACTE a sur ce point modifié deux articles du code civil ainsi qu'un article du code de commerce. L'art. 1833 C.civ. dispose en effet que « *toute société doit avoir un objet licite et être constituée dans l'intérêt commun des associés. La société est gérée dans son intérêt social, en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité* ». Par conséquent, si l'intérêt social constitue désormais un impératif, toute société doit également envisager une stratégie de RSE ; il s'agit du premier pallier obligatoire.

Au-delà, pour les entreprises volontaires, l'article 1835 C.civ. dispose *in fine* que leurs « *statuts peuvent préciser une raison d'être, constituée des principes dont la société se dote et pour le respect desquels elle entend affecter des moyens dans la réalisation de son activité* ». Les entreprises désireuses de s'engager dans cette démarche doivent formaliser les enjeux sociaux et environnementaux auxquels elles entendent contribuer par leurs engagements vis-à-vis de leurs partenaires.

Enfin, l'article L210-10 du code de commerce ouvre la possibilité aux entreprises pionnières dans le domaine de la RSE d'user de la qualité de « société à mission » dès lors que sont respectées différentes conditions qu'il mentionne. Il s'agit pour les entreprises concernées de se doter d'une « raison d'être » qui, sans préjudice du respect de l'objet

⁷⁵ Commission Européenne, « *Responsabilité sociale des entreprises : une nouvelle stratégie de l'UE pour la période 2011-2014* », Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité Économique et Social Européen et au Comité des Régions, oct. 2011, p.7.

⁷⁶ Loi n°2001-420 du 15 mai 2001 relative aux nouvelles régulations économiques, JORF n°113 du 16 mai 2001, art. 116, en ligne.

⁷⁷ Loi n°2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement, JORF n°0160 du 13 juillet 2010, art. 217.

⁷⁸ Loi n°2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, JORF n°0119 du 23 mai 2019.

social de l'entreprise, se traduira par la mise en œuvre d'un projet répondant à un objectif d'intérêt général et donnera du sens à l'action de leurs collaborateurs.

Ainsi, la loi PACTE a généralisé la mise en place d'une stratégie de RSE pour les entreprises. Or, à l'examen du projet de loi, la Cour des comptes estimait que les effets de ces dispositions étaient « *incertains. Si elles peuvent contribuer à renforcer l'effort de mécénat des entreprises, elles sont aussi susceptibles de brouiller encore plus les frontières entre ce qui relève de l'activité normale de l'entreprise, conforme à son objet social, et ce qui relève d'une action désintéressée en vue de l'intérêt général, correspondant en principe au champ du mécénat* »⁷⁹.

En effet, comme l'a relevé une étude de 2018 menée par l'Observatoire de la philanthropie⁸⁰, la notion d'intérêt général employée par les entreprises rend ténue la frontière entre mécénat et RSE qu'il qualifie de « *deux notions sœurs, mais pas jumelles* ». Le concept de RSE peut être regardé comme endogène, *i.e.* interne à l'entreprise, en lien avec ses intérêts propres et son activité, dans l'objectif de réduire ses effets négatifs, alors qu'en parallèle, le mécénat procède d'une logique davantage exogène, où l'entreprise se projette hors d'elle-même pour apporter un soutien à des problématiques d'intérêt général.

En tout état de cause, la frontière entre le mécénat et la RSE n'est pas évidente à définir : certaines entreprises conditionnent le mécénat à la mise en place préalable d'une démarche de RSE quand d'autres considèrent le mécénat comme un outil de déploiement de leur stratégie de RSE. S'il est trop tôt pour dresser un bilan de ces dispositions et de leurs impacts sur le mécénat, il convient de noter que seules 23% des entreprises mécènes ont formalisé une politique de développement durable ou de RSE⁸¹.

1.4.3 Les mécènes peuvent bénéficier de contreparties, notamment la valorisation de leur image à travers leur association à un projet d'intérêt général

A la différence du parrainage, le mécénat traduit l'intention libérale du donateur : les dispositifs de réduction d'impôt ne peuvent par principe s'appliquer qu'en l'absence de contrepartie. Néanmoins, l'administration fiscale fait preuve de souplesse et tolère quelques tempéraments. En effet, depuis la loi de finances pour 2000⁸², il est admis que le nom de l'entreprise soit associé à l'opération réalisée par la structure bénéficiaire – *v. supra* –, sans préjudice de l'application des dispositions prévues à l'art. 238*bis* CGI.

Dès lors, l'administration fiscale a ouvert une brèche susceptible d'entraîner une dynamique de recherche d'optimisation de la contrepartie attachée au don, aussi bien de la part du mécène que de la structure bénéficiaire. En effet, si le premier, dans une logique

⁷⁹ Cour des comptes, *op. cit.*, p.17.

⁸⁰ Observatoire de la philanthropie, « *L'entreprise engagée : nouvelles frontières de la RSE et du mécénat* », Les études de l'Observatoire, juin 2018, p.2, en ligne.

⁸¹ Admical, IFOP, *op. cit.*, p.4.

⁸² Loi n°99-1172 du 30 décembre 1999 de finances pour 2000, JORF n°0303 du 31 décembre 1999, art. 17.

économique, va chercher à optimiser les contreparties dont il peut bénéficier, la seconde va quant à elle potentiellement chercher à offrir un panel de contreparties pour renforcer son attractivité. En pratique, l'administration fiscale considère que le dispositif de réduction d'impôt a vocation à s'appliquer dès lors que « *ce versement est manifestement disproportionné par rapport aux contreparties accordées* »⁸³.

Pour ce qui concerne les dons de particuliers, il est possible de proposer la remise de « *menus biens tels qu'insignes, timbres décoratifs, étiquettes personnalisées, affiches, cartes de vœux* »⁸⁴ dès lors qu'ils ont faible valeur, initialement fixée à 65 euros. Ce montant a été récemment élevé à 73 euros par l'arrêté du 9 juin 2021⁸⁵ et est inscrit au sein du CGI⁸⁶. En tout état de cause, il convient de considérer que la disproportion entre le montant du don et celui de la contrepartie sera retenue s'il existe entre les deux un rapport de 1 à 4.

S'il n'existe pas de disposition aussi précise concernant le mécénat d'entreprise, les acteurs retiennent ce rapport de 1 à 4, soit des contreparties offertes dans la limite de 25% du montant du don⁸⁷. Les contreparties classiques et sans difficulté se traduisent généralement par une action de visibilité du logo de l'entreprise, en lien avec le projet soutenu – page de remerciements aux donateurs, *newsletter* interne – ou bien encore une visite guidée des locaux ou du matériel dont le financement a été soutenu. L'administration fiscale insiste néanmoins en indiquant que « *cette faculté n'a toutefois pas vocation à admettre dans le cadre du mécénat les prestations publicitaires réalisées par les organismes bénéficiaires et qui relèvent des dispositions relatives au parrainage* »⁸⁸. Le Conseil d'État (CE) a pu rappeler cet élément à l'occasion d'une jurisprudence⁸⁹ en lien avec le refus d'octroi de la réduction d'impôt prévue au titre de l'art. 238*bis* du CGI. En l'espèce, un avantage publicitaire avait été accordé à une entreprise sans que sa valeur économique soit totalement disproportionnée avec les versements qu'elle avait réalisés au profit d'une association au titre du mécénat financier. Au-delà de remettre en cause l'éligibilité des avantages fiscaux dont le mécène a bénéficié, ce dernier pourrait être soumis au paiement d'une amende à hauteur de 25% du montant de son don dès lors qu'une collusion entre le donateur et donataire est avérée⁹⁰.

Enfin, depuis la loi de finances pour 2019⁹¹, les entreprises effectuant plus de 10.000€ de dons sur un même exercice ouvrant droit à réduction d'impôt doivent les

⁸³ BOFiP, BOI-BIC-RICI-20-30-10-20.

⁸⁴ BOFiP, BOI-IR-RICI-250-20.

⁸⁵ Arrêté du 9 juin 2021 portant incorporation à l'annexe IV au code général des impôts de divers textes modifiant et complétant certaines dispositions de cette annexe, JORF n°0134 du 11 juin 2021, art. 1.

⁸⁶ Art. 28-00 A CGI, annexe 4.

⁸⁷ Admical « *Mécénat et contreparties* », Les repères Admical, n°6, en ligne.

⁸⁸ BOFiP, BOI-BIC-RICI-20-30-10-20.

⁸⁹ CE, 20 mars 2020, n°423664.

⁹⁰ BOFiP, BOI-BIC-RICI-20-30-10-20.

⁹¹ Loi n°2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, JORF n°0302 du 29 décembre 2019, art. 134.

déclarer à l'administration fiscale⁹². La structure bénéficiaire doit quant à elle valoriser les contreparties dont a bénéficié l'entreprise mécène, tenue de les déclarer en sus.

1.5 Les établissements publics de santé peuvent mettre en œuvre leur stratégie de mécénat en régie directe ou au travers de structures juridiques *ad hoc*

Les établissements publics de santé désireux de développer une politique de mécénat peuvent choisir de le faire en propre, ou de mettre en place une structure *ad hoc*. Sans prétendre à l'exhaustivité, les principales structures seront présentées ci-après.

1.5.1 La gestion en régie directe, une modalité naturelle de mise en œuvre d'une politique de mécénat non dénuée d'inconvénients

Le développement d'une politique de mécénat par l'établissement public de santé lui-même, *i.e.* en régie directe, constitue sans doute la modalité la plus naturelle de mise en œuvre⁹³. De nombreux établissements y recourent, à l'image de l'hôpital Necker, du CHU de Bordeaux ou bien encore du Centre hospitalier de Saintonge.

Les établissements publics de santé sont en effet habilités à recevoir des dons au titre du mécénat. Cette modalité présente l'avantage de permettre une affectation totale des dons aux projets hospitaliers. En effet, les autres structures nécessitent le règlement de frais de gestion pour assurer le paiement des salaires, de frais généraux et de collecte.

Néanmoins, la gestion en régie directe présente quelques inconvénients. Tout d'abord, la complexité liée à la traçabilité des fonds issus du mécénat dans le budget de l'établissement peut rendre difficile l'exécution de l'obligation de transparence due aux mécènes. Par ailleurs, les chèques destinés aux dons doivent être libellés à l'ordre du Trésor public, ce qui peut constituer un frein psychologique au don.

1.5.2 Les fondations

A partir d'un modèle de fondation, pouvant aboutir à la reconnaissance d'utilité publique, des modèles de fondations spécialisées ont été créés. Sans être exhaustif, les principaux modèles en lien avec les établissements publics de santé seront abordés.

1.5.2.1 La fondation reconnue d'utilité publique présente des atouts indéniables mais nécessite des moyens conséquents dès sa création

La Fondation Reconnue d'Utilité Publique (FRUP) est une personne morale de droit privé à but non lucratif et se traduit comme « *l'acte par lequel une ou plusieurs personnes physiques ou morales décident l'affectation irrévocable de biens, droits ou ressources à la*

⁹² Art. 138*bis* CGI, 6°.

⁹³ L'art. L6141-2-1 CSP dispose que « *les ressources des établissements peuvent comprendre : (...) les libéralités, dons, legs et leurs revenus* », *v. supra*.

réalisation d'une œuvre d'intérêt général et à but non lucratif »⁹⁴. L'objet social est donc identique à celui du fonds de dotation. La reconnaissance d'utilité publique est acquise par décret du Premier ministre publié au Journal Officiel des Associations et Fondations d'Entreprises (JOAFE), ce qui lui confère également la personnalité juridique. Si la fondation présente de nombreux atouts, parmi lesquels une forte notoriété – notamment en rapport avec celle du fonds de dotation –, et la possibilité de recevoir des financements publics, ses modalités de constitution ne permettent pas d'y recourir aisément.

En effet, si elle peut être créée par une ou plusieurs personnes physiques ou morales, les conditions statutaires et de gouvernance doivent être conformes aux dispositions prévues par le ministère de l'Intérieur⁹⁵. Par ailleurs, au-delà d'une procédure de constitution relativement longue, la dotation initiale est conséquente, à hauteur d'1,5 million d'euros – à verser en une ou plusieurs fois sur une période maximale de dix ans –.

Si la FRUP présente des atouts indéniables, l'importance des sommes à mobiliser pour la dotation initiale ne rend pas aisé son recours par les établissements.

1.5.2.2 La fondation abritée doit disposer d'un objet social compatible avec la fondation abritante tout en y étant fortement dépendante

La fondation abritée, ou sous l'égide d'une fondation abritante, est régie par les dispositions de l'article 20 de la loi du 23 juillet 1987. L'objet social de la fondation abritée doit être compatible avec celui de la fondation abritante. Par ailleurs, s'il est possible de recevoir dons et libéralités, la fondation abritée ne dispose pas de la personnalité juridique, ses statuts sont approuvés par la fondation abritante. Une convention passée entre les fondations abritante et abritée détermine leurs relations, le montant de la dotation initiale apportée par la fondation abritée ainsi que les frais de gestion dont elle est redevable, mais également ses modalités de gouvernance. On peut citer l'expérience de la fondation CHICAM Innovation – Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) Alençon-Mamers – abritée par la FRUP Charles-Nicolle Normandie – Université et CHU de Rouen –.

1.5.2.3 La fondation de coopération scientifique ne peut être mise en œuvre qu'au travers d'un partenariat universitaire

La fondation de coopération scientifique est une personne morale de droit privé à but non lucratif soumise aux dispositions applicables aux FRUP, à l'exception des dispositions particulières prévues aux articles L344-11 et suivants du code de la recherche.

Plusieurs établissements ou organismes publics ou privés, parmi lesquels au moins un établissement public de recherche ou d'enseignement supérieur, peuvent constituer une

⁹⁴ Loi n°87-571, *op. cit.*, p.2.

⁹⁵ Ministère de l'Intérieur, Statuts types des fondations reconnues d'utilité publique, approuvés par le Conseil d'État dans son avis du 19 juin 2018 et rendus publics par le ministre de l'Intérieur le 6 août 2018, en ligne.

fondation de coopération scientifique, dans l'objectif de conduire des actions liées aux activités inscrites aux art. L112-1 du code de la recherche et L123-3 du code de l'éducation – notamment la formation, la recherche, l'innovation et l'appui aux politiques publiques pour répondre aux besoins économiques, sociaux et de développement durable –.

Par ailleurs, au-delà du partenariat universitaire, l'importance des fonds à mobiliser au titre de la dotation initiale rend difficile le recours à ce type de structure. Des exemples existent néanmoins : la fondation Université de Strasbourg, fondée par l'Université de Strasbourg et à laquelle se sont rattachés les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) ou la fondation FondaMental, dédiée à la lutte contre les maladies mentales.

1.5.2.4 La fondation hospitalière a un objet social trop réduit pour emporter l'adhésion des établissements publics de santé

La possibilité de créer une fondation hospitalière remonte à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)⁹⁶, complétée par un décret du 23 août 2014⁹⁷. Dotée de la personnalité morale et créée par un ou plusieurs fondateurs pour réaliser une ou plusieurs œuvres d'intérêt général, la fondation hospitalière présentait initialement un inconvénient majeur, celui de disposer d'un objet social exclusivement centré sur le financement de missions de recherche. Si à l'aune de la crise sanitaire, l'objectif de la fondation hospitalière a été étendu aux « *activités de recherche ou de soins* »⁹⁸, celui-ci ne paraît pas suffisamment adapté à ce jour pour répondre aux ambitions des établissements publics de santé – les actions liées à la Qualité de Vie au Travail des personnels en sont exclues –.

En termes de fonctionnement, la fondation dispose de l'autonomie financière ; des spécificités liées à la composition du conseil d'administration sont précisées. Au-delà, les dispositions réglementaires liées aux FRUP s'appliquent aux fondations hospitalières⁹⁹.

Le recours à la fondation hospitalière, spécialement conçue pour les établissements publics de santé, rencontrerait probablement davantage de succès si les dispositions législatives qui l'encadrent permettaient de disposer d'un objet social plus large.

1.5.2.5 L'association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, malgré sa souplesse, ne permet pas de bénéficier de certaines formes de soutien

L'association est définie comme « *la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur*

⁹⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, art. 8.

⁹⁷ Décret n°2014-956 du 21 août 2014 relatif aux fondations hospitalières, JORF n°0194 du 23 août 2014.

⁹⁸ Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020, art. 6.

⁹⁹ Art. L6141-7-3 CSP.

activité dans un but autre que celui de partager des bénéfices. Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et aux obligations »¹⁰⁰.

Le modèle associatif ne peut être mis en place qu'à la condition d'une association entre deux personnes physiques, les personnes morales étant exclues, à la différence du fonds de dotation par exemple. Par ailleurs, si ce type de structure est facile à constituer et peut recevoir de l'argent public, il présente néanmoins des inconvénients.

En effet, l'association ne peut recevoir que des dons manuels et n'est pas habilitée à recevoir des libéralités – à l'exception de celles reconnues d'utilité publique –. De surcroît, à la différence du fonds de dotation, elle ne constitue pas une structure redistributrice – collecter des fonds pour les redistribuer à l'établissement public de santé sans réaliser elle-même une mission d'intérêt général et rendre les dons éligibles aux réductions d'impôt –.

1.5.2.6 Le fonds de dotation constitue le principal outil juridique retenu par les établissements pour mettre en œuvre une politique de mécénat

Créé par la loi du 4 août 2008¹⁰¹, le fonds de dotation est une structure juridique dédiée au mécénat et aux actions d'intérêt général. La législation le définit comme « *une personne morale de droit privé à but non lucratif qui reçoit et gère, en les capitalisant, des biens et droits de toute nature qui lui sont apportés à titre gratuit et irrévocable et utilise les revenus de la capitalisation en vue de la réalisation d'une œuvre ou d'une mission d'intérêt général ou les redistribue pour assister une personne morale à but non lucratif dans l'accomplissement de ses œuvres et de ses missions d'intérêt général* ».

Le principal outil juridique utilisé par les établissements publics de santé

Le fonds de dotation est le principal outil juridique retenu par les établissements pour mettre en œuvre une stratégie de mécénat. En effet, il présente l'avantage d'être souple dans ses modalités de constitution et de fonctionnement, tout en étant habilité à recevoir des dons et legs : l'article 910 C.civ. relatif à l'autorisation préfectorale préalable ne leur est pas applicable, contrairement aux établissements publics de santé¹⁰².

Ainsi, en termes de constitution, le fonds de dotation peut être créé par une ou plusieurs personnes physiques ou morales, pour une durée déterminée ou indéterminée. Les fondateurs disposent d'une grande liberté quant à la rédaction des statuts et l'organisation de sa gouvernance. La procédure de constitution est décrite au sein d'une circulaire du 19 mai 2009¹⁰³ qui fournit également des modèles-types de documents liés à la vie du fonds de dotation – rédaction des statuts, modifications... –. Le fonds de dotation acquiert par ailleurs la personnalité morale dès la publication des statuts au JOAFE.

¹⁰⁰ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association, JORF du 2 juillet 1901, art. 1.

¹⁰¹ Loi n°2008-776, *op. cit.*, p.8.

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ Circulaire du 19 mai 2009, *op. cit.*, p.14.

L'impossibilité de recevoir des fonds publics

Aussi, le fonds de dotation peut faire appel à la générosité du public après autorisation du représentant de l'État dans le département. En revanche, il n'est pas habilité à recevoir des fonds publics ; la législation indique à cet effet que « *les établissements publics ou les collectivités territoriales ne peuvent pas mettre à disposition des fonds de dotation à titre gratuit, même temporairement, un local, du matériel ou des personnels. Une telle attribution serait, en effet, une affectation de fonds publics interdite par la loi* »¹⁰⁴.

Or, cet élément suppose de lever un certain nombre d'obstacles en termes de fonctionnement : occupation des locaux, personnels en charge du fonds de dotation etc.

L'exigibilité d'une dotation initiale de 15.000 euros et la possibilité de déroger au principe de sa non-consomptibilité

La loi du 31 juillet 2014¹⁰⁵ a rendu obligatoire la constitution d'une dotation minimale, à hauteur de 15.000 euros¹⁰⁶, non consomptible par principe. Il est possible d'y déroger si la consomptibilité est prévue par les statuts, ce qui est souvent le cas dès lors que la dotation initiale minimale a été particulièrement difficile à rassembler, et ce afin de pouvoir lancer des projets rapidement et insuffler une dynamique vertueuse. Il s'agit en effet d'un obstacle certain dans la mise en place d'un fonds de dotation.

Enfin, les fonds de dotation les plus matures peuvent également être transformés en FRUP et peuvent donc être en partie considérés comme une structure préfiguratrice. Cette transformation est permise depuis la loi du 31 juillet 2014 et nécessite un décret en CE pris après délibération du conseil d'administration du fonds de dotation¹⁰⁷.

Si le cadre législatif et réglementaire permet aux établissements publics de santé de déployer une politique de mécénat dans un contexte de diversification des ressources, le mécénat permet également de soutenir et mettre en œuvre des projets innovants. La crise sanitaire a montré la générosité de la population à l'égard des causes qui lui sont chères et a permis à différents établissements de franchir le pas. Ainsi, si l'intérêt est avéré, la volonté de mettre en place une telle politique ou la création d'une structure *ad hoc* ne suffisent pas pour insuffler une dynamique vertueuse et nécessitent par conséquent la construction d'une véritable stratégie de développement.

Dès lors, après avoir dressé un état des lieux du mécénat, il convient de définir les contours d'une politique de développement et d'une stratégie de mise en œuvre réussies.

¹⁰⁴ Comité de suivi des fonds de dotation, Direction des Affaires Juridiques des ministères économiques et financiers, « *Clausier pour la rédaction des statuts d'un fonds de dotation* », mars 2015, p.7, en ligne.

¹⁰⁵ Loi n°2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, JORF n°176 du 1^{er} août 2014.

¹⁰⁶ Décret n°2015-49 du 22 janvier 2015 relatif aux fonds de dotation, JORF n°0020 du 24 janvier 2015, art. 1^{er}.

¹⁰⁷ Loi n°2014-856, art. 87, *op. cit.*, p.26.

2 Méthodologie de définition et de mise en œuvre d'une stratégie de mécénat

2.1 Analyser le territoire et ses caractéristiques en lien avec les objectifs institutionnels et les possibilités de mutualisation à l'échelle du GHT à l'aide d'une matrice SWOT

La mise en œuvre d'une stratégie de mécénat fait nécessairement suite à un travail de réflexion qui démarre par une étude approfondie du territoire, mais également par la réponse à différentes questions, dont les réponses sont *a priori* évidentes mais qui ne doivent pas être minimisées tant elles sont structurantes et contribuent à sa réussite.

En effet, au-delà des établissements publics de santé, le champ du mécénat est investi depuis plus de trente ans par des organismes d'intérêt général qui sont aujourd'hui très professionnels et agissent avec méthodologie. Par conséquent, pour réussir, « *l'hôpital doit donc se préparer à entrer dans la bataille et, avant toute chose, intégrer ce mouvement comme un véritable choix stratégique de l'établissement et être prêt à s'engager dans une évolution – voire une révolution – tant culturelle qu'administrative, ainsi qu'à investir les moyens nécessaires à cette nouvelle évolution* »¹⁰⁸.

Ainsi, cette réflexion peut être menée en constituant un groupe de travail représentant les différents acteurs hospitaliers de manière à échanger sur ces éléments. La présence du chef d'établissement et du Président de la CME semble nécessaire tant leur soutien sera précieux tout au long de la mise en œuvre de cette politique. Au vu de l'expérience du CLCC Léon-Bérard, « *c'est sur la base de ces questions qu'a pu ensuite se construire le cœur de la stratégie de collecte de fonds : la définition des cibles auprès desquelles collecter et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir* »¹⁰⁹.

Dès lors, il convient notamment de s'interroger sur le tissu économique local et sa structuration, mais également sur les caractéristiques socio-économiques du territoire. Par ailleurs, un repérage des organismes d'intérêt général qui mènent une politique de mécénat et agissent sur le territoire est à réaliser, notamment ceux qui œuvrent dans le champ de la santé. L'identification des réseaux mobilisables – entreprises, associations – susceptibles d'apporter un soutien à la politique de mécénat permettra de les solliciter dès la mise en œuvre de la stratégie de collecte de fonds.

De manière endogène, il convient de s'interroger sur la notoriété de l'établissement et les éléments susceptibles d'être mis en avant, mais également quant à la présence d'associations de patients agissant au sein de l'établissement. Il convient en effet d'anticiper

¹⁰⁸ Florence MAHÉ-DOMBIS, *op. cit.*, p.7.

¹⁰⁹ Élise TABET, « *Fundraising à l'hôpital. Le cas du centre Léon-Bérard* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.302.

la coexistence d'associations variées et susceptibles de contribuer à des objectifs communs, mais parfois de manière isolée. Les HUS ont par exemple signé une convention tripartite avec la fondation Université de Strasbourg et les associations de patients présentes en son sein, « *dont les dispositions assurent aux associations de patients d'être considérées comme de véritables mécènes* ». Il est aussi précisé que « *les associations de patients souhaitent bénéficier d'une visibilité au sein de l'hôpital* ».

D'autres questions doivent être abordées, en lien avec les questions éthiques que la mise en œuvre d'une démarche de mécénat peut soulever, mais également en ce qui concerne les objectifs et la manière de collecter des fonds, *v. supra*.

Aussi, l'étude du territoire doit également permettre d'identifier le positionnement des autres acteurs hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, à but lucratif ou non lucratif, d'anticiper les situations de concurrence, y compris à l'intérieur du GHT. Par exemple, au sein du GHT Alliance de Gironde composé de dix établissements, au moins trois établissements développent une politique de mécénat en propre.

Or, cette situation peut *in fine* desservir certains établissements dans la mesure où, au-delà du mécénat des établissements publics de santé mené de manière concurrente, existent différents organismes à but non lucratif qui s'engagent pour la santé ou d'autres causes. En effet, « *si plusieurs fondations existent sur le même territoire et qu'elles portent une même cause (...), de grands risques émergent : parasitage de prospects, tensions entre acteurs, messages mal perçus par les mécènes potentiels qui ne savent plus à qui s'adresser et qui peuvent avoir la sensation que les structures sont concurrentes* »¹¹⁰.

Dès lors, il apparaît pertinent d'envisager des possibilités de construction d'une démarche de mécénat commune à l'échelle d'un même territoire, par exemple au sein du GHT. Les entretiens réalisés montrent en effet qu'il est possible de construire une politique de mécénat dès la genèse du projet, à l'image du GHT Navarre Côte basque, ou bien ultérieurement, à l'image des HUS qui ont rejoint la fondation Université de Strasbourg créée en 2008 depuis 2012. En outre, quel que soit le mode de mise en œuvre de la politique de mécénat, les mutualisations à l'échelle du GHT ont été rencontrées au cours des entretiens réalisés : à l'image du GHT des Alpes du Sud, au travers d'une gestion en régie directe, ou bien du GHT d'Armor avec le fonds de dotation Liamm.

Une telle stratégie de mutualisation est néanmoins susceptible de ne pas répondre aux besoins d'un territoire : certains établissements estiment en effet que la mise en œuvre d'une stratégie de mécénat à l'échelle du GHT – généralement sur un même département –, n'est pas pertinente car trop large. Il conviendrait alors de raisonner sur la zone d'attractivité de l'établissement dans la mesure où les habitants sont plus enclins à soutenir les établissements en proximité que ceux d'un territoire plus large.

¹¹⁰ Thomas HECKEL, Yara LE CORFF, « *Diversifier et développer les ressources. La Fondation Université de Strasbourg* », Gestions Hospitalières, n°596, mai 2020, p. 283.

Par conséquent, si une telle stratégie de mutualisation n'est pas adaptée à tous les territoires et ne saurait être systématiquement mise en œuvre, elle constitue une piste qu'il convient d'envisager à ce stade de la réflexion. La question de la pertinence d'une stratégie territoriale est à envisager, tout comme le souhait ou non des acteurs de travailler ensemble pour mettre en œuvre une stratégie commune. Celle-ci permet en outre de mutualiser les moyens, notamment en ce qui concerne le recrutement d'un ou des personnels chargés de la collecte de fonds.

Enfin, si certains établissements choisissent de se faire accompagner par un cabinet de conseil pour définir leur stratégie, à l'image du CLCC Léon-Bérard, la réponse aux questions précitées, et de manière complémentaire, l'utilisation d'une matrice SWOT – *v. infra* – pourra être utilisée afin d'identifier les forces et les faiblesses de l'établissement de manière à prévenir les freins susceptibles d'obérer la réussite de la stratégie définie.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quels sont les points forts de l'établissement à valoriser ? ➤ Les liens avec le tissu associatif et/ou économique local existent-ils déjà ? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les moyens sont-ils limités ? ➤ Existe-t-il des oppositions internes à la mise en œuvre d'une politique de mécénat ?
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quels partenaires peuvent être sollicités ? ➤ Quel est le tissu économique local ? ➤ Existe-t-il des possibilités de partenariats avec d'autres établissements de santé (GHT) ? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Des structures du territoire se sont-elles d'ores et déjà lancées dans une démarche de mécénat ?

2.2 Choisir un outil et définir ses modalités de fonctionnement pour déployer la stratégie de mécénat

2.2.1 Le choix d'une structure juridique *ad hoc* : le fonds de dotation

La mise en œuvre d'une stratégie de mécénat peut être gérée en régie directe ou par le biais d'une structure *ad hoc*, *v. supra* ; « la constitution d'une structure *ad hoc* ne présente donc pas un caractère obligatoire, mais répond plus à une question d'opportunité et de structuration de la démarche de mécénat »¹¹¹.

¹¹¹ Laurent BUTSTRAEN, *op. cit.*, p.1.

En effet, à l'aune des entretiens réalisés, certains établissements publics de santé se sont lancés dans le déploiement d'une politique de mécénat après un travail de réflexion quant aux objectifs qui lui ont été assignés, d'autres davantage par opportunité, en lien avec la proposition d'un partenaire ou bien encore en lien avec la situation liée à la Covid-19 et les nombreux dons qui ont afflué vers les établissements de santé. Le CHI Alençon-Mamers a par exemple fait le choix de créer une fondation sous l'égide de la fondation Charles-Nicolle Normandie dans la mesure où l'établissement répondait déjà régulièrement à des appels à projet de cette fondation. Les HUS ont quant à eux choisi de rejoindre la fondation Université de Strasbourg au regard des forts liens tissés avec l'Université de Strasbourg à travers les personnels hospitalo-universitaires.

Concernant le Centre hospitalier de Béziers, une réflexion quant au lancement d'une politique de mécénat était en cours depuis plusieurs années. En lien avec le mouvement de générosité dont il a été bénéficiaire de la part de la population ainsi que des acteurs économiques du territoire, l'établissement a créé le fonds de dotation Actions Solidarité de l'Hôpital de Béziers (ASHB) aux fins de porter sa politique de mécénat.

Au regard de l'expérience du Centre hospitalier de Béziers, mais également de celle des établissements publics de santé interrogés dans le cadre de ce mémoire, les dispositions relatives aux fonds de dotation sont plus particulièrement développées dans la mesure où ils sont particulièrement représentés. En effet, parmi les établissements interrogés, plus de 22% déploient leur politique de mécénat en régie directe quand plus de 67% recourent au fonds de dotation – les fondations ne sont ni représentatives au sein de l'échantillon, ni au niveau des établissements publics de santé qui y recourent –. Si ces chiffres ne concernent qu'un échantillon très limité d'établissements, ils permettent néanmoins d'estimer une tendance plus globale qui traduit l'engouement des établissements publics de santé pour les fonds de dotation.

Par conséquent, même si la majorité des éléments abordés concernent à la fois la gestion directe ou à travers une structure *ad hoc*, certaines dispositions concernant spécifiquement les fonds de dotation seront plus particulièrement développées.

Ainsi, après avoir mené un travail de réflexion quant aux enjeux pour l'établissement à déployer une politique de mécénat, à l'étude du territoire et aux possibilités de collaboration, il convient de définir la manière dont elle sera mise en œuvre : en gestion directe ou au travers d'une structure *ad hoc*. Au regard des éléments abordés *supra*, seuls les éléments relatifs aux fonds de dotation et à la gestion directe seront développés ici, de manière à mettre en exergue leurs principaux avantages et inconvénients.

Les équipes du Centre hospitalier de Béziers se sont par exemple interrogées sur la nécessité ou non de mettre en place un outil juridique *ad hoc* pour développer sa stratégie de mécénat. Parmi ses objectifs figurait notamment la volonté de garantir la traçabilité des dons, facilement mise en œuvre au travers d'une structure *ad hoc*, à l'image d'un fonds de

dotations, celui-ci présentant par ailleurs l'avantage d'être facile à créer et souple dans sa structuration. Ce dernier avantage explique en partie les raisons de son succès, le Centre hospitalier de Béziers ou le CHU de Toulouse, au-delà de la volonté de recourir à une structure distincte, ont choisi le fonds de dotation pour la facilité de sa mise en place.

A contrario, le CHU de Dijon a préféré la gestion directe dans la mesure où il n'y a pas de structure juridique dédiée à créer, l'institution pouvant elle-même recevoir des dons et legs. Le fonds de dotation nécessite par ailleurs d'être autorisé par le préfet pour faire appel à la générosité publique¹¹². Ce choix est également partagé par d'autres établissements interrogés ; un Directeur interrogé a par exemple indiqué que, malgré la souplesse juridique et financière permise par les fonds de dotation, ces derniers imposent une certaine lourdeur, liée notamment aux instances – à *constituer et à réunir* – et une nouvelle organisation administrative à mettre en place. Par ailleurs, dans le cas d'une structure *ad hoc*, des frais de gestion sont à prévoir pour assurer son fonctionnement. La fondation Université de Strasbourg prélève ainsi, sur chaque don financier perçu, « 4% de frais de gestion, qui contribuent au financement de la structure »¹¹³.

Par conséquent, le choix de développer une politique de mécénat en gestion directe ou au travers d'une structure *ad hoc* n'est pas anodin. Le CHU de Lille a par exemple pu s'interroger sur le passage d'une gestion au travers d'un fonds de dotation à une gestion en régie directe, la traçabilité et le fléchage des dons ont finalement entraîné le maintien du fonds de dotation. Aussi, quel que soit le choix de l'établissement, il doit servir les objectifs de celui-ci, qui auront été préalablement identifiés, en pesant les avantages et les inconvénients d'une gestion directe ou d'une structure *ad hoc*.

2.2.2 Recourir au fonds de dotation nécessite la mise en place d'une gouvernance dédiée

2.2.2.1 Constituer un conseil d'administration est obligatoire sur le principe mais sa composition et son organisation restent souples

Pour les établissements qui souhaitent déployer une politique de mécénat à travers un fonds de dotation, il convient de mettre en place une gouvernance interne.

En effet, la loi du 4 août 2008 prévoit que « *le fonds de dotation est administré par un conseil d'administration qui comprend au minimum trois membres nommés, la première fois, par le ou les fondateurs. Les statuts déterminent la composition ainsi que les conditions de nomination et de renouvellement du conseil d'administration* »¹¹⁴.

Dès lors, la législation laisse des marges de manœuvre importantes aux fonds de dotation pour la composition de leur conseil d'administration. Néanmoins, si la gouvernance

¹¹² Circulaire du 19 mai 2019, *op. cit.*, p.14.

¹¹³ Thomas HECKEL, Yara LE CORFF, *op. cit.*, p.28.

¹¹⁴ Loi n°2008-776 du 4 août 2008, *op. cit.*, p.8.

demeure souple dans sa mise en œuvre, elle n'est pas à négliger dans la mesure où « *le conseil d'administration doit s'exprimer sur les raisons profondes qui le conduisent à préconiser de développer tel ou tel mode de partenariat avec les entreprises* »¹¹⁵.

En effet, quel que soit le mode de mise en œuvre de la stratégie de mécénat, l'organe délibérant, *i.e.* le conseil de surveillance pour les établissements en gestion directe, ou le conseil d'administration pour les fonds de dotation ou autres outils, à l'image des fondations, a pour « *« missions principales d'approuver la stratégie de développement de (...) et de veiller à son exécution, d'arrêter les orientations générales pluriannuelles et le programme d'action annuel (...), de voter le budget et d'approuver les comptes de l'exercice clos* »¹¹⁶.

Par conséquent, la composition du conseil d'administration demeure stratégique : au-delà de la définition de la stratégie et du contrôle de sa mise en œuvre, ses membres sont également des facilitateurs pour approcher des réseaux et acteurs majeurs sur le territoire pour nouer des partenariats. Concrètement, le fonds de dotation ASHB a par exemple prévu la présence, au sein du conseil d'administration, de membres de la communauté médicale et non médicale du Centre hospitalier de Béziers, d'élus de la ville de Béziers, mais également de mécènes et de personnalités qualifiées en lien avec le secteur de la santé. Le Groupe Hospitalier Bretagne Sud (GHBS) va quant à lui proposer la nomination d'un représentant des usagers au sein du conseil d'administration du fonds de dotation Innovation Santé Bretagne Sud dans la mesure où ils constituent eux-aussi des ambassadeurs du mécénat sur le territoire.

Ainsi, le conseil d'administration demeure la seule instance à caractère obligatoire, sans préjudice de la mise en place d'autres espaces d'échange.

2.2.2.2 Quelle que soit la structure juridique de déploiement du mécénat, la mise en place d'une instance de concertation peut s'avérer pertinente

Parmi les établissements interrogés, une majorité d'entre eux ont fait le choix de mettre en place, au-delà de leur organe délibérant, un espace d'échanges aux objectifs variés selon les structures mais distincts ou complémentaires du conseil d'administration.

En effet, la dénomination de ces instances est différente d'un établissement à l'autre, tout comme leurs objectifs. Le fonds ASHB a par exemple choisi de mettre en place un comité opérationnel dont la mission est de « *mettre en place les actions, manifestations qui vont permettre d'atteindre les objectifs poursuivis et de mobiliser les moyens techniques, humaines et financiers pour y parvenir* »¹¹⁷. Ce comité est composé de mécènes volontaires, de personnalités qualifiées et de professionnels volontaires du Centre

¹¹⁵ Karine GALLOPEL-MORVAN (coord.), Pierre BIRAMBEAU, Fabrice LARCENEUX et al., *Marketing et communication des associations*, Paris. Dunod, 3^{ème} éd., p.159.

¹¹⁶ Thomas HECKEL, Yara LE CORFF, *op. cit.*, p.28.

¹¹⁷ Statut du fonds ASHB, art. 11.

hospitalier de Béziers. Si la composition y est ainsi tout à fait similaire à celle du conseil d'administration, à l'exception des élus, l'objectif de ce comité est en pratique de proposer et discuter des projets de manière démocratique au regard de sa composition.

D'autres établissements, à l'image du CHI de Mont-de-Marsan et du Pays des Sources, ont fait le choix de mettre en place ce type de comité, en l'occurrence un comité des mécènes, qui examine les projets proposés et peut poser des questions à leurs soumissionnaires, puis formule et rend un avis au conseil d'administration qui, *in fine*, décide des projets qui seront effectivement soutenus. Le conseil scientifique et d'orientation qui se réunit au fonds Liamm du GHT d'Armor fonctionne également ainsi, et utilise une grille de cotation des projets qui lui sont soumis pour les classer avant de les transmettre aux membres du conseil d'administration.

Au total, si l'intention est louable, la volonté de mettre en place cette quasi-instance supplémentaire se heurte parfois à des difficultés de mise en œuvre, notamment au regard de la disponibilité de leurs membres. Le fonds Institut Saint-Jacques – CHU de Toulouse – réunit par exemple les membres de son comité d'affectation des dons une dizaine de fois par an, tout en sachant qu'il existe par ailleurs un comité scientifique et technique, en sus du conseil d'administration. Il convient donc de s'interroger préalablement sur la disponibilité des membres, mais également sur la capacité des personnels en charge du mécénat à assurer la gestion de ces instances et comités.

D'autres établissements ont quant à eux fait le choix de ne pas mettre en place ce type de comité, et laissent au conseil d'administration le soin d'arbitrer le choix des projets, à l'exception éventuellement de ceux qui sont le moins coûteux, décidés par les personnes en charge du mécénat. C'est par exemple le cas au Centre hospitalier d'Arcachon ou au CHU de Lille qui permet à l'équipe en charge du mécénat d'arbitrer le choix des projets inférieurs à 10.000€.

2.3 Définir des objectifs institutionnels pour la recherche de fonds

2.3.1 Au-delà de la définition de l'objet social, le mécénat permet de contribuer à ouvrir l'hôpital sur l'extérieur en développant les liens avec les acteurs du territoire

Au-delà du contexte territorial et des modalités de mise en œuvre de la politique de mécénat, il convient de s'interroger sur ses objectifs institutionnels. Ainsi, les questions pertinentes à ce stade peuvent être en lien avec l'objet social de la structure *ad hoc*, ou plus globalement de la politique de mécénat, *i.e.* dans quels objectifs le déploiement d'une collecte de fonds s'inscrit-il ?

Cette question n'est, là non plus, pas anodine, dans la mesure où l'objet social de la structure, auxquels répondront les projets soutenus par les mécènes, devra répondre à une finalité d'intérêt général pour être éligibles aux avantages fiscaux, *v. supra*.

« Généralement, quatre pistes sont développées dans les campagnes d'appel au don : l'amélioration du confort, la recherche-innovation, la formation et la culture »¹¹⁸. Ces propos de Florence MAHÉ-DOMBIS se vérifient à travers les entretiens réalisés.

En effet, le fonds ASHB s'est par exemple fixé cinq objectifs dans son statut, à savoir l'amélioration des conditions de prise en charge des patients, le développement et la valorisation de la recherche médicale, la promotion de la QVT, l'aide au financement d'investissements pour l'équipement immobilier et mobilier et enfin la promotion de la culture, des sports et des arts auprès des usagers du Centre hospitalier de Béziers.

L'innovation constitue l'objectif le plus recherché parmi les établissements interrogés. Certains ont un objet social très large, à l'image du fonds ASHB ou de l'Institut Saint-Jacques dont les objectifs sont en lien avec la recherche et l'innovation médicale, la qualité de la prise en charge des patients, la préservation du patrimoine historique du CHU, et la RSE – notamment l'amélioration des conditions de vie au travail des personnels –. D'autres établissements ont quant à eux fait le choix d'un objet social beaucoup plus restreint, à l'image du fonds Aliénor, lié à la promotion, au soutien et au développement de la recherche en santé et de l'innovation médicale au CHU de Poitiers ou bien encore du fonds Horizon Atlantique 17 concernant plus spécifiquement l'innovation et la recherche clinique.

Enfin, d'autres établissements ou structures *ad hoc* prévoient, bien qu'ils soient plus rares à le formaliser, qu'un des objectifs poursuivis est lié à l'ouverture de l'hôpital sur la ville. Dans ce cadre, le Centre hospitalier de Saintonge a par exemple retenu cet objectif en affirmant qu'il constitue un bien public et que les usagers, les collectifs et les entreprises peuvent s'y associer. Cet objectif est également partagé par le Centre hospitalier d'Arcachon : son Directeur considère en effet l'ouverture sur la ville comme un enjeu majeur, permettant de créer du lien avec la ville et la population tout en intégrant l'hôpital comme un acteur au cœur de la cité. Le mécénat constitue ainsi un moyen intéressant pour ouvrir l'hôpital sur la ville et créer du lien avec son territoire. Considérant que le secteur médico-social est beaucoup plus ouvert sur la ville que les structures sanitaires, le Centre hospitalier de Saintonge a par exemple débuté la mise en œuvre de sa politique de mécénat par ses établissements sanitaires avant de l'ouvrir aux établissements médico-sociaux avec lesquels il est en direction commune et qui sont quant à eux déjà très ancrés sur le territoire.

En tout état de cause, quels que soient les objectifs poursuivis par la politique de mécénat, il convient que ceux-ci soient liés au soutien, à la valorisation, au financement ou à la mise en œuvre de projets d'intérêt général, condition *sine qua non* d'éligibilité aux avantages fiscaux, *v. supra*, mais également liés à l'existence même de la structure *ad hoc*.

¹¹⁸ Pauline GRAULLE, « L'hôpital ne se moque plus de la charité », Gestions Hospitalière, n°546, mai 2015, p.318.

2.3.2 Définir la typologie des projets finançables par le mécénat

Au-delà de l'objet social, la réflexion stratégique relative à la politique de mécénat amènera à s'interroger sur les types de projets à soutenir. Ainsi, dans le respect de l'objet social, la politique de mécénat a-t-elle pour objectif de financer des frais de fonctionnement ou seulement des investissements ? Ces derniers peuvent-ils être financés alors que l'établissement dispose de la capacité financière pour les réaliser ? Les projets soutenus peuvent-ils être cofinancés par d'autres entités, l'établissement de santé et/ou une fondation ?

Sur ces éléments, si de nombreux acteurs considèrent que « *le mécénat n'a pas vocation à financer le fonctionnement de l'hôpital mais il est un souffle, une dynamique, un véritable déclencheur d'innovations au profit des patients et/ou des professionnels de santé* »¹¹⁹, certains établissements en difficulté financière ne s'interdisent pas pour autant d'utiliser des fonds issus du mécénat pour financer des frais de fonctionnement.

Néanmoins, quels que soient les objectifs de l'établissement et la structure *ad hoc* éventuelle, il convient de garder à l'esprit que le mécène potentiel préfère soutenir des projets originaux et capables de susciter l'intérêt du plus grand nombre que de contribuer à financer des frais de fonctionnement. Le caractère innovant des projets à proposer revient régulièrement chez la plupart des établissements interrogés ; l'objectif est ainsi de dépasser ce que permettent classiquement les financements publics. Pour le CHU Grenoble Alpes, « *les projets du fonds de dotation ont un point commun : ce sont des projets pilotes, innovants, qui visent à compléter ce que permet déjà le fonctionnement habituel de l'hôpital via des actions originales pour améliorer le confort, le bien-être et l'accompagnement des patients et de leurs proches afin d'aller « au-delà des missions classiques hospitalières »* »¹²⁰.

Aussi, si le caractère innovant des projets constitue un élément important pour les la plupart des établissements de manière à susciter l'intérêt des mécènes, le fait de proposer de manière complémentaire des projets peu coûteux est pertinent. Ce choix a par exemple été fait par le fonds de dotation du Centre hospitalier d'Arcachon avec un objectif : ne pas essouffler la dynamique de dons du fait de projets trop coûteux et longs à mettre en œuvre. Ainsi, le financement de projets plus ou moins coûteux, innovants mais parfois très simples à mettre en œuvre permet d'instaurer une dynamique vertueuse par l'aboutissement régulier de projets permettant ainsi aux donateurs de matérialiser le bénéfice de leur soutien.

Dès lors, ces questions méritent d'être posées lors de la définition de la stratégie de mécénat ; les réponses dépendront quant à elles de l'établissement et de ses objectifs, en

¹¹⁹ Vincent BITKER, *op. cit.*, p.2.

¹²⁰ Monique SORRENTINO, Pr. Marie-Thérèse LECCIA, Christian ZANNINI, « *Renforcer les liens entre l'hôpital et son territoire. Illustration pendant la crise du COVID-19* », *Gestions Hospitalières*, n°596, mai 2020, p. 304.

lien avec son contexte, notamment financier et territorial. En fonction de celles-ci, les modalités d'émergence des projets à soutenir seront à envisager.

2.3.3 Arbitrer quant à l'émergence des projets à soutenir : une revue de projets ou des appels à projets auprès de la communauté hospitalière ?

« *Du grand mécène au petit donateur, ce n'est pas un don au « pot commun » qui motive mais la possibilité de s'engager dans un projet ciblé et précis* »¹²¹. En effet, si les dons ont afflué spontanément durant les premiers mois de la pandémie de Covid-19, il est en règle générale plus facile de s'assurer du soutien des mécènes dès lors que des projets suscitant leur intérêt et pour lesquels leur aide est nécessaire leur sont présentés.

Concrètement, « *les projets sont généralement présentés dans un dossier écrit et sur le site Internet de l'établissement où sont présentés les raisons de sa mise en place, les personnes bénéficiaires, le calendrier, le budget et les résultats attendus. Ce document a pour but de susciter l'enthousiasme et l'adhésion autour du projet* »¹²².

Si la présentation varie, les projets sont en règle générale mis en avant sur le site Web de la structure en charge du mécénat ou de l'établissement de santé lui-même. Des fiches projet peuvent être structurées avec les items précités et peuvent être remises aux mécènes potentiels qui sont rencontrés. Il est important que ces supports soient visuels et suscitent l'attention des mécènes potentiels.

Pour que ces projets soient proposés, l'établissement ou la structure *ad hoc* doit néanmoins s'interroger sur les modalités de leur émergence. Si de nombreux établissements recourent aux appels à projet, il convient de bien les encadrer de manière à ne pas susciter d'espoirs inutiles auprès des professionnels. Pour preuve, l'expérience des établissements interrogés : par exemple, le Centre Hospitalier de la Côte Basque a recueilli des projets très hétérogènes : des projets peu coûteux et d'autres aux coûts plus qu'importants et qui rendent les suites à donner délicates, tant en termes d'arbitrage que de mise en œuvre et de retour aux professionnels. L'institut Saint-Jacques – CHU de Toulouse – a quant à lui recueilli 75 projets sur une fenêtre de trois semaines parmi lesquels 27 ont été retenus, ce qui nécessite une implication de l'ensemble de ses personnels : dès lors que les projets sont proposés et financés *in fine*, il convient en effet d'être en capacité de les mettre en œuvre. A défaut, la frustration des professionnels viendrait s'ajouter à la perte de légitimité de la politique de mécénat.

Au-delà des appels à projet, d'autres structures font le choix de procéder différemment. Le fonds ASHB a par exemple saisi pour avis les membres du comité opérationnel de projets issus de propositions de l'équipe de direction du Centre hospitalier de Béziers. Le Centre hospitalier de Saintonge propose quant à lui une alternative : les

¹²¹ Florence BUSSON-VILLA, Karine GALLOPEL-MORVAN, Marine LE GALL-ELY, *op. cit.*, p.9.

¹²² *Ibid.*

directeurs référents de pôle jouent un premier rôle de filtre sur la base des propositions issues du terrain, puis soumettent les projets à la direction de l'établissement pour arbitrage. Une fois validé, la fiche projet afférente est rédigée. Cette organisation permet à la fois un échange avec les équipes tout en évitant la lourdeur des procédures d'appel à projets.

Ainsi, quelles que soient les modalités d'émergence des projets, il convient d'informer les équipes, de les accompagner si nécessaire dans la réponse à l'appel à projet, tout en déterminant préalablement les filtres et critères d'éligibilité : si l'émergence des projets est importante, la capacité à les mettre en œuvre l'est tout autant.

2.3.4 Déterminer les modalités de choix des projets à soutenir et la répartition des dons

Des éléments qui précèdent découlent les objectifs et les projets qui sont financés. Néanmoins, si certains dons sont fléchés et pour lesquels l'affectation doit être respectée – à défaut, le don peut être refusé –, d'autres ne le sont pas et doivent être répartis. Par ailleurs, dans le cas des structures *ad hoc*, le budget doit prendre en compte les frais de gestion – charges de personnel, administratives et financières ... –.

Ainsi, il demeure pertinent de s'interroger sur le choix des projets qui seront mis en avant pour bénéficier d'un soutien des mécènes, mais également en ce qui concerne la répartition des dons.

En effet, concernant la répartition des dons, la situation ne pose *a priori* pas de difficulté lorsque les dons sont fléchés vers un service ou un projet particulier. La volonté du mécène est respectée, sans préjudice d'un éventuel prélèvement au titre des frais de gestion. Certains établissements affectent par exemple les dons fléchés en recette du service bénéficiaire qui l'utilise ainsi comme il le souhaite, y compris pour le financement de charges d'exploitation.

En outre, pour ce qui concerne les dons non fléchés, l'établissement ou la structure dédiée est amenée à s'interroger sur leur répartition. Le fonds de dotation du CHU de Lille consacre quant à lui les dons non fléchés qu'il reçoit au financement de ses frais de gestion – les personnes interrogées estiment que le ratio des dons non fléchés est faible –. Au sein du GHT d'Armor, les dons non fléchés sont quant à eux affectés au financement des projets après un prélèvement de 20% au titre des frais de gestion alors qu'au Centre hospitalier de Saintonge, ils financent des projets culturels à faible coût.

Pour les structures *ad hoc*, la question des frais de gestion ne doit pas être écartée dans la mesure où, pour les fonds de dotation par exemple, ils ne peuvent pas recevoir de financements publics. Il convient ainsi, à l'image de l'institut Saint-Jacques – CHU de Toulouse – d'arrêter un budget prévisionnel comportant les frais de gestion – frais de Commissaire Aux Comptes (CAC), location des bureaux, charges de personnel... – pour anticiper les recettes à mobiliser au regard des dépenses et des projets à financer. Sur la

base de ce budget prévisionnel, un plan de développement sera défini pour l'année afin d'assurer un équilibre budgétaire.

Par ailleurs, des cofinancements établissement de santé-structure *ad hoc* peuvent le cas échéant être mis en place et faciliter la mise en œuvre des projets, à l'image du Groupe Hospitalier Littoral Atlantique et du fonds Horizon Atlantique 17 ou du Centre hospitalier de Béziers et du fonds ASHB.

Aussi, concernant le choix des projets, quelle que soit la manière dont ils émergent, le circuit de décision des projets qui bénéficieront ou non d'un soutien est à définir. Pour les structures *ad hoc*, la prise de décision se fait généralement par le conseil d'administration lui-même ou par les personnes en charge du mécénat, après délégation du conseil. Dans l'hypothèse où un comité est mis en place, celui-ci rend généralement un premier avis par lequel le conseil d'administration n'est pas lié. Pour les établissements en gestion directe, les arbitrages sont généralement effectués par un comité interne ou bien par l'équipe en charge du mécénat, avec l'accord du chef d'établissement.

Enfin, pour favoriser l'équité entre les projets et limiter les risques d'avis rendus par des professionnels à la fois juges et parties – la plupart des comités internes sont composés de membres du personnel –, certains établissements, à l'image du GHBS, ont mis en place une grille de cotation. Celle-ci permet d'examiner et de prioriser les projets de manière équitable, et sur la base de critères définis institutionnellement.

2.4 Mener une réflexion quant aux aspects éthiques liés à l'entrée du mécénat à l'hôpital et aux moyens de se prémunir des risques de conflits d'intérêts

2.4.1 S'assurer du concours du Délégué à la Protection des Données et du référent déontologue demeure fondamental dans la définition et la mise en œuvre de la stratégie de mécénat

Concernant le DPD

Que la politique de mécénat soit mise en œuvre en gestion directe ou par le biais d'une structure *ad hoc*, l'association du DPD à l'ensemble de la démarche est fondamentale. L'art. 38 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) dispose à cet effet que « *le responsable du traitement et le sous-traitant veillent à ce que le délégué à la protection des données soit associé, d'une manière appropriée et en temps utile, à toutes les questions relatives à la protection des données à caractère personnel* »¹²³. Une donnée

¹²³ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européenne et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), JOUE du 4 mai 2016.

à caractère personnel se définit comme « *toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable (...)* ».

Or, le principe de transparence posé par le RGPD implique l'impossibilité d'utiliser les données détenues par un établissement public de santé concernant la patientèle ou les commerciaux qui représentent les fournisseurs avec lesquels il travaille dans le cadre de la politique de mécénat. Cette impossibilité pourrait être levée dès lors que les personnes concernées, à titre individuel, ont été informées et ont donné leur consentement. Par exemple, un patient hospitalisé devrait consentir de manière explicite lors de son admission à ce que ses données administratives puissent être utilisées à des fins de démarchage dans le cadre d'une campagne d'appel aux dons. Le RGPD précise sur ce point que « *le consentement devrait être donné par un acte positif clair par lequel la personne concernée manifeste de façon libre, spécifique, éclairée et univoque son accord au traitement des données à caractère personnel la concernant, par exemple au moyen d'une déclaration écrite, y compris par voie électronique, ou d'une déclaration orale* ».

Par conséquent, au-delà des aspects techniques qu'il n'est pas possible de développer ici de manière exhaustive, le recours au DPD de l'établissement public de santé, ou dans le cadre d'une structure *ad hoc*, son association par une convention de mise à disposition, apparaît capital, sinon obligatoire pour conseiller l'établissement ou la structure dédiée. Un de ses objectifs sera en effet de veiller au respect du RGPD dans la constitution et l'utilisation d'une base de données des donateurs, et plus largement dans le déploiement de la stratégie de mécénat.

A défaut, la responsabilité de l'établissement public de santé, et éventuellement de la structure *ad hoc* pourrait être engagée. Une amende liée à la violation des dispositions du RGPD a par exemple été infligée à un hôpital néerlandais par l'Autorité néerlandaise de protection des données, assorties d'une obligation de mise en conformité¹²⁴.

Concernant le référent déontologue

A l'image du DPD, il convient également d'associer le référent déontologue de l'établissement public de santé à la construction de la stratégie de mécénat, mais également à sa mise en œuvre.

Mise en place par la loi du 20 avril 2016¹²⁵, la désignation d'un référent déontologue est obligatoire pour tout établissement public de santé. Conséquemment, si son concours n'est pas obligatoire pour les structures *ad hoc*, *a contrario* de la fonction de DPD, il est néanmoins conseillé dans la mesure où, au-delà des dispositions législatives et réglementaires, les liens entre l'établissement public de santé et la structure *ad hoc* sont forts : les fournisseurs du premier pourront par exemple être sollicités par le second qui

¹²⁴ V. par exemple Ministère des solidarités et de la santé, Agence du numérique en Santé, « *Les Pays-Bas infligent leur première amende RGPD pour violation de données* », en ligne.

¹²⁵ Loi n°2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, JORF n°0094 du 21 avril 2016, art. 11.

attendront du premier des contreparties ou des services pouvant potentiellement être assimilés à des conflits d'intérêts.

Le référent déontologue est chargé d'apporter « *tout conseil de nature à faire cesser ce conflit* »¹²⁶ ; un conflit d'intérêts est défini comme « *toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics et privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions* »¹²⁷.

Dans le cadre d'une gestion directe, les personnels en charge du mécénat devraient être particulièrement sensibilisés à ces questions, notamment quant à la possibilité de consulter le référent déontologue, mais également à leur devoir d'alerte dès lors qu'ils constateraient un conflit d'intérêts. L'article 25bis de la loi du 13 juillet 1983 dispose en effet que « *le fonctionnaire veille à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver* »¹²⁸.

2.4.2 Être vigilant à l'égard des avantages susceptibles d'être proposés aux fonctionnaires et agents publics par les industriels et pour lesquels ils doivent être sensibilisés

L'article L4113-6 CSP dispose *in limine* qu'« *est interdit le fait, pour les membres des professions médicales (...), de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages* ». Les fonctionnaires et agents publics de manière générale ainsi que les étudiants en formation initiale et continue sont également concernés par ces dispositions¹²⁹.

S'il n'existe pas de définition légale de l'avantage, celle de Dominique Laurent fait référence. Elle définit la notion d'avantage comme « *ce qui est alloué ou versé à une personne bénéficiaire sans contrepartie ou bien lorsque cette contrepartie est sans proportion avec ce qui est alloué ou versé* »¹³⁰.

Si rien ne s'oppose à ce qu'une personne de droit privé, à l'image d'une entreprise, soit à la fois prestataire d'un établissement public de santé et son mécène, il convient

¹²⁶ Décret n°2017-519 du 10 avril 2017 relatif au référent déontologue dans la fonction publique, JORF n°0087 du 12 avril 2017, art. 8.

¹²⁷ Loi n°2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, JORF n°0238 du 12 octobre 2013, art. 2.

¹²⁸ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, JORF du 14 juillet 1983.

¹²⁹ Note d'information n°DGOS/RH2/2020/157 du 11 septembre 2020 relative à l'application de l'article L. 1453-3 du code de la santé publique aux fins de mise en œuvre du dispositif « encadrement des avantages », p.5.

¹³⁰ Pauline ESTIVAL, « *La transparence des liens d'intérêts et la loi anti-cadeaux : impact de ces deux dispositifs sur le système de santé français* », thèse d'exercice pour le Diplôme d'État de Docteur en pharmacie, Université Clermont Auvergne, UFR de Pharmacie, 2019, p.19.

néanmoins de se prémunir contre les conflits d'intérêts. La différence avec le mécénat peut être tenue : avantage et mécénat peuvent notamment se distinguer au niveau du bénéficiaire. Dans le cadre d'un avantage, le bénéficiaire est généralement une personne physique, alors que dans le cadre du mécénat, les dons sont par principe réalisés au profit de l'établissement public de santé ou de la structure *ad hoc*.

Ainsi, sans être exhaustif, si les dispositions liées aux avantages s'appliquent de manière générale au sein des établissements publics de santé ; aucun avantage ne saurait être attribué à des fonctionnaires ou agents publics conditionnant le soutien au travers du mécénat à l'obtention d'un marché public par l'établissement public de santé par exemple.

Des dérogations à ces dispositions ont été précisées à l'article L1453-6 CSP¹³¹, à l'image des dons et libéralités destinés à financer des activités de recherche ou des rémunérations liées à l'hospitalité, de niveau raisonnable.

Afin de se prémunir contre tout risque d'influence, il conviendra de prévoir la signature d'une convention qui précise l'avantage octroyé, l'offrant, le bénéficiaire indirect et final même s'il est non-signataire de la convention. Une autorisation préalable peut par ailleurs être exigible selon l'objet et le montant de l'avantage.

En tout état de cause, sans développer davantage ces dispositifs, les fonctionnaires et agents publics, notamment ceux en charge du mécénat, pourraient être utilement sensibilisés à ce dispositif afin d'éviter tout risque de dérive.

2.4.3 Anticiper et prévenir les freins potentiels à la réussite de la politique de mécénat liés aux aspects éthiques

2.4.3.1 Les freins liés à la potentielle réticence du personnel

La réflexion stratégique autour de la politique de mécénat peut être accompagnée d'un certain nombre de réticences. Parmi les établissements interrogés, des organisations syndicales mais également des membres du personnel, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, se sont opposés au soutien du mécénat pour la mise en place de projets. Ils considèrent en effet que les établissements publics, en l'occurrence l'hôpital n'a pas à recevoir de fonds privés dans la mesure où il s'agit d'un établissement public, le mécénat ne faisant que colmater très partiellement ses difficultés de financement.

Si la démarche n'est pas anodine, il convient de rappeler que les hôpitaux ont longtemps été financés grâce à la générosité des mécènes et que le patrimoine hospitalier en est issu. Par ailleurs, la politique de mécénat ne semble pas traduire un désengagement de l'État dans la mesure où « *les dons réalisés en faveur d'organisations habilitées à les recevoir offrent à l'entreprise mécène ou au donateur une réduction fiscale (...). L'État*

¹³¹ Dans sa rédaction issue de l'art. 1^{er} de l'ordonnance n°2017-49 du 19 janvier 2017.

accepte donc de baisser ses recettes fiscales pour que les organisations d'intérêt général puissent bénéficier de ressources supplémentaires en sollicitant des dons »¹³².

Ainsi, un travail d'information et de dédramatisation quant à l'apport de fonds privés est à réaliser auprès des personnels. L'objectif est en effet de réduire leur méconnaissance quant aux questions de stratégie à mettre en œuvre et donner confiance en imprégnant les prémices d'une véritable culture du mécénat à l'hôpital, en rappelant que « *la recherche de financements privés au titre du mécénat doit être un moyen de faire plus* »¹³³, et non pas « *à la place de* » tout en facilitant la mise en œuvre des projets en lien avec l'apport de financements complémentaires. Comme l'indique la Professeure Karine Gallopel-Morvan, « *il y a toujours eu du don à l'hôpital, mais une collecte passive* »¹³⁴. Aujourd'hui, les collectivités territoriales et les universités se sont d'ores et déjà ouverts au mécénat, les établissements publics de santé ne font que renouer avec lui.

Enfin, si le soutien de la direction demeure par ailleurs primordial pour la réussite de ce projet, une sensibilisation des élèves-directeurs de l'EHESP à la culture du mécénat pourrait également être bénéfique pour son développement dans les années à venir.

2.4.3.2 Les freins liés à l'origine des fonds ou à la sollicitation de contreparties inopportunes

Les établissements publics de santé étant des acteurs économiques majeurs sur leur territoire, le mécénat peut venir complexifier leurs relations avec les autres acteurs et en tout état de cause soulever des questions éthiques.

Si rien ne s'oppose à ce qu'une entreprise soit à la fois prestataire d'un établissement public de santé et son mécène, des difficultés peuvent néanmoins apparaître, liées à la sollicitation de contreparties trop importantes ou inopportunes, à des pratiques abusives mais également à l'association d'images.

En effet, l'hypothèse d'une entité qui conditionne son soutien à l'établissement à l'obtention d'un marché public peut se présenter, il s'agirait alors d'un conflit d'intérêts amenant l'établissement à décliner le partenariat sans préjudice d'un strict respect des dispositions législatives et réglementaires afférentes à la commande publique.

Par ailleurs, des difficultés peuvent également apparaître lorsqu'une entreprise mécène sollicite des contreparties non disproportionnées. Le cas échéant, l'opération serait susceptible de perdre sa qualification de mécénat et serait alors requalifiée en marché public par le juge compétent, avec toutes les conséquences administratives et pénales possibles liées à l'absence de mise en concurrence.

Aussi, d'autres difficultés peuvent naître dans l'hypothèse où un prestataire de l'établissement est également mécène. En effet, la partie réalisée en mécénat pourrait

¹³² Vincent BITKER, *op. cit.*, p.2.

¹³³ Laurent BUTSTRAEN, *op. cit.*, p.1.

¹³⁴ In Pauline GRAULLE, *op. cit.*, 34.

potentiellement être considérée comme une offre anormalement basse au titre des dispositions relatives à la commande publique. Afin de prévenir ce type de difficultés, il est possible, avant d'appliquer les règles de la commande publique, de diffuser un appel à manifestation d'intérêts pour rechercher des mécènes. Ce dernier précise que le soutien sous forme de mécénat empêche l'entité de participer à la procédure d'appel d'offres pour l'opération concomitante. Par conséquent, si une entité déclare son souhait de soutenir l'établissement sous forme de mécénat, elle s'interdit de répondre à l'appel d'offres pour les autres volets. A défaut de volontaire pour soutenir l'établissement sous la forme de mécénat, l'ensemble des lots peuvent être proposés à appel d'offres. Si cette organisation sécurise la procédure, elle rallonge pour autant l'ensemble de la procédure et nécessite une anticipation certaine. Au-delà de la sécurité juridique, l'établissement peut néanmoins y trouver un intérêt financier.

Par ailleurs, qu'il s'agisse d'entreprises ou de particuliers mécènes, les sollicitations peuvent être nombreuses et parfois inopportunes sur les plans éthiques et juridiques, à l'image de demandes de rendez-vous médicaux dans des délais plus rapides que ceux proposés habituellement. Ces pratiques doivent être encadrées au préalable afin qu'elles restent acceptables en termes éthiques et juridiques.

Enfin, une opération de mécénat entraîne la plupart du temps des actions de communication. L'établissement ou la structure *ad hoc* doivent alors être vigilants quant à l'association de leur image avec celle de l'entité mécène, mais également concernant l'origine des fonds, susceptible de heurter la sensibilité des personnels voire plus largement. En tout état de cause, l'établissement ou la structure *ad hoc* peut se réserver « *le droit de refuser le mécénat de toute organisation de caractère politique, syndical ou religieux et veille dans tous les cas à ce que les contreparties qui pourraient être accordées au partenaire ne puissent être assimilées, en aucune manière, à du prosélytisme, ni heurter la sensibilité de ses agents, usagers, partenaires etc.* »¹³⁵.

2.4.3.3 Se prémunir de ces freins par la mise en place de chartes et d'un comité éthique qui constituent des leviers pertinents pour assurer le respect des principes déontologiques et des valeurs de l'établissement

A l'aune des éléments précédents, plusieurs leviers permettent de rassurer les personnels hospitaliers tout en sécurisant la politique de mécénat au travers de principes éthiques partagés. Ainsi, il est par exemple possible de mettre en place :

- ⇒ Une charte du mécénat, destinée à tout acteur externe désireux de soutenir l'établissement public de santé, ou à travers la structure dédiée, et qui reprend différents principes éthiques décidés de manière institutionnelle. Le Centre hospitalier du Mans a par exemple instauré une charte de partenariat qui reprend

¹³⁵ APIE, *op. cit.*, p.3.

différents principes que les deux parties s'obligent à respecter, à l'image du respect de la commande publique ou d'une communication concertée entre les parties ;

- ⇒ Une charte de déontologie du mécénat, plutôt destinée à la communauté hospitalière et qui pourrait être signée par tout porteur de projet désireux de solliciter des soutiens au titre du mécénat. Cette charte pourrait par exemple rappeler les principes déontologiques et les dispositions relatives à la prévention des conflits d'intérêts tout en sensibilisant et en responsabilisant les acteurs hospitaliers.

Si une seule charte peut être mise en place – Admical propose par exemple un modèle de charte du mécénat¹³⁶ –, il convient de retenir que l'objectif est de rappeler les valeurs et principes déontologiques portés par l'établissement, tout en responsabilisant chacun des acteurs en indiquant les engagements de chacun. Sur la base de ce document, l'établissement public de santé ou la structure *ad hoc* pourra être fondé à refuser des propositions de don ou de partenariat qui y contreviendraient.

Par ailleurs, il est également possible de mettre en place un comité d'éthique, chargé de s'assurer que les principes et valeurs posés de manière institutionnelle sont respectés de tous. Cette organisation peut néanmoins s'avérer lourde, notamment si d'autres instances sont d'ores et déjà spécifiques au mécénat.

2.5 Mettre en place une stratégie de recherche de fonds pour répondre aux objectifs

La politique de mécénat nécessite une stratégie de recherche de fonds qui, pour être efficiente, doit être réfléchie et adaptée à ses objectifs ainsi qu'aux spécificités du territoire. L'établissement ou la structure *ad hoc* peut se faire accompagner d'un cabinet de conseil en *fundraising* mais il demeure nécessaire de recourir à un ou des profils qualifiés pour s'assurer de la réussite de la démarche.

2.5.1 Adapter la stratégie de sollicitation à chaque cible

La stratégie de recherche de fonds devra être locale et adaptée aux objectifs fixés, ainsi qu'à la concurrence présente sur le territoire. En effet, « *la prospection se développe souvent dans un premier temps sur le tissu économique local avant de viser les usagers de l'établissement, et ensuite un public plus large tout en constituant une base de données élargie qui permettra de remercier et fidéliser les mécènes* »¹³⁷. Selon le baromètre Admical, 80% des entreprises mécènes privilégient des projets locaux ou régionaux (32% au niveau national, 11% à l'international)¹³⁸. Si les grandes entreprises s'engagent aussi

¹³⁶ Admical, « *Présentation de la charte du mécénat* », en ligne.

¹³⁷ Muriel TREMEUR, « *Mécénat : une ressource alternative à pérenniser pour diversifier ses ressources* », Finances Hospitalières, avril 2017, p.22.

¹³⁸ Admical, IFOP, *op. cit.*, p.4.

bien au niveau national qu'à l'échelle du territoire, les PME mécènes s'orientent très majoritairement (80%) sur des projets territoriaux, seule une PME sur quatre participe à des projets de mécénat à l'échelle nationale.

Ainsi, il convient de bien déterminer quelles cibles prioriser, sur quel territoire, et la manière de les aborder. Sans ce travail préalable, et au-delà d'une inefficience de la recherche de fonds, la dynamique potentiellement installée pourrait s'essouffler en lien avec une démotivation des acteurs qui en sont chargés et une stratégie inadaptée.

Les cibles potentielles sont détaillées ci-après et peuvent être sollicitées en tout ou partie, en fonction des spécificités locales. Par ailleurs, les associations de patients présentent à l'hôpital peuvent également être facilitantes, leurs actions doivent par ailleurs s'inscrire en complémentarité de la politique de mécénat institutionnelle. Aussi, et en tout état de cause, quel que soit le territoire, les associations de type Lions Clubs ou Rotary ne doivent pas être négligées, de même que les études notariales pour faire connaître la politique de mécénat de l'établissement ainsi que ses projets.

2.5.1.1 Concernant les entreprises

Les entreprises, *lato sensu*, constituent généralement une cible privilégiée. Le travail de démarchage et de prospection nécessite néanmoins de la méthode et l'identification préalable des entreprises du territoire.

Ainsi, si certains établissements publics de santé ou les structures *ad hoc* démarrent par le démarchage de leurs fournisseurs implantés sur le territoire, d'autres s'y refusent pour éviter tout conflit d'intérêts.

Aussi, une première prise de contact avec la Chambre de Commerce et d'Industrie, notamment pour obtenir une liste des entreprises par secteurs d'activité peut être facilitante. L'objectif sera dans un deuxième temps de se rendre disponible pour aller présenter l'établissement, ses activités et ses projets. Le fonds Aliénor (CHU de Poitiers) fonctionne ainsi et organise par exemple des visites thématiques au CHU en fonction des projets, les entreprises organisent également ce type de visites en leur sein, permettant, au-delà de tout projet de partenariat, de renforcer le lien ville-hôpital.

Pour d'autres établissements publics de santé, il convient d'identifier préalablement les causes d'intérêts des entreprises préalablement à la prospection de façon à présenter des projets en lien avec eux. Le Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports considère ainsi que la recherche des entreprises « *doit se faire dans une logique de projet dans lequel l'entreprise peut s'insérer auprès d'autres partenaires (économiques, institutionnels, médias, etc.) et pas uniquement pour solliciter une aide financière* »¹³⁹. Une stratégie partagée par le Centre hospitalier du Mans dont le démarchage des acteurs locaux est réalisé en cohérence avec les projets pour lesquels il souhaite bénéficier d'un soutien,

¹³⁹ Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, *op. cit.*, p.18.

plutôt qu'au travers d'une communication généraliste. Cette stratégie est d'autant plus pertinente que le tissu économique est dense.

Enfin, les liens qui se tisseront peu à peu avec le territoire amèneront probablement à terme la personne en charge du mécénat à rester en veille sur l'actualité économique du territoire et les évènements afférents pour y assurer la représentation de l'établissement public de santé, éventuellement en présence de son Chef d'établissement. Le seul objectif de collecte des fonds n'apparaît pas opportun sur la durée, seuls les liens tissés sur le long terme, avec l'organisation d'évènements communs permettront d'ouvrir la ville sur son territoire et de faciliter les partenariats – visites de sites, participations à des conférences thématiques ou des petits déjeuners employeurs ... –.

2.5.1.2 Concernant les grands donateurs

Si les grands donateurs peuvent être cités parmi les cibles d'un établissement ou de la structure *ad hoc*, ils ne constituent pas à proprement parler une cible. En effet, un grand donateur se définit comme « *un individu ou une entreprise qui donne une somme significative par rapport au montant moyen reçu habituellement par l'institution. De ce fait, le grand don ne s'apprécie pas en fonction d'une norme ou d'un seuil, car il est propre à chaque institution et à sa capacité à lever des fonds* »¹⁴⁰. Au sens de cette définition, les grands donateurs sont donc identifiés *a posteriori*, et non pas en amont de la prospection. Cette distinction avec les autres donateurs, qu'ils s'agissent d'entreprises ou de particuliers permet de mettre en avant la relation d'autant plus personnalisée qu'il convient d'entretenir avec les grands donateurs. En effet, au-delà d'un montant significatif des dons, les grands donateurs renouvellent généralement leur soutien chaque année : « *sur le long terme, le risque est plus de ne pas les voir redonner que de voir chuter leur générosité...* »¹⁴¹.

Ainsi, les grands donateurs sont sensibles aux gestes personnalisés – carte de remerciement manuscrite, appel téléphonique, rencontre bilatérale... – mais également à un lien régulier avec l'établissement – invitation aux inaugurations par exemple... –.

2.5.1.3 Concernant le grand public

Au-delà des entreprises, le grand public constitue une cible intéressante, tant au regard de la somme des dons qui peuvent être potentiellement rassemblés que de l'écho pouvant être donné à la politique de mécénat au sein de la population.

Ainsi, le grand public peut être visé par de multiples canaux : au travers d'actions de visibilité sur le terrain – forum des associations organisé par la ville, conférence de santé publique organisé par l'établissement... –, mais également des campagnes d'affichage –

¹⁴⁰ Emmanuelle LE ROY, « *Solliciter les grands dons. Gustave Roussy et sa Révolution Cancer* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.312.

¹⁴¹ France générosités, « *Étude grands donateurs* », 2017, p.28, en ligne.

promotion de la politique de mécénat sur les abribus du territoire ou dans la presse quotidienne régionale... –.

Aussi, d'autres actions peuvent être réalisées, en lien avec des partenaires potentiels, par exemple en faisant distribuer gratuitement par voie postale – mécénat de compétences – des flyers de présentation de l'établissement ou de la structure *ad hoc*, et de la possibilité de faire un don, en installant des bornes de don dans les gares et aéroport de la ville ou en organisant un défi sportif dont les bénéfices sont reversés à un projet.

Enfin, d'autres actions plus classiques peuvent être mises en place, au travers de l'envoi d'un courrier de présentation de l'établissement ou de la structure dédiée, accompagné d'un formulaire de don. Pour autant, il convient d'être vigilant quant à l'utilisation des données personnelles, notamment en termes de consentement.

2.5.1.4 Concernant la patientèle

La patientèle constitue une cible faisant partie de la précédente mais qui présente la spécificité d'avoir consulté ou d'avoir été hospitalisée au sein de l'établissement. Elle peut être plus encline à le soutenir dès lors qu'il bénéficie d'une opinion favorable.

Si cette cible est généralement d'ores et déjà touchée par les actions grand public, des actions de communication peuvent néanmoins lui être spécifiquement destinées, à l'image de flyer de présentation de la structure *ad hoc* ou plus globalement d'information quant à la possibilité de faire un don. Cette possibilité a par exemple été utilisée par le CHU de Dijon, de manière parcimonieuse, en déposant les flyers sur les plateaux repas des patients. Il est également possible de déposer des flyers ou supports de présentation de la politique de mécénat dans les salles d'attente de l'établissement.

En tout état de cause, les actions autour de la patientèle doivent être discutées au cours de la réflexion stratégique, en lien avec les droits du patient, mais également au regard des obligations déontologiques de l'établissement. Cette cible n'apparaît pas prioritaire au regard de l'atteinte potentielle à l'image de l'établissement – les patients sont susceptibles d'être heurtés – et des retombées potentiellement faibles.

2.5.1.5 Les personnels de l'établissement peuvent quant à eux être approchés dans le cadre d'une recherche de fonds mais constituent avant tout des ambassadeurs du mécénat

Souvent oubliés, les personnels de l'établissement public de santé constituent eux-aussi une cible de la politique de mécénat, même s'ils en sont surtout les ambassadeurs.

Au-delà d'un enjeu d'acceptabilité de la politique de mécénat au sein de l'établissement, la sensibilisation de la communauté hospitalière sur la stratégie de mécénat, ses objectifs, et ses modalités de mise en œuvre, est essentielle. Les personnels sont en effet de véritables ambassadeurs, et de potentiels donateurs. Différents leviers

peuvent être utilisés : présentation en instances, actions de mailing ou transmission d'une lettre d'information avec la fiche de paie, à l'image du CHU de Lille.

Il convient en effet de faire connaître et d'infuser la culture du mécénat au sein de l'établissement. Si certains personnels sont amenés à participer aux instances et comités *ad hoc* pour définir et suivre la politique de mécénat, ils restent peu nombreux, ce qui nécessite ainsi des actions de visibilité régulière. La présence des personnes en charge du mécénat peut par exemple être prévue lors d'animations de santé publique dans le hall de l'hôpital, ou bien encore à travers des présentations en réunions de pôle ou de cadres.

Enfin, en lien avec la charte de déontologie, un guide du mécénat peut être formalisé par l'établissement ou la structure *ad hoc* à destination de la communauté hospitalière pour les sensibiliser sur la conduite à tenir face à une idée de projets à soutenir, ou bien en lien avec le souhait d'une personne extérieure de soutenir l'hôpital et qui se serait adressée à un membre du personnel. Pour aller plus loin, le CHU Grenoble Alpes (CHUGA) a constitué un cercle mécénat interne « *ouvert aux 11000 professionnels du CHUGA, permettant de partager les avancées des projets, les succès mais aussi les difficultés de la démarche de mécénat. Ce cercle (...) est particulièrement important pour diffuser en interne la culture du mécénat* »¹⁴².

2.5.2 Estimer la pertinence de se faire accompagner par un cabinet de conseil spécialisé en fundraising

A l'image de la définition de la stratégie de mécénat, des établissements publics de santé, ou leur structure *ad hoc*, choisissent de recourir à des cabinets spécialisés en *fundraising* aux fins de gérer la prospection et les relations avec mécènes. Le CLCC Léon-Bérard « *s'est fait dans un premier temps accompagner (...) afin de l'aider à élaborer une stratégie et l'accompagner dans ses premières démarches* »¹⁴³.

Dès lors que la dynamique est lancée, des établissements choisissent de recruter un *fundraiser* – la mutualisation à l'échelle du GHT est possible – tandis que d'autres préfèrent poursuivre l'externalisation de ces missions, insuffisamment ancrées à l'hôpital.

2.5.3 Envisager le recrutement d'un profil spécialisé, éventuellement à l'échelle du territoire, comme un gage de réussite de la stratégie de recherche de fonds

Que la stratégie de mécénat soit menée directement par l'établissement ou par le biais d'une structure *ad hoc*, la réussite de la démarche est en partie conditionnée au recrutement d'un ou plusieurs professionnels spécialisés en *fundraising*. L'expérience de l'hôpital Necker montre en effet que la collecte de fonds ne peut « *vraiment prendre de l'ampleur que si les hôpitaux embauchent des professionnels, des gens bien formés – en*

¹⁴² Monique SORRENTINO, Pr. Marie-Thérèse LECCIA, Christian ZANNINI, *op. cit.*, p.35.

¹⁴³ Élise TABET, *op. cit.*, p.27.

conséquence, avec des salaires proportionnels à leur expérience –, et qui pourront inventer une nouvelle culture de la générosité public/privé »¹⁴⁴.

Au-delà, les retours des établissements interrogés mettent également en exergue la corrélation entre l'atteinte des objectifs fixés et les moyens humains qui y sont dédiés. En effet, l'expérience d'établissements publics de santé interrogés montre qu'après plusieurs années de lancement d'une démarche de mécénat, avec des résultats peu concluants, le recrutement d'une personne dont le profil est spécialisé en *fundraising* a permis de relancer une dynamique vertueuse, d'autant plus rapidement si elle dispose d'une connaissance du territoire et des acteurs locaux. La fondation Université de Strasbourg déclarait ainsi en 2015 qu'en « *professionnalisant pleinement la démarche de dons, et en déterminant précisément les rôles de chacun des acteurs, la collecte de fonds au CHU a gagné en lisibilité, en temps et en confort d'action* »¹⁴⁵.

Ainsi, le recrutement d'un profil spécialisé, placé en responsabilité et comme interlocuteur unique, semble constituer un élément facilitant et source d'efficacité dans la mise en œuvre de la stratégie de mécénat. La Professeure Karine Gallopel-Morvan considérait à ce titre dès 2015 que « *certaines établissements ont compris que la collecte est un métier et ont embauché des experts en la matière, mais on est encore loin du but. (...) Rendez-vous dans cinq ans pour voir si, entre l'hôpital et la collecte, la greffe a pris* »¹⁴⁶.

Or, plus de cinq ans après, la situation ne semble guère avoir évolué, à l'exception de quelques établissements, même si une prise de conscience semble se réaliser sur ce point. Pour autant, ce type de profil n'est pas toujours aisé à recruter, certains établissements publics de santé font le choix de former un des membres de leur personnel. Le certificat français du *fundraising* porté par l'AFF et l'École Supérieure des Sciences Économiques et Commerciales (ESSEC) semble faire référence. Par exemple, les responsables mécénat de plusieurs établissements publics de santé ou des fonds de dotation interrogés ont suivi cette formation : on peut citer les fonds rattachés aux CHU de Lille et de Toulouse ou bien encore au sein du GHT d'Armor. Pour autant, d'autres organismes de formation spécialisés sur les enjeux hospitaliers pourraient à l'avenir proposer des formations continues en lien avec le mécénat hospitalier, à l'image du Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH). L'inscription dans un parcours de formation présente l'avantage de faciliter l'intégration dans un réseau des *fundraisers*, qu'ils soient hospitaliers ou non, et d'échanger sur les bonnes pratiques et les difficultés.

En tout état de cause, il demeure primordial, à défaut de la nomination d'un personnel à temps plein, de déterminer un temps dédié au mécénat. Pour les

¹⁴⁴ Florence MAHÉ-DOMBIS, in Pauline GRAULLE, *op. cit.*, p.34.

¹⁴⁵ Thomas HECKEL, Yara LE CORFF, *op. cit.*, p.28.

¹⁴⁶ Pauline GRAULLE, *op. cit.*, p.34.

établissements ou structures *ad hoc* susceptibles de rencontrer des difficultés sur ce point, la mutualisation à l'échelle du GHT constitue une perspective à envisager.

Dès lors, la personne en charge du mécénat et placée en responsabilité sera chargée de faire l'interface entre la direction et/ou les instances dédiées (conseil d'administration pour les structures *ad hoc*, commissions spécialisées) et les porteurs de projets – qui seront d'ailleurs chargés de leur mise en œuvre –, mais également avec les équipes en charge de la communication ou des finances. Selon l'organisation déterminée par l'établissement ou la structure *ad hoc*, la personne responsable du mécénat pourra également être chargée d'être l'interlocuteur du CAC – pour les entités qui y sont soumises – ainsi qu'aux prestataires divers, à l'image des experts-comptables pour les structures qui leur confient leur comptabilité, à l'image du fonds Aliénor.

La fidélisation du responsable du mécénat constitue un enjeu fort car « *le mécénat est un métier qui se pratique sur le long terme avant de porter ses fruits. Pour être fundraiser, il faut faire preuve de persévérance, de patience et de diplomatie* »¹⁴⁷, et disposer d'un bon carnet d'adresses. Sur ce point, comme sur les éléments qui précèdent, le soutien de la Direction de l'établissement public de santé demeure déterminant pour permettre au responsable du mécénat de remplir sa mission.

Enfin, dans le cadre d'une structure *ad hoc*, il est rappelé la vigilance à avoir dans le cadre des fonds de dotation qui ne peuvent bénéficier de financements publics, *v. supra*.

Par conséquent, de manière à sécuriser la démarche, des conventions de mise à disposition doivent être conclues – personnels hospitaliers, à l'image d'un chargé de communication par exemple – ou pour l'occupation des locaux hospitaliers.

2.6 Définir une stratégie de communication et structurer les outils du mécénat

La mise en œuvre de la démarche de recherche de fonds, et plus globalement de la politique de mécénat, nécessite une communication adaptée et des outils spécifiques.

2.6.1 S'assurer d'une visibilité Web et sur les réseaux sociaux

La visibilité Web et réseaux sociaux demeure fondamentale, notamment au regard de la place grandissante de la digitalisation des dons. Si la grande majorité des établissements publics de santé proposent sur leur site Web un lien pour réaliser un don en ligne, éventuellement complété par une page relative au mécénat, davantage de questions se posent concernant les structures *ad hoc*.

En effet, pour les établissements qui disposent d'une structure *ad hoc*, la question de créer un site Web et des profils spécifiques sur les réseaux sociaux, mais également de la charte graphique peut se poser. En pratique, certains établissements ont fait ce choix, à

¹⁴⁷ Thomas HECKEL, Yara LE CORFF, *op. cit.*, p.28.

l'image des CHU de Toulouse et Montpellier ; d'autres s'y refusent, soit par manque de moyens humains pour gérer ces différents comptes, soit de manière stratégique afin de bénéficier de la vitrine offerte par l'établissement en termes d'audience.

Quels que soient les choix opérés, il convient de mener un travail de sensibilisation à destination des visiteurs, rappelant les projets, les possibilités de dons et les avantages fiscaux, mais également de communiquer régulièrement quant à l'actualité de la politique de mécénat. La mise en place d'une plateforme de don en ligne est recommandée au regard de la digitalisation croissante du don.

2.6.2 Structurer les outils du mécénat

2.6.2.1 Les supports de communication, reflet de la politique de mécénat

Au-delà du Web et des réseaux sociaux, la formalisation de différents supports de communication demeure nécessaire, notamment pour la prospection des mécènes potentiels, en ayant à l'esprit la professionnalisation et les méthodes marketing utilisées par les organisations les plus expérimentées en matière de mécénat, les ONG notamment.

En effet, un support de présentation de l'établissement public de santé et, le cas échéant, de la structure *ad hoc*, ses points forts, ses projets structurants et ses motivations pour recourir au mécénat, les avantages fiscaux ou bien encore les contreparties possibles est à constituer. Des supports distincts peuvent éventuellement être créés : l'un pour le grand public, et l'autre pour les entreprises, plus développé que le précédent.

Au-delà, il convient de formaliser un portefeuille de projets, contenant des fiches projets ou une revue de projets, plus succincte. En tout état de cause, il est nécessaire de valoriser le projet et de remettre au mécène potentiel un document qui présente le projet pour lequel il est sollicité et qui répond aux questions qu'il pourra se poser. Au-delà de sa présentation du projet, il apparaît pertinent que le document aborde son intérêt, les motivations qui amènent à solliciter des fonds privés, le budget ainsi que les bénéfices pour les entreprises – avantages fiscaux, image ou autre contrepartie à déterminer –.

Ces documents doivent être attractifs et par conséquent très visuels, les textes succincts, le recours aux infographies peut être pertinent. Une attention est par ailleurs à porter sur la visibilité du ou des porteurs de projet : « *toute organisation d'intérêt général qui fait appel à la générosité du public a besoin d'ambassadeurs pour incarner la cause, le projet. La mobilisation des médecins et du personnel paramédical dans la collecte constitue ainsi un enjeu majeur pour la collecte* »¹⁴⁸. Le Centre hospitalier du Mans veille par exemple à insérer sur ses supports une photo du porteur de projet afin de favoriser son incarnation par le mécène, mais également pour favoriser la création d'un lien entre le porteur de projet et le mécène. Aussi, au sein des HUS, « *les professionnels de santé porteurs de projets au*

¹⁴⁸ Vincent BITKER, *op. cit.*, p.2.

sein du CHU, comme les équipes mobilisées pour le déploiement de ces projets, sont évidemment associés à la présentation des projets et la rencontre avec les potentiels mécènes, ces professionnels étant les plus à même de promouvoir le développement de leurs projets »¹⁴⁹.

Par ailleurs, la structuration d'un formulaire de don, notamment destiné aux personnes moins à l'aise avec les outils numériques semble pertinente.

Enfin, et pour assurer un lien régulier, une *newsletter* peut être adressée selon une périodicité à déterminer en fonction de l'avancée des projets et de l'actualité de la politique de mécénat. Il convient de ne pas occulter la communauté hospitalière dans la mesure où tous ses membres sont les ambassadeurs de cette politique. Le Centre hospitalier de Saintonge a par exemple mis en place une *newsletter*, notamment diffusée à l'ensemble du personnel.

2.6.2.2 La convention de mécénat : outil de cadrage des engagements de chacune des parties

La formalisation d'une convention de mécénat n'est pas obligatoire. Elle permet néanmoins de formaliser les engagements réciproques de chaque partie et demeure par conséquent préconisée pour toute conclusion de partenariat avec une entreprise ou une association, notamment si le partenariat dépasse le don financier unique, et *a fortiori* si des contreparties sont convenues. En effet, la convention de mécénat « sera utile pour prévenir les éventuels litiges, notamment en cas de prêt de matériel ou de mise à disposition de local (assurances, etc.), ainsi qu'au plan fiscal »¹⁵⁰.

Par conséquent, afin de préserver les intérêts réciproques des parties en favorisant la sécurité juridique du partenariat, la convention de mécénat a pour objectif de préciser les modalités d'exécution du partenariat. Elle abordera notamment la description du projet soutenu et son éligibilité aux dispositions fiscales, les conditions particulières de soutien du mécène – montant, modalités de versement du don ou d'exécution de la prestation s'il s'agit de mécénat en compétences –, les engagements de l'établissement public de santé ou de la structure *ad hoc* – affectation du don au projet décrit dans la convention, élaboration du reçu fiscal, contreparties prévues et modalités d'exécution – et enfin le calendrier prévisionnel du partenariat ainsi que les modalités de communication entre les parties.

Enfin, pour les établissements publics de santé et les structures *ad hoc* qui souhaiteraient mettre en place une convention de mécénat type, il existe un modèle de convention proposé par le ministère de l'économie, des finances et de la relance¹⁵¹.

¹⁴⁹ Thomas HECKEL, Yara LE CORFF, *op. cit.*, p.28.

¹⁵⁰ Ministère de l'éducation et de la jeunesse, *op. cit.*, p.18.

¹⁵¹ APIE, « Convention type de mécénat financier », en ligne.

2.6.2.3 La possibilité de mettre en place un programme de reconnaissance

La négociation des contreparties à chaque partenariat peut s'avérer chronophage et aboutir, au-delà des potentielles dérives sur le plan éthique, à des difficultés de conciliation avec les mécènes.

Pour ce faire, il est possible de définir un programme de reconnaissance, *i.e.* un tableau des contreparties. Celui-ci définit, selon la tranche dans laquelle se situe le don, les différentes contreparties qui peuvent être proposées. Il permet ainsi une forme d'équité dans les contreparties proposées aux mécènes pour des dons de valeur équivalente.

Si la mise en place de ce programme est facultative, elle est néanmoins pertinente de manière à gagner en lisibilité, tant pour les collaborateurs en charge du mécénat que pour les mécènes potentiels : l'établissement ou la structure *ad hoc* se prémunissent ainsi de sollicitations directes. En effet, les contreparties « *sont listées formellement et encadrent strictement les possibilités de reconnaissance de l'action des mécènes ; elles constituent un règlement dont ni le mécène ni la fondation ne peuvent s'affranchir* »¹⁵².

Par ailleurs, l'élaboration d'un programme de reconnaissance permet également de légitimer et de justifier auprès de la communauté hospitalière la politique de mécénat mise en œuvre et les remerciements qui y sont associés. Parmi les établissements interrogés, plusieurs d'entre eux ont mis en place un programme de reconnaissance, à l'image de la fondation Université de Strasbourg¹⁵³. D'autres établissements projettent d'en structurer un, au GHBS ou à l'institut Saint-Jacques, tout en considérant qu'il est aussi nécessaire de savoir s'adapter et faire preuve de souplesse lors de la conclusion de tout partenariat.

Plus concrètement, les modalités de reconnaissance peuvent être nombreuses et très différentes d'un établissement à l'autre. Classiquement, des actions de communication sont proposées – Web, réseaux sociaux et/ou presse quotidienne régionale –. Néanmoins, d'autres modalités de reconnaissance peuvent être prévues, comme la visite d'un service ou l'invitation à l'inauguration d'un équipement financé en tout ou partie grâce au soutien des mécènes, la mise à disposition d'une salle à titre gracieux pour une journée ou une soirée, l'inscription du nom du mécène sur un mur des donateurs ou bien encore la réalisation d'un pitch vidéo mettant en lumière le mécène et ses motivations. Enfin, d'autres modalités de reconnaissance plus originales peuvent être imaginées, à l'image du CHI de Mont-de-Marsan et du Pays des Sources qui propose une formation gratuite aux gestes de premiers secours à ses mécènes tout en réalisant une action de santé publique.

¹⁵² Thomas HECKEL, Yara LE CORFF, *op. cit.*, p.28.

¹⁵³ Fondation Université de Strasbourg, « *Programme de reconnaissance des grands donateurs* », en ligne.

2.7 Organiser le *back office* et professionnaliser la gestion des dons constituent un facteur d'efficience tout en contribuant à la confiance des mécènes

2.7.1 Définir un interlocuteur dédié facilite la prise de contact par les mécènes

La qualité et la fluidité des relations avec les mécènes demeurent primordiales en termes de fidélisation. Par conséquent, la désignation d'un interlocuteur dédié est préconisée, avec des coordonnées directes et transmises aux mécènes.

Néanmoins, si le responsable mécénat correspond généralement au point de contact, le Chef d'établissement ou le porteur de projets sont également tout à fait susceptibles d'être en contact avec les mécènes. L'objectif est véritablement de faciliter les contacts entre les mécènes et l'établissement public de santé ou la structure *ad hoc*.

Par ailleurs, la mise en œuvre des projets financés au titre du mécénat nécessite un travail collectif dans la mesure où le responsable du mécénat n'en a pas la charge. A cet effet, le représentant d'un établissement interrogé considère que « *le mécénat, c'est une aventure collective, sinon c'est une aventure qui ne fonctionne pas* ».

2.7.2 Constituer et suivre un fichier donateurs est un élément indispensable pour la pérennisation de la politique de mécénat

Le fichier donateur, ou base de données, constitue un élément fondamental pour pérenniser la politique de mécénat au-delà du premier don ou du premier contact.

En effet, la base de données, autrement dénommée *Customer Relationship Management* (CRM), « *doit être envisagée comme la colonne vertébrale de la collecte et surveillée précieusement comme « le trésor de guerre » de la structure* »¹⁵⁴. Outre la conservation des données, elle doit permettre de tracer toutes les actions réalisées auprès du mécène afin d'assurer un suivi de qualité, mais aussi de pouvoir analyser ses attentes.

Il est possible d'aller plus loin en investissant dans des logiciels qui permettent en sus, d'automatiser les envois de courrier et des reçus fiscaux. Il s'agit néanmoins d'un investissement que tous les établissements publics de santé ou les structures *ad hoc* ne pourront pas assumer au démarrage de leur politique de mécénat.

Pour autant, les professionnels de terrain alertent sur la pertinence de cet outil en considérant que « *se satisfaire ou se contenter de fichiers Excel ou Access créées et gérées par les secrétariats est une prise de risque pour la collecte à moyen et long terme* »¹⁵⁵. Ce point de vue se retrouve d'ailleurs à travers l'expérience de la fondation Université de Strasbourg qui indique que sa structuration « *a également été permise par le*

¹⁵⁴ Emmanuelle LE ROY, Les établissements de santé à l'heure du *fundraising*. In : Béatrice FERMON, *op. cit.*, p.2.

¹⁵⁵ *Ibid.*

développement d'une base de données, outil indispensable à la gestion d'une fondation. (...). Durant les deux premiers mois de la crise, la fondation a reçu plus de 700 dons financiers. Sans une base de données solide et sans l'expertise de la personne en charge de l'administration des dons, il aurait été très compliqué de gérer cet afflux »¹⁵⁶.

2.7.3 Structurer la gestion des dons constitue un gage d'efficacité et de sécurité juridique

« Une stratégie de mécénat réussie est une stratégie qui aboutit à ce qu'un donateur potentiel deviennent un donateur régulier »¹⁵⁷. Pour ce faire, il convient notamment de s'assurer de l'efficacité de la gestion des dons.

Dès lors, la formalisation d'une procédure relative au circuit des dons est recommandée, en reprenant les actions à opérer par chaque personnel susceptible d'intervenir. Il convient en effet de garantir un délai de traitement raisonnable à chaque étape du parcours du don, mais également de faciliter le suivi par le responsable mécénat.

Par ailleurs, la fidélisation du donateur est aussi recherchée grâce au lien que l'établissement ou la structure *ad hoc* va maintenir avec lui à moyen et long terme, mais également à court terme, en lien avec les contreparties, ainsi qu'au travers des remerciements à adresser de manière systématique et de l'élaboration du reçu fiscal.

2.7.3.1 Une vigilance à avoir quant à la gestion des dons financiers

La gestion des dons financiers peut poser des difficultés de sécurité juridique, qui peuvent être prévenues si le circuit est formalisé en amont. Cette question se pose surtout pour les établissements qui déploient leur politique de mécénat en gestion directe.

En effet, la manipulation des fonds issus de dons financiers par le personnel hospitalier est susceptible d'être caractérisée de gestion de fait, définie comme la situation où une personne « *qui, sans avoir la qualité de comptable public (...), s'ingère dans le recouvrement de recettes affectées ou destinées à un organisme public doté d'un poste comptable ou dépendant d'un tel poste* »¹⁵⁸.

Dès lors, la gestion de fait est susceptible de concerner, au-delà du seul ordonnateur, les collaborateurs hospitaliers qui participeraient à la gestion des dons financiers sans y être habilités. Par conséquent, la création d'une régie spécifique pourra être envisagée, sans préjudice de la structuration d'une procédure de gestion des fonds.

Pour la gestion au travers d'une structure *ad hoc*, les fonds sont normalement manipulés par son trésorier. Lorsque celui délègue tout ou partie de la gestion à un collaborateur hospitalier – ce cas de figure a pu être rencontré en pratique –, il convient a

¹⁵⁶ Thomas HECKEL, Yara LE CORFF, *op. cit.*, p.28.

¹⁵⁷ Vincent BITKER, *op. cit.*, p.2.

¹⁵⁸ Loi n°63-156 du 23 février 1963 de finances pour 1963 (2e partie-Moyens des services et dispositions spéciales), JORF du 24 février 1963, art. 60 XI.

minima de « rédiger une lettre de mission qui habilite le personnel à gérer les dons par délégation du trésorier » selon une personne interrogée. Néanmoins, les dispositions législatives applicables aux fonds de dotation empêchent par exemple le recours à des agents publics sans convention de mise à disposition préalable. Ainsi, seul le trésorier ou le Président du fonds de dotation sont normalement habilités à manipuler les fonds.

Par conséquent, quelle que soit la modalité de gestion de la politique de mécénat, le circuit des dons doit être défini et structuré, en prenant en compte les organisations en place et leurs évolutions possibles au regard des dispositions législatives et réglementaires applicables et d'un nécessaire équilibre entre efficacité et sécurité juridique.

2.7.3.2 La possibilité de solliciter un rescrit fiscal pour sécuriser la délivrance des reçus fiscaux

Afin de garantir la sécurité juridique des structures *ad hoc*, celles-ci ont la possibilité de solliciter un rescrit fiscal selon une procédure publiée au BOFiP¹⁵⁹. En effet, selon l'art. 1740A CGI, « le fait de délivrer sciemment des documents, tels que certificats, reçus, (...), permettant à un contribuable d'obtenir indûment (...) une réduction d'impôt entraîne l'application d'une amende ». Celle-ci ne saurait être applicable dès lors que la structure concernée n'a pas reçu de réponse dans les six mois après avoir déposé sa demande auprès de l'administration fiscale – art. L80 C du Livre des Procédures Fiscales (LPF) –.

Facultative, cette procédure permet de délivrer des reçus fiscaux en étant assuré que la structure répond aux critères définis par les articles 200 et 238*bis* CGI.

2.7.4 Envisager l'obtention du label « Don en confiance » comme gage de qualité de la gestion de la politique de mécénat

La professionnalisation de la gestion des dons contribue à fidéliser les mécènes. Si la qualité de cette gestion est un élément important, la relation de confiance l'est tout autant : « si l'accroissement des régulations mises en place par les pouvoirs publics depuis quelques années est là pour rassurer, il revient à chaque acteur (...) de donner des gages d'exemplarité (...) et de recourir à un fonctionnement le plus transparent possible »¹⁶⁰.

Ainsi, les établissements publics de santé ou les structures *ad hoc* ont la possibilité d'adhérer au label « Le Don en confiance ». Il est délivré par période de trois ans par un organisme associatif aux organismes qui acceptent de se soumettre à son contrôle et qui s'engagent à respecter sa Charte de déontologie¹⁶¹. L'institut Gustave Roussy, la fondation de l'hôpital Foch ou bien encore celle de l'hôpital Saint-Joseph sont par exemple labellisés « Don en confiance ».

¹⁵⁹ BOFiP, BOI-SJ-RES-10-20-20-70.

¹⁶⁰ Jean-Pierre DUPRIEU, « Le respect de la Charte détermine l'octroi du label « Don en Confiance » », JCP N, 2018, Hors-série n°1, p.36.

¹⁶¹ Don en confiance, « Référentiel déontologique du don en confiance », en ligne.

Conclusion

Dans un cadre financier contraint, le développement du mécénat apparaît comme un moyen de développer les ressources financières des établissements publics de santé.

Si plusieurs établissements avaient d'ores et déjà lancé une politique de développement du mécénat avec plus ou moins de réussite et de conviction, la pandémie de Covid-19 et la mise en lumière de l'hôpital public ont insufflé une nouvelle dynamique. En effet, avec l'afflux spontané de dons, de nombreux établissements se sont emparés de ce nouveau levier et d'autres se sont interrogés quant aux pratiques qu'ils avaient d'ores et déjà mises en place.

Or, dans ce contexte concurrentiel, où les causes sont nombreuses et les parties en présence très professionnelles – les ONG notamment –, la pérennisation de cette dynamique et la réussite d'une politique de mécénat nécessitent plusieurs prérequis pour fonctionner, parmi lesquels :

- ⇒ La conviction et l'engagement de la Direction ;
- ⇒ Une stratégie de mécénat suffisamment aboutie et adaptée au territoire ;
- ⇒ L'adhésion de la communauté hospitalière, pour que l'ensemble des collaborateurs s'implique, à titre individuel et collectif, en qualité d'ambassadeur du mécénat et de l'établissement plus globalement ;
- ⇒ Des investissements pour permettre la réussite de cette stratégie, en termes de recrutements de profils spécialisés mais également de communication.

La réussite de cette stratégie sera « *l'occasion de vivre des expériences fortes et peut donner un supplément de sens aux équipes hospitalières* » en permettant « *la rencontre d'univers très différents (le monde économique et le monde hospitalier)* »¹⁶².

En effet, au-delà de l'apport de financements complémentaires, conséquence d'une collecte de fonds réussie, la politique de mécénat constitue un levier pour développer le lien ville-hôpital sur le territoire.

Ainsi, la mise en lumière des établissements publics de santé, en lien avec la pandémie de Covid-19, doit se poursuivre par un travail proactif de communication et une stratégie « *d'aller vers* » la ville en mettant en avant leurs atouts et leurs forces, à rebours de « l'hospitalocentrisme » ayant cours jusqu'alors. Ce contexte peut être utilisé comme un levier pour la réussite d'une stratégie de mécénat, mais pas seulement : les établissements publics de santé sont confrontés à un autre enjeu, celui de leur attractivité, dans un contexte

¹⁶² Monique SORRENTINO, Pr. Marie-Thérèse LECCIA, Christian ZANNINI, *op. cit.*, p.35.

de difficulté de recrutement et de fidélisation de leur personnel, qui constitue un « *un défi pour près de la moitié des établissements de santé* »¹⁶³.

Dès lors, parmi les réponses clés qui peuvent contribuer à répondre à cet enjeu d'attractivité, un travail sur le développement de « *la communication hospitalière [qui] devient persuasive et commence à s'insérer dans une réflexion plus marketing* » demeure primordial mais nécessite là-aussi d'investir dans des profils spécialisés.

Si les sujets de développement du mécénat et d'attractivité pour les personnels peuvent paraître très éloignés, ils partagent à mon sens un même enjeu : celui de la réputation et de la notoriété de l'établissement public de santé.

Les établissements publics de santé devront aboutir à fédérer leurs collaborateurs autour d'une politique RSE partagée, source du développement du sentiment d'appartenance et d'attractivité. En s'ouvrant sur leur territoire, les établissements publics de santé susciteront l'intérêt des acteurs de la ville au travers de leurs missions d'intérêt général, mais également de leur sérieux, notamment traduit par leur politique RSE, portée par leurs collaborateurs. Dans un contexte concurrentiel, l'investissement dans une stratégie de marque employeur apparaît à cet effet primordial.

A ce titre, la marque employeur constitue un élément permettant de mettre en exergue une politique institutionnelle dont la crédibilité sera issue de « *l'expérience des professionnels en poste et de leurs témoignages : ce que la stratégie marque employeur véhicule en externe doit être confirmé par ceux qui y exercent chaque jour en interne* »¹⁶⁴.

Ainsi, les professionnels de la communauté hospitalière seront reconnus comme « *les ambassadeurs de la marque entreprise en constituant son interface entre les environnements internes et externes, dans un marketing interactif* »¹⁶⁵. Ils représenteront ainsi leur établissement auprès de leurs pairs, mais également des mécènes potentiels.

Par conséquent, au-delà du seul sujet du mécénat et de ses facteurs de réussite, à l'image du développement d'une culture du mécénat, les enjeux auxquels sont confrontés les établissements publics de santé nécessitent des investissements : sur la politique RSE, sur la communication, mais également sur les outils marketing. L'élaboration d'une réponse à l'échelle du GHT peut être facilitante pour en mutualiser les coûts, au-delà de sa pertinence à l'échelle du territoire.

¹⁶³ Clémence NAYRAC, « *La fidélisation des équipes est un défi pour près de la moitié des établissements de santé* », dépêche HOSPI MEDIA, 22 juin 2021, en ligne.

¹⁶⁴ Marion RENAUT, Samuel ROUGET, Virginie VALENTIN, « *Développer la marque employeur à l'hôpital. Montrer qui l'on est ou être ce que nous montrons ?* », Revue Hospitalière de France, n°590, Septembre-Octobre 2019, p.72.

¹⁶⁵ Pr. Dominique CRIÉ, « *Marque employeur. Quelle transposition à l'hôpital ?* », Revue Hospitalière de France, n°577, Juillet-Août 2017, p.8.

Bibliographie

Textes législatifs, réglementaires et assimilés :

- ❖ Arrêté du 9 juin 2021 portant incorporation à l'annexe IV au code général des impôts de divers textes modifiant et complétant certaines dispositions de cette annexe, JORF n°0134 du 11 juin 2021 ;
- ❖ Note d'information n°DGOS/RH2/2020/157 du 11 septembre 2020 relative à l'application de l'article L. 1453-3 du code de la santé publique aux fins de mise en œuvre du dispositif « encadrement des avantages » ;
- ❖ Loi n°2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020, JORF n°0102 du 26 avril 2020 ;
- ❖ Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020 ;
- ❖ Loi n°2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, JORF n°0302 du 29 décembre 2019 ;
- ❖ Loi n°2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, JORF n°0119 du 23 mai 2019 ;
- ❖ Circ. du 19 mai 2019 relative à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des fonds de dotation, JORF n°0140 du 19 juin 2009 ;
- ❖ Décret n°2017-519 du 10 avril 2017 relatif au référent déontologue dans la fonction publique, JORF n°0087 du 12 avril 2017 ;
- ❖ Ordonnance n°2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé, JORF n°0017 du 20 janvier 2017 ;
- ❖ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européenne et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), JOUE du 4 mai 2016 ;
- ❖ Loi n°2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, JORF n°0094 du 21 avril 2016 ;
- ❖ Décret n°2015-49 du 22 janvier 2015 relatif aux fonds de dotation, JORF n°0020 du 24 janvier 2015 ;
- ❖ Décret n°2014-1053 du 16 septembre 2014 relatif au financement participatif, JORF n°0215 du 17 septembre 2014 ;

- ❖ Décret n°2014-956 du 21 août 2014 relatif aux fondations hospitalières, JORF n°0194 du 23 août 2014 ;
- ❖ Loi n°2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, JORF n°176 du 1er août 2014 ;
- ❖ Ordonnance n°2014-559 du 30 mai 2014 relative au financement participatif, JORF n°0125 du 31 mai 2014 ;
- ❖ Loi n°2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, JORF n°0238 du 12 octobre 2013 ;
- ❖ Loi n°2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement, JORF n°0160 du 13 juillet 2010 ;
- ❖ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 ;
- ❖ Circulaire du 19 mai 2009 relative à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des fonds de dotation, JORF n°0140 du 19 juin 2009 ;
- ❖ Loi n°2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, JORF n°0181 du 5 août 2008 ;
- ❖ Décret n°2007-807 du 11 mai 2007 relatif aux associations, fondations, congrégations et établissements publics du culte et portant application de l'article 910 du code civil, JORF n°110 du 12 mai 2007 ;
- ❖ Loi n°2003-709 du 1^{er} août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations, JORF n°177 du 2 août 2003 ;
- ❖ Loi n°2001-420 du 15 mai 2001 relative aux nouvelles régulations économiques, JORF n°113 du 16 mai 2001 ;
- ❖ Loi n°99-1172 du 30 décembre 1999 de finances pour 2000, JORF n°0303 du 31 décembre 1999 ;
- ❖ Loi n°90-559 du 4 juillet 1990 créant les fondations d'entreprise et modifiant les dispositions de la loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat relatives aux fondations, JORF n°155 du 6 juillet 1990 ;
- ❖ Arrêté du 6 janvier 1989 relatif à la terminologie économique et financière, JORF du 31 janvier 1989 ;
- ❖ Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, JORF du 24 juillet 1987 ;
- ❖ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, JORF du 14 juillet 1983 ;
- ❖ Loi n°63-156 du 23 février 1963 de finances pour 1963 (2e partie-Moyens des services et dispositions spéciales), JORF du 24 février 1963 ;
- ❖ Ordonnance n°58-1171 du 5 décembre 1958 ratifiant des ordonnances prises en application de la loi n°58-520 du 3 juin 1958, JORF du 9 décembre 1958 ;

- ❖ Ordonnance n°58-882 du 25 septembre 1958 relative à la fiscalité en matière de recherche scientifique et technique, JORF du 26 septembre 1958 ;
- ❖ Loi n°54-817 du 14 août 1954 portant diverses dispositions d'ordre fiscal ;
- ❖ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association, JORF du 2 juillet 1901 ;

Codes :

- ❖ C.Civ. : articles 893, 894, 931 ;
- ❖ CGI : articles 200, 238*bis*, 978, et 28-00 A, annexe 4 ;
- ❖ CSP : articles L6141-2-1, L6141-7-3 ;

Jurisprudences :

- ❖ CE, 20 mars 2020, n°423664 ;
- ❖ Cass., Civ. 1^{ère}, 17 oct. 2007, n°05-14818 ;
- ❖ Cass., Civ. 1^{ère}, 12 juillet 1966 ;

Ouvrages :

- ❖ BOURDIEU, Pierre, 1994, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris : Seuil. 256p. ;
- ❖ BUTSTRAEN, Laurent, AUTRIC, Jean-Baptiste, 2015, *Guide pratique du mécénat d'entreprise*, Bruxelles : Larcier. 296p. ;
- ❖ DERRIDA, Jacques, 1991, *Donner le temps. 1. La fausse monnaie*, Paris : Galilée. 232p. ;
- ❖ FERMON, Béatrice, GRANDJEAN, Philippe, 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Paris : Dunod. 480p. ;
- ❖ GALLOPEL-MORVAN, Karine (coord.), BIRAMBEAU, Pierre, LARCENEUX Fabrice, et *al.*, 2021, *Marketing et communication des associations*, Paris : Dunod, 3^{ème} éd., 288p. ;

Articles de périodiques :

- ❖ BITKER, Vincent, « *Le mécénat hospitalier, une opportunité à saisir. L'exemple de l'hôpital Necker-Enfants malades et du GHU APHP Centre* », n°596, mai 2020, p.296-299 ;
- ❖ BOULAN, Nicolas, « *Les établissements de santé publics et privés à but non lucratif : légitimes à mobiliser le mécénat en faveur de leur développement* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.296 ;
- ❖ BUSSON-VILLA, Florence, GALLOPEL-MORVAN, Karine, LE GALL-ELY, Marine, « *La collecte de fonds dans les établissements de santé : facteurs clefs d'efficacité* », Management international, 2016, 20(3), p.122-133 ;

- ❖ BUTSTRAEN, Laurent, « *Le mécénat en établissement public de santé* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.297-301 ;
- ❖ CHOUVEL, Rudy, « *Des sources de financement numériques innovantes* », Gestions Hospitalières, n°596, mai 2020, p.292-295 ;
- ❖ Pr. CRIÉ, Dominique, « *Marque employeur. Quelle transposition à l'hôpital ?* », Revue Hospitalière de France, n°577, Juillet-Août 2017, p.8-15 ;
- ❖ DUPRIEU, Jean-Pierre, « *Le respect de la Charte détermine l'octroi du label « Don en Confiance »* », JCP N, 2018, Hors-série n°1, p.36 ;
- ❖ GONSARD, Sophie, GRILLÉ-LUCAS, Carole, LEMÉE Pierre, et al., « *Guide des libéralités 2018* », JCP N, Hors-série n°1, p.29-35 ;
- ❖ GRAULLE, Pauline, « *L'hôpital ne se moque plus de la charité* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.315-318 ;
- ❖ HECKEL, Thomas, LE CORFF, Yara, « *Diversifier et développer les ressources. La Fondation Université de Strasbourg* », Gestions Hospitalières, n°596, mai 2020, p.283-287 ;
- ❖ LAMBERT, Thierry, « *Une fiscalité attractive ?* », Gestions Hospitalières, n°596, mai 2020, p.300-302 ;
- ❖ LE ROY, Emmanuelle, « *Solliciter les grands dons. Gustave Roussy et sa Révolution Cancer* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.310-314 ;
- ❖ MAHÉ-DOMBIS, Florence, « *Mécénat, philanthropie* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.286 ;
- ❖ MAHÉ-DOMBIS, Florence, « *Hôpital recherche mécène... ou l'avènement du fundraising dans les établissements publics de santé* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.287-295 ;
- ❖ RENAUT, Marion, ROUGET, Samuel, VALENTIN, Virginie, « *Développer la marque employeur à l'hôpital. Montrer qui l'on est ou être ce que nous montrons ?* », Revue Hospitalière de France, n°590, Septembre-Octobre 2019, p.72-76 ;
- ❖ SORRENTINO, Monique, Pr. LECCIA, Marie-Thérèse, ZANNINI, Christian, « *Renforcer les liens entre l'hôpital et son territoire. Illustration pendant la crise du COVID-19* », Gestions Hospitalières, n°596, mai 2020, p.304-306 ;
- ❖ TABET, Élise, « *Fundraising à l'hôpital. Le cas du centre Léon-Bérard* », Gestions Hospitalières, n°546, mai 2015, p.302-309 ;
- ❖ TREMEUR, Muriel, « *Mécénat : une ressource alternative à pérenniser pour diversifier ses ressources* », Finances Hospitalières, avril 2017, p.22-25 ;

Mémoire et thèse :

- ❖ ESTIVAL, Pauline, « *La transparence des liens d'intérêts et la loi anti-cadeaux : impact de ces deux dispositifs sur le système de santé français* », Thèse d'exercice pour le Diplôme d'État de Docteur en pharmacie, fév. 2019, Clermont-Ferrand : Université Clermont Auvergne, UFR de pharmacie, 89p., disponible à l'adresse : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02318015/document>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ HEYRMAN, Éric, « *Fonds de dotation et politique de mécénat des établissements publics de santé* », mémoire de l'EHESP, oct. 2018, Rennes : EHESP. 93p., disponible à l'adresse : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2018/edh/Éric%20HEYRMAN.pdf>. [Consulté le 9 août 2021] ;

Autres ressources en ligne :

- ❖ Admical, « *Étude Covid-19 : premiers impacts sur l'engagement des mécènes* », [en ligne], 2020, disponible à l'adresse : https://admical.org/sites/default/files/uploads/etude_covid_vf_23.06_0.pdf. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Admical « *Mécénat et contreparties* », Les repères Admical, n°6, [en ligne], disponible à l'adresse : https://admical.org/sites/default/files/uploads/basedocu/les_fiches_reperes_admical_-_ndeg6_-_les_contreparties.pdf. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Admical, « *Présentation de la charte du mécénat* », [en ligne], mai 2017, disponible à l'adresse : https://admical.org/sites/default/files/uploads/charte_du_mecenat_admical_mai_2017.pdf. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Admical, IFOP, « *Le mécénat d'entreprise en France* », [en ligne], nov. 2020, disponible à l'adresse : https://admical.org/sites/default/files/uploads/barometre_2020_vdef_hd.pdf. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ APIE, « *Convention type de mécénat financier* », [en ligne], disponible à l'adresse : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/apie/mecenat/publications/Convention_mecenat_financier.docx. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ APIE, « *Mettre en place une stratégie de mécénat : des objectifs à la mise en œuvre* », [en ligne], sept. 2017, disponible à l'adresse : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/apie/mecenat/publications/Mettre_en_place_strategie_mecenat.pdf. [Consulté le 9 août 2021] ;

- ❖ BOFiP, BOI-BIC-RICI-20-30-10-20, « *BIC - Réductions d'impôts - Mécénat ou réduction d'impôt pour les dons en faveur des œuvres et organismes visés à l'article 238 bis du CGI - Champ d'application - Conditions relatives aux versements effectués par les entreprises* », [en ligne], 2019, disponible à l'adresse : <<https://bofip.impots.gouv.fr/bofip/6476-PGP.html/identifiant%3DBOI-BIC-RICI-20-30-10-20-20190807>>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ BOFiP, BOI-IR-RICI-250-20, « *IR - Réductions d'impôt accordées au titre des dons faits par les particuliers - Dépenses ouvrant droit à réduction d'impôt* », [en ligne], 2012, disponible à l'adresse : <<https://bofip.impots.gouv.fr/bofip/5868-PGP.html/identifiant%3DBOI-IR-RICI-250-20-20120912>>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ BOFiP, BOI-SJ-RES-10-20-20-70, « *SJ - Garantie contre les changements de position de l'administration fiscale - Garantie contre les changements de doctrine - Procédures de rescrit fiscal - Rescrit fiscal, garantie apportée par une prise de position formelle sur l'appréciation d'une situation de fait - Rescrits spécifiques avec l'accord implicite en cas d'absence de réponse de l'administration dans un délai encadré - Rescrit au profit d'organismes recevant des dons* », [en ligne], 2012, disponible à l'adresse : <<https://bofip.impots.gouv.fr/bofip/634-PGP.html/identifiant%3DBOI-SJ-RES-10-20-20-70-20120912>>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Comité de suivi des fonds de dotation, Direction des Affaires Juridiques des ministères économiques et financiers, « *Clausier pour la rédaction des statuts d'un fonds de dotation* », [en ligne], mars 2015, disponible à l'adresse : <https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/fondsdedotation/clausier/clausier-fds-dotation.pdf>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Commission Européenne, « *Responsabilité sociale des entreprises : une nouvelle stratégie de l'UE pour la période 2011-2014* », Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité Économique et Social Européen et au Comité des Régions, [en ligne], oct. 2011, disponible à l'adresse : <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0681&from=FR>>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Commission générale de terminologie et de néologie, « *Répertoire terminologique* », [en ligne], 2000, disponible à l'adresse : <<http://www.marche-public.fr/Marches-publics/Textes/Definition/Repertoire-terminologique-2000.pdf>>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Cour des comptes, « *Le soutien public au mécénat d'entreprise* », Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, [en ligne], nov. 2018, disponible à l'adresse :

- <https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-11/20181128-rapport-soutien-public-mecenat-entreprises.pdf>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Don en confiance, « *Référentiel déontologique du don en confiance* », [en ligne], disponible à l'adresse :
https://www.donenconfiance.org/offres/doc_inline_src/759/RE9fE9rentiel-dE9ontologie-DEC_22042021.pdf. [Consulté le 9 août 2021] ;
 - ❖ Fondation Université de Strasbourg, « *Programme de reconnaissance des grands donateurs de l'Université de Strasbourg et des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg* », [en ligne], 2018, disponible à l'adresse :
https://fondation.unistra.fr/wp-content/uploads/2018/11/Reconnaissance_Unistra_HUS.pdf. [Consulté le 9 août 2021] ;
 - ❖ France générosités, « *Une générosité exceptionnelle des Français en 2020 face à la crise* », [en ligne], mai 2021, disponible à l'adresse :
<https://www.francegenerosites.org/cp-une-generosite-exceptionnelle-des-francais-en-2020-face-a-la-crise/>. [Consulté le 9 août 2021] ;
 - ❖ France générosités, « *Baromètre de la générosité 2020* », [en ligne], mai 2021, en ligne, <https://www.francegenerosites.org/ressources/barometre-de-la-generosite-2020-france-generosites-mai-2021/>. [Consulté le 9 août 2021] ;
 - ❖ France générosités, « *Chiffres clés de la générosité* », [en ligne], 2021, disponible à l'adresse : <https://www.francegenerosites.org/chiffres-cles/>. [Consulté le 9 août 2021] ;
 - ❖ France générosités, « *Étude grands donateurs* », [en ligne], oct. 2017, disponible à l'adresse :
https://www.francegenerosites.org/wp-content/uploads/2017/10/France_Générosités_Etude-Grands-Donateurs_2017VF2.pdf. [Consulté le 9 août 2021] ;
 - ❖ HÉMERY, Pia, « *Les dons en numéraire affluent en soutien aux patients Covid-19 et aux soignants* », dépêche HOSPIMEDIA, [en ligne], 2 avril 2020, [Consulté le 9 août 2021] ;
 - ❖ IFOP, Agence LIMITE, « *Les millennials en (première) ligne !* », Baromètre e-donateurs des usagers numériques de dons, 7^{ème} édition, [en ligne], avril 2020, disponible à l'adresse, <https://agence-limite.fr/7eme-barometre-edonateurs/>. [Consulté le 9 août 2021] ;
 - ❖ IRDES, « *Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires* », [en ligne], oct. 2019, disponible à l'adresse :
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>. [Consulté le 9 août 2021] ;

- ❖ Microdon, « Baromètre don sur salaire 2021 », [en ligne], mars 2021, disponible à l'adresse : <<https://www.microdon.org/blog/infographie-barometre-don-sur-salaire-2021/2021/03/02>>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Ministère de l'économie, des finances et de la relance, Annexe au Projet de Loi de Finances pour 2020, Évaluation des voies et moyens, tomes II, « *Les dépenses fiscales* », [en ligne], 2019, disponible à l'adresse <https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2020/pap/pdf/VM_2_2020-W.pdf>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, « Le mécénat 2019-2020, un dispositif simple et attractif pour réussir vos partenariats », 2019, [en ligne], disponible à l'adresse : <https://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/mecenat_brochure_pratique.pdf>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Ministère de l'Intérieur, Statuts types des fondations reconnues d'utilité publique, approuvés par le Conseil d'État dans son avis du 19 juin 2018 et rendus publics par le ministre de l'Intérieur le 6 août 2018, [en ligne], disponible à l'adresse : <<https://www.interieur.gouv.fr/content/download/123353/988837/file/2020-statuts-type-frup-fondations-reconnues-d-utilite-publique.pdf>>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Ministère des solidarités et de la santé, Agence du Numérique en Santé, « Les Pays-Bas infligent leur première amende RGPD pour violation de données », [en ligne], disponible à l'adresse : <<https://www.cyberveille-sante.gouv.fr/cyberveille-sante/1366-les-pays-bas-infligent-leur-premiere-amende-rgpd-pour-violation-de-donnees>>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ NAYRAC, Clémence, « *La fidélisation des équipes est un défi pour près de la moitié des établissements de santé* », dépêche HOSPIMEDIA, [en ligne], 22 juin 2021, [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ Observatoire de la philanthropie, « *L'entreprise engagée : nouvelles frontières de la RSE et du mécénat* », Les études de l'Observatoire, [en ligne], juin 2018, disponible à l'adresse : <https://admical.org/sites/default/files/uploads/basedocu/etude_rse_mecenat_2018.pdf>. [Consulté le 9 août 2021] ;
- ❖ VICHARD, Philippe, « *La loi hospitalière du 21 décembre 1941. Origines, conséquences* », [en ligne], 2007, disponible à l'adresse : <<https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhtm/hsm/HSMx2007x041x001/HSMx2007x041x001x0061.pdf>>. [Consulté le 9 août 2021] ;

Séminaires et conférences :

- ❖ Association Française des *Fundraisers* : 1^{ère} conférence de *fundraising* pour la santé, 8 avril 2021 ;
- ❖ Fondation de France, Présentation du baromètre de la philanthropie 2021, 23 juin 2021 ;
- ❖ Association Française des *Fundraisers*, Petit-déjeuner virtuel des *fundraisers* d'Occitanie, 2 juillet 2021 ;

Liste des annexes

- ❖ **Annexe 1** : Fiche méthodologique

- ❖ **Annexe 2** : Liste des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire ;

- ❖ **Annexe 3** : Grille d'entretien utilisée comme base d'échange avec les professionnels interrogés.

ANNEXE 1 : Fiche méthodologique

La thématique de ce mémoire a été retenue en lien avec le Centre hospitalier de Béziers où j'ai effectué mon stage de direction, et plus particulièrement avec les missions confiées par l'équipe de direction sur cette question.

A l'image d'autres Centres hospitaliers, la question du développement du mécénat était en cours de réflexion depuis plusieurs mois au sein de l'établissement, notamment à l'aune de l'expérience des CHU. Ces derniers se sont en effet lancés dans la démarche depuis plusieurs années – pour la plupart d'entre eux –, avec parfois des moyens dédiés.

Le présent mémoire a pour objectif d'apporter un éclairage au lecteur sur le mécénat, notamment à travers un état des lieux de son développement dans les établissements publics de santé, mais également en ce qui concerne la définition d'une stratégie de développement et de sa mise en œuvre en leur sein.

Pour ce faire, un travail de recherches bibliographiques – *v. supra* –, permettant de dresser un état des lieux du mécénat a été réalisé. En parallèle, et en complémentarité, un travail de recueil de données a été effectué, sur deux volets :

⇒ *Un volet quantitatif*, à travers la visite de l'ensemble des sites Web des Groupements Hospitaliers de Territoire ou de celui des établissements supports, permettant d'estimer le nombre d'établissements publics de santé qui mettent en œuvre une stratégie de mécénat ainsi que leur typologie.

Ces éléments souffrent néanmoins d'un biais dans la mesure où ils sont uniquement fondés sur les établissements support de GHT, mais également sur le fait qu'un appel au don sur le site Web n'implique pas nécessairement que l'établissement mette en œuvre une stratégie de mécénat. Sur ce dernier point, il convient en effet de relever que de nombreux établissements, qu'ils soient support de GHT ou non, ont intégré sur leur site Web, à la faveur de la crise sanitaire, une rubrique relative au don permettant de faciliter le désir de soutien des personnes physiques ou morales – les dons financiers et en nature ont afflué de manière spontanée –, sans pour autant mettre en œuvre une politique de mécénat. A l'inverse, d'autres établissements publics de santé, non supports de GHT, ont défini leur stratégie en matière de mécénat et la mettent en œuvre, sans être pris en compte dans les éléments statistiques générés sur cette base. Par conséquent, ces derniers éléments présentés *infra* ne constituent qu'une estimation des établissements publics qui développent ou non une stratégie de mécénat.

⇒ *Un volet qualitatif*, à travers une enquête qualitative. Sur ce point, plus de vingt entretiens ont été organisés – *v. liste des personnes interrogées en annexe 2* – sur un mode semi-directif. D'une durée d'une heure environ, et sur la base d'une

grille d'entretien – v. annexe n°3 – l'objectif était de confronter les éléments bibliographiques à la réalité de terrain, tout en identifiant des facteurs de réussite et des points de vigilance éprouvés par des établissements publics de santé. Par ailleurs, ce volet permet d'atténuer la limite précitée sur le fait que les éléments statistiques fondés sur les établissements support ne reflétaient pas l'ensemble des établissements publics de santé. En effet, au travers de l'organisation des entretiens avec des établissements publics de santé mettant en œuvre une stratégie de mécénat, une diversité a été recherchée, tant au niveau de la typologie des établissements – Centres Hospitaliers, CHU – que des modalités de mise en œuvre – gestion au travers d'une régie directe, d'un fonds de dotation, d'une fondation... ; à l'échelle du GHT ou non ; établissements supports ou non –.

Enfin, ces données recueillies ont été colligées, analysées et mises en perspective avec l'expérience de la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de mécénat à laquelle j'ai participé au sein du Centre hospitalier de Béziers. L'ensemble de ces éléments a permis de nourrir ma réflexion, notamment quant aux préconisations développées *supra*, et d'aboutir à la rédaction de ce mémoire. Aussi, les préconisations qui sont formulées tout au long de ce document ne sauraient s'appliquer uniformément à l'ensemble des établissements désireux de développer une politique de mécénat en leur sein. Nous verrons en effet que la réussite d'une telle démarche dépendra, au-delà des moyens qui y sont consacrés, de la prise en compte du territoire et de ses spécificités, tant au niveau des mécènes potentiels – secteurs d'activité ; typologie d'entreprises ; territoire urbain ou rural etc. – que des acteurs d'ores et déjà lancés dans une démarche de mécénat – établissements de santé ; associations etc. –.

ANNEXE 2 : Liste des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire

- ⇒ **Monsieur Xavier BIAIS**, Directeur des Finances, du Système d'Information, de la Recherche Clinique et du Biomédical au Centre Hospitalier Public du Cotentin ;
- ⇒ **Monsieur Dominique DESMAY**, Directeur du Système d'Information et de l'Organisation au Centre Hospitalier de la Côte Basque ;
- ⇒ **Madame Elsa DOMERGUE**, Directrice adjointe des Achats, de l'Équipement et de la Logistique au Centre Hospitalier du Mans ;
- ⇒ **Madame Roseline FROMM**, Chef de projet marketing et base de données à la Fondation Université de Strasbourg ;
- ⇒ **Monsieur Jean-Luc GALICE**, Chef de service comptable à la Trésorerie de Libourne ;
- ⇒ **Madame Ninon GAUTIER**, Secrétaire Générale, Directrice du site de Mamers au Centre Hospitalier Intercommunal Alençon-Mamers ;
- ⇒ **Monsieur Thomas HECKEL**, Directeur adjoint de la Fondation Université de Strasbourg ;
- ⇒ **Madame Stéphanie HERNU**, Responsable de la culture et du mécénat au CHU de Montpellier ;
- ⇒ **Monsieur Sébastien HOUADEC**, Directeur des Affaires Financières, de la Patientèle et du Mécénat au Centre Hospitalier Intercommunal de Mont-de-Marsan et du Pays des Sources ;
- ⇒ **Madame Audrey LAMARQUE-PEYRARD**, Chargée de mission développement du mécénat et responsable de la communication du Groupe Hospitalier Bretagne Sud ;
- ⇒ **Madame Aurélie LECLERCQ**, Responsable du mécénat au CHU de Lille ;
- ⇒ **Monsieur Stéphan MARET**, Directeur de la communication et du mécénat au CHU de Poitiers ;
- ⇒ **Monsieur Philippe MARIN**, Délégué à la Protection des Données et référent déontologue de l'École des Hautes Études en Santé Publique ;
- ⇒ **Madame Mélanie MATTHEY**, Chargée de communication au CHU de Dijon ;
- ⇒ **Monsieur Damien OUDOT**, Directeur des Affaires Juridiques, de la Communication et des Relations avec les Usagers et les Associations au Centre Hospitalier de Saint-Brieuc ;
- ⇒ **Monsieur Jean-Michel ORSATELLI**, Directeur du Projet, de la Qualité, du Territoire et de la Communication au Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud ;
- ⇒ **Madame Lise PATIÈS**, Directrice des Affaires Générales, de la Communication et de la Santé Publique au Centre Hospitalier de Saintonge ;

- ⇒ **Monsieur Alain PHILIBERT**, Directeur Général Adjoint du Groupe Hospitalier Bretagne Sud ;
- ⇒ **Monsieur Ludovic PORÉDOS**, Chargé de communication et actions culturelles au Centre Hospitalier de Libourne ;
- ⇒ **Monsieur Julien ROSSIGNOL**, Directeur du Centre Hospitalier d'Arcachon ;
- ⇒ **Madame Mathilde ROUSSEAU**, Directrice du cabinet de la Direction Générale aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ;
- ⇒ **Madame Raphaëlle SURUN**, Responsable du fonds de dotation Institut Saint-Jacques, CHU de Toulouse ;
- ⇒ **Monsieur Pierre THEPOT**, Directeur Général du Groupe Hospitalier Littoral Atlantique – Hôpitaux de La Rochelle-Ré-Aunis.

ANNEXE 3 : Grille d'entretien utilisée comme base d'échange avec les professionnels interrogés

Inscription dans une démarche de mécénat

- ⇒ Depuis combien de temps la démarche de mécénat a-t-elle été lancée par votre établissement ? Dans quel contexte ?
- ⇒ Quels sont les objectifs du mécénat pour votre établissement ?

Gouvernance

- ⇒ Le mécénat est-il géré par une entité juridique autonome, le cas échéant laquelle ? Quelles sont les raisons qui ont entraîné ce choix ?
- ⇒ Comment les dons sont-ils répartis ? Comment les projets financés sont-ils retenus ? Qui décide ... ?
- ⇒ Comment les projets à financer émergent : appels à projets internes / revues de projets ?
- ⇒ Comment le personnel est-il associé ?

Cibles du mécénat

- ⇒ Quelles sont vos cibles privilégiées (grands mécènes, entreprises, grand public, usagers, personnels...) ?
- ⇒ Quels outils marketing utilisez-vous (mailing, réseaux sociaux, entretiens bilatéraux...) ?

Marketing et communication

- ⇒ Quel est le profil des personnes en charge du mécénat dans votre établissement ? De quelles directions relèvent-ils ?
- ⇒ Comment allez-vous rechercher les fonds auprès des mécènes ?
- ⇒ Comment ces mécènes potentiels ont-ils identifiés préalablement ?
- ⇒ Comment gérez-vous l'après-don (objectif de fidélisation) ? Le retour d'informations quant à l'utilisation des dons ?
- ⇒ Quelles contreparties proposez-vous aux mécènes (entreprises, grands mécènes) ?
- ⇒ Avez-vous mené des actions de communication particulière auprès du personnel et le cas échéant lesquelles ? Dans quels objectifs ?

Gestion administrative et financière

- ⇒ Combien de personnes s'occupent du mécénat dans votre établissement ?
- ⇒ Qui gère/manipule les dons financiers (espèces, chèques...) ?
- ⇒ En moyenne depuis le déploiement de votre stratégie de mécénat, combien de dons recueillez-vous chaque année ?

Conclusion

- ⇒ Quelles difficultés rencontrez-vous dans le déploiement de votre stratégie de mécénat ?
- ⇒ Selon vous, quels sont les facteurs de réussite d'une stratégie de mécénat pour un établissement public de santé ?

ASSIÉ

Gaëtan

Octobre 2021

DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2020 - 2021

Définir et mettre en œuvre une stratégie de mécénat en établissement public de santé

Résumé :

Au sein des établissements publics de santé, le mécénat n'est pas nouveau. Si leur patrimoine s'est historiquement construit au travers de la charité, celle-ci s'est peu à peu effacée avec la création du service public hospitalier. Néanmoins, depuis plus d'une dizaine d'années, le mécénat se développe à nouveau dans le secteur hospitalier, et plus encore à l'aune de la situation sanitaire liée à la Covid-19.

Ce mémoire a pour objectif d'apporter des pistes de réflexion et des points de vigilance aux établissements publics de santé désireux de développer une politique de mécénat. Au-delà de la définition de la stratégie afférente, il convient d'y consacrer des moyens, notamment humains, avec le recrutement de profils spécialisés en *fundraising*, mais également matériels, sur les volets marketing et de communication. Une mutualisation à l'échelle du GHT peut permettre de mutualiser les coûts tout en mettant en avant une stratégie territoriale de mécénat au profit de l'hôpital public.

S'il est souvent perçu comme un moyen de disposer de ressources financières complémentaires dans un contexte budgétaire, le développement d'un politique de mécénat constitue également un levier pour développer le lien ville-hôpital.

Adossée à une politique de RSE ambitieuse, la visibilité qui découle de cette stratégie mécénat peut contribuer à renforcer l'attractivité de l'établissement public de santé, dans un contexte où il est confronté à d'autres enjeux, notamment en termes de recrutement et de la fidélisation de ses collaborateurs.

Après avoir abordé les aspects méthodologiques, ce mémoire dresse un état des lieux des formes de soutien aux établissements publics de santé et des modalités de mise en œuvre d'une politique de mécénat.

Aussi et surtout, il apporte des pistes de réflexion quant à l'élaboration d'une stratégie de mécénat et sa mise en œuvre opérationnelle, tout en identifiant des facteurs de réussite et les points de vigilance les plus importants.

Mots clés :

Mécénat ; *fundraising* ; collecte de fonds ; levée de fonds ; fonds de dotation ; gestion directe ; stratégie ; marketing ; communication

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.