

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



**BENEVOLE EN EHPAD : PARTENAIRE
INCONTOURNABLE DE DEMAIN ?**

Pascal HERR

DCS@12-13

42 Bd Jourdan 75014 PARIS-Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères et à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de cette formidable année à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Montsouris et universitaire.

Je tiens à remercier sincèrement Monsieur Farnault Patrick, Directeur de mémoire, il s'est toujours montré à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce travail.

Je remercie l'ensemble des acteurs de l'Ecole Supérieure Montsouris pour leur accompagnement, leur bienveillance tout au long de cette année de formation.

J'exprime ma gratitude à l'ensemble des personnes rencontrées lors des recherches effectuées et qui ont accepté de répondre à mes questions avec gentillesse.

Je remercie toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'exécution de ce travail.

Enfin, je n'oublie pas mon épouse et mes deux enfants pour leur contribution, leur soutien et leur patience, et au-delà, restent fidèles dans l'accompagnement de mon parcours professionnel.

Merci à tous et à toutes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
1 Partie 1 : le cheminement.....	6
1.1 Les constats	6
1.1.1 La littérature	6
1.1.2 La législation	8
1.2 Situation juridique des bénévoles	9
1.3 Le constat professionnel.....	9
1.4 La problématique	11
1.5 Hypothèse	12
2 Partie 2 : Cadre conceptuel et théorique.....	13
2.1 Définitions des concepts.....	13
2.1.1 Bénévole/Bénévolat	13
2.1.2 Partenariat/partenaire.....	14
2.1.3 Complémentarité	14
2.1.4 Accompagner	15
2.2 Cadre théorique.....	15
2.2.1 Regard économique et législatif	15
2.2.2 Concept de Jean-François Serres : le bénévolat.....	16
2.2.3 Regard de Geneviève Zehnder : la complémentarité	17
2.2.4 Regard de Corinne Mérini : le partenariat	17
2.2.5 Regard de l'ANAMS : le bénévolat associatif	18
2.2.6 L'ANESM.....	19
3 Partie 3 : EHPAD.....	20
3.1 Définition.....	20
3.2 Les missions d'un EHPAD	20
3.2.1 Le projet d'établissement	21
3.2.2 Le projet de soins.....	21
3.2.3 Le projet de vie individualisé	21

3.3	Les personnes âgées accueillies.....	22
3.3.1	Le contexte.....	22
3.3.2	Le profil des résidents	23
4	Partie 4 : le bénévole et le bénévolat	24
4.1	Principes fondamentaux des associations : loi 1901	24
4.1.1	La responsabilité des dirigeants.....	24
4.1.2	Particularité des bénévoles des aumôneries.....	26
4.2	Le bénévolat associatif	27
4.2.1	Le bénévolat en milieu hospitalier : une inspiration pour les EHPAD 28	
4.2.2	Le bénévole partenaire des professionnels de santé	29
4.2.3	Le bénévole : un partenaire dans la complémentarité.....	30
4.2.4	Le Cadre de Santé, à l'interface de ces 2 entités professionnelles : les bénévoles et les équipes soignantes.....	32
5	Partie 5 : enquête et recherche	34
5.1	Populations retenues et lieux d'enquêtes	34
5.2	Méthode d'enquête retenue.....	35
5.3	Elaboration des outils d'enquêtes.....	36
5.3.1	La structure du questionnaire.....	36
5.3.2	Type de questions.....	36
5.3.3	La phase test.....	37
5.3.4	Le déroulement des entretiens	37
6	Partie 6 : L'ANALYSE.....	38
6.1	Synthèse des entretiens Cadres de Santé et Responsables d'associations de bénévoles.....	38
6.1.1	En EHPAD.....	38
6.1.2	En sanitaire	39
6.2	Analyse des entretiens Cadres de santé et Responsables de bénévoles. 40	
6.2.1	En EHPAD.....	40

6.2.2 En sanitaire	41
6.3 Analyse des questionnaires Soignants et bénévoles.....	42
6.3.1 Questionnaires des professionnels de santé.....	43
6.3.2 Questionnaires des bénévoles associatifs	48
6.4 Synthèse et Conclusion des entretiens et questionnaires	52
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	59

ANNEXES



¹ www.leparisien.fr/yvelines-78/video-montfort-l-amaury-ils-kiffent-leur-hopital-25-02-2010-827873.php, consulté le 18/05/2013

INTRODUCTION

Le travail de fin d'études (Mémoire) consiste : « *pour l'étudiant cadre de santé, en l'exploration, la conduite et la production écrite d'une analyse approfondie qui s'appuie sur les méthodes et outils de l'analyse de situation, de la résolution de problèmes, et de la lecture des sciences sociales.*

Le mémoire est un travail écrit, individuel et obligatoire dans la formation et la validation du diplôme cadre de santé.

*Il est avant tout un **travail de formation et de recherche personnelle** qui doit pouvoir laisser l'étudiant suffisamment autonome dans sa réflexion.*

Le mémoire s'inscrit dans le cadre d'une « initiation à la recherche » et ne prétend donc pas à une rigueur scientifique sans faille. Il reste néanmoins un investissement important tant d'un point de vue temporel que cognitif, voire émotionnel... »².

Au-delà de ce contexte, j'ai choisi de réfléchir aux notions de partenariat et de complémentarité entre bénévoles et soignants, au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Le monde de la santé est en pleine mutation. Les regards sur la réforme du système de santé, dicté par la loi HPST de 2009³, a pour objectifs, d'une part de ramener les établissements de santé à l'équilibre budgétaire en optimisant les moyens et les coûts, et d'autre part, atteindre l'objectif de performance globale, s'appuyant sur la qualité et la sécurité des soins.

L'équilibre budgétaire ne passe pas par l'augmentation de moyens, au contraire. De fait, dans ce contexte, les bénévoles, au sein de leurs missions, peuvent répondre aux futurs ressources à mobiliser, si les EHPAD veulent rester un milieu de vie et d'accompagnement.

² Guide pratique du mémoire 2012-2013, IFCS MONTSOURIS

³ Hôpital Patient Santé Territoire

Au cours de mon parcours professionnel, j'ai pu expérimenter l'approche bénévoles/soignants. Ce fut deux expériences bien distincts ; l'une en sanitaire où je suis resté assez mitigé et l'autre en revanche assez concluante au regard des bienfaits apportés auprès des personnes âgées. Ceci sera relaté dans la 1^{ère} partie de mon travail intitulé le cheminement.

La littérature est riche en ce qui concerne le bénévolat associatif ; les notions de partenariats et de complémentarité bénévole/soignants, l'accompagnement, en font des sujets d'actualité où se sont intéressés bon nombre d'auteurs comme Corinne Mérini ou Jean-François Serres. Des organismes comme la DREES⁴, l'Alliance Nationale des Associations en Milieu de Santé relatent également ses thèmes. J'aborderai en 2^{ème} partie ces items au niveau du cadre conceptuel et théorique.

La troisième partie sera consacrée à la description d'un EHPAD, quels sont ses missions ?, la structure de ces établissements ?, la personne âgée accueillie ? dans quel contexte ?. De même, afin de comprendre ce que c'est le bénévolat et le bénévole, j'explicitai dans une quatrième partie ces items, en abordant la dimension du partenariat et de la complémentarité. De fait, ceci nous amènera aux soignants et au cadre de santé qui s'inscrit à l'interface de ces deux entités qui sont : les bénévoles et les professionnels de santé.

La cinquième et la sixième partie seront consacrées à l'enquête, la recherche et l'analyse, ce qui me permettra peut être d'affirmer ou de confirmer mon hypothèse. Ainsi, en confrontant le résultat des analyses et les concepts, j'espère pouvoir apporter un éclaircissement sur le partenariat bénévoles/soignants et le rôle du cadre de santé dans ce partenariat.

⁴ Direction de la Recherche, des Etudes, de l' Evaluation et des Statistiques

1 Partie 1 : le cheminement

1.1 Les constats

1.1.1 La littérature

La DREES⁵ a établi, le 10/08/2005, une étude sur : « *les Personnes âgées : les besoins d'hébergement d'ici 2025* ».

Ce premier rapport traite de la détermination du **nombre de places en 2010, 2015 et 2025** dans les EHPAD⁶.

Ce dernier confirme : « **l'importance considérable du nombre de places nouvelles qu'il sera nécessaire d'ouvrir** à l'horizon 2010-2015 et au-delà. **Insistant sur la nécessité de renforcer la médicalisation de l'offre de soins gériatriques**, du court séjour aux soins de longue durée, le rapport recommande de mettre en cohérence les schémas d'organisation des soins et les plans gérontologiques départementaux, afin d'améliorer la réponse aux besoins et la fluidité de l'ensemble du dispositif ».

Un deuxième rapport, datant du 20/02/2009, a été réalisé sur : « le 5^{ème} risque : vers une prise en charge de **la perte d'autonomie** en 2010 » ?

« En France, la question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées se pose avec d'autant plus d'acuité que l'on estime aujourd'hui **qu'une personne sur quatre** issues des générations du baby boom **aura à en souffrir.** »

Au 1^{er} janvier **2008**, l'**INSEE**⁷ recensait **1 314 920 personnes âgées** de plus de 85 ans. En **2015**, elles seront **plus de 2 millions**.

⁵ Direction de la Recherche, des Etudes, de l' Evaluation et des Statistiques

⁶ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

⁷ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Parallèlement, du fait même du vieillissement de la population, **le nombre moyen d'aidants** potentiels par personne âgée dépendante **aura tendance à diminuer**.

Ensuite, l'Alliance Nationale des Associations en Milieu de Santé⁸ est : « un espace de concertation, réflexion, proposition au service des personnes les plus vulnérables ». L'ANAMS, c'est :

- Rassembler des associations de bénévoles intervenants en milieu de santé
- Impulser des innovations,
- Proposer des initiatives en inter associativité,
- Favoriser la réflexion sur l'amélioration de la prise en charge des patients,
- Entreprendre des démarches auprès des Instances Institutionnelles.

Ainsi, fort d'une expérience du « bénévolat associatif » en milieu hospitalier, elle pourrait être un exemple d'inspiration pour les EHPAD.

Enfin, j'ai été interpellé par deux articles écrit par Jean-François Serres dans CAIRN, CERAS/PROJET 2012, traitant du **bénévolat associatif, la complémentarité** avec les professionnels et les notions de **partenariat**.

Jean François Serres est secrétaire général de l'association « les petits frères des Pauvres ».

Cette association a été créée en 1946 pour se mettre au service des personnes les plus pauvres. Une de ces missions est de : « s'engager à renouer, par des actions concrètes, des liens de solidarité rompus ou distendus, notamment auprès des malades ou en fin de vie, à domicile ou à l'hôpital, mène des actions auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer... ».

Très sensibilisé et très attaché à la « dépendance des personnes âgées » et aux bénévolats associatifs, il a écrit en février 2011 entre autre : « *Dépendance, tout n'est pas qu'une affaire d'argent* ».

⁸ <http://www.anams.org/anams/mission>, consulté le 15/12/2012

Cet article fait suite à une proposition d'un parti politique qui réclamait la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale pour prendre en charge la dépendance des personnes âgées. Le secrétaire général des petits frères des Pauvres propose le bénévolat associatif ».

1.1.2 La législation

Tout d'abord, les textes fondateurs qui régissent et définissent **les responsabilités du cadre de santé** sont : La loi du 31 juillet 1991 (service de soins infirmiers) ; le Décret et arrêté du 18 août 1995 ; le Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la FPH ; Le code de la santé publique ; La loi HPST 2009. Parmi un certain nombre de responsabilités établit, je retiendrai celle de « **la responsabilité et la qualité de la prise en charge des patients et des usagers** ».

Ensuite, la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est un **projet d'organisation sanitaire** et non de financement. A terme, elle doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Cette loi est structurée en 4 titres :

- Titre I - Modernisation des établissements de santé
- Titre II – Accès de tous à des soins de qualité
- Titre III - Prévention et santé publique
- Titre IV - Organisation territoriale du système de santé

La Loi HPST définit, au travers du titre IV, les objectifs des agences régionales de santé qui sont entre autres : « le décloisonnement hôpital /le champ ambulatoire / le champ médico-social ».

De plus, cette Loi dicte l'organisation individualisant les pôles principaux de compétence de l'ARS : l'organisation de soins, médico-social, prévention, sécurité sanitaire.

Enfin, les objectifs sont, d'une part de ramener les établissements de santé à l'équilibre budgétaire en optimisant les moyens et les coûts, et d'autre part, atteindre l'objectif de performance globale, s'appuyant sur la qualité et la sécurité des soins.

C'est pourquoi, je pense que l'équilibre budgétaire ne passe pas par l'augmentation de moyens, au contraire. De fait, dans ce contexte, les bénévoles, au sein de leurs missions, peuvent répondre aux futurs ressources à mobiliser, si les EHPAD veulent rester un milieu de vie.

1.2 Situation juridique des bénévoles

Concrètement, aucune définition (légale ou conventionnelle) n'existe en droit français. **Le bénévolat** est une activité libre, qui n'est encadrée par **aucun statut**.⁹, à part le champ des soins palliatifs avec sa 1^{ère} Loi en 1986.

En revanche, depuis **1991**, une **Charte** sert de **référence** aux **conventions** qui sont passées partout **en France** entre les services **hospitaliers et les associations**. De plus, la circulaire de 2004 vient renforcer le dispositif concernant les outils de référence des établissements de santé et médico-social.

1.3 Le constat professionnel

Ce constat repose sur mon expérience professionnelle en tant qu'infirmier, puis faisant fonction de cadre de santé en EHPAD.

La comparaison de l'approche « bénévole » émane d'une expérience antérieure d'infirmier en pédiatrie, aboutissant à un regard distant, tandis que l'expérience au quotidien en EHPAD devenait une évidence. Cette prise de recul, liée à ma fonction de manager, avait pris sens, m'apportant ainsi une vision élargie de ce collaborateur.

⁹ www.mecenova.org/.../Fiche-juridique-volontariat-et-benevolat, consulté le 10/12/2012

De plus, au sein du pôle gériatrique de Chartres, une autre vision du bénévole m'a été apportée, où « le projet de vie » constitue le cadre de référence, prônant des valeurs d'accompagnement au quotidien, auprès des personnes âgées.

Par ailleurs, nous sommes aujourd'hui dans un contexte de contraintes budgétaires. J'ai pu également constater l'usure ou l'éloignement des aidants, favorisant l'isolement des personnes âgées, qui sont et deviennent de plus en plus dépendantes.

Enfin, dans l'Unité d'Hébergement Renforcée, des échanges, des réflexions ont été menées avec les équipes soignantes, lors de propositions de projets par ces derniers...celles-ci m'ont amené à me questionner sur : quels partenariats possibles ? avec qui ? quelles formations requises pour ces collaborateurs ? quelles responsabilités impliquent-elles pour les résidents ?, le cadre de santé ?, l'institution ?, les soignants ?, la cohabitation soignants/intervenants ? le rôle et la place de chacun ?, au regard de la spécificité de ce service...

Bien évidemment, il ne s'agit pas que le bénévole se substitue aux soignants. Le rôle et la place de chacun de ces professionnels sont et doivent être définis.

Les professionnels de santé ont pour missions : « le soin » et d'accompagnement dans le soin : « le care¹⁰ » soignant.

L'implication des bénévoles facilite et renforce : « le lien social » et « la vie sociale ».

Ces deux entités sont bien distinctes, mais complémentaires, au service de la personne.

C'est pourquoi, il me semble intéressant de réfléchir sur **les futurs moyens à mobiliser** si les **EHPAD**, de façon générale, veulent **rester « un milieu de vie et d'accompagnement »**.

En effet, la **Loi HPST de 2009**, dicte clairement les orientations en termes de Territoire, Coopération, de Décloisement, d'Individualisation, mais aussi et surtout de **restrictions budgétaires...**

¹⁰ Prendre soin de...

Dans ce contexte, l'enjeu est de réfléchir à « **comment faire aussi bien et autrement avec moins** », et **d'entrer** dans une **logique téléologique**¹¹ collective.

Ainsi, ce cheminement m'amène et m'oriente vers trois points :

- La fonction du cadre de santé dans le management
- Le rôle du cadre de santé à la cohabitation bénévoles / professionnels de santé
- La notion de vie sociale

C'est pourquoi, ce cheminement me conduit à la question suivante:

« *Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer pour harmoniser le partenariat soignants et bénévoles ?* ».

1.4 La problématique

En prenant en compte les dimensions multifactorielles en EHPAD qui sont d'une part le statut conféré aux bénévoles et les missions des soignants, et, d'autre part, la réforme du système de santé en France, dicté par la Loi HPST 2009, trois questions subsistent :

- **Pourquoi pouvons-nous dire que le bénévolat est une alternative à la conjoncture actuelle ?**
- **En quoi le partenariat entre professionnels de santé et bénévoles serait une complémentarité ?**
- **Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer dans la mise en place de cette mesure ?**

¹¹ Mise en œuvre des seuls moyens ayant fait preuve de leur efficacité

1.5 Hypothèse

Dans ce contexte, l'enjeu est de « **comment faire aussi bien et autrement avec moins** », et d'entrer dans une **logique téléologique collective** : le bénévolat.

Ainsi, je formule l'hypothèse suivante :

Au regard de l'évolution du système de santé et l'augmentation constante de la dépendance des personnes âgées, celles-ci contraignent les soignants à limiter l'accompagnement, ce qui impacte sur le lien social et favorise l'isolement des résidents ; de fait, le non recours aux bénévoles en EHPAD, ces instituts s'éloigneraient de leurs missions 1^{ère} : « l'accompagnement de la personne âgée ».

2 Partie 2 : Cadre conceptuel et théorique

Dans cette partie, je commencerai par définir les concepts clés en lien avec le thème : « les Bénévoles en EHPAD, partenaire incontournable de demain », mais aussi j'exposerai les différentes théories en lien avec ce sujet.

2.1 Définitions des concepts

2.1.1 Bénévole/Bénévolat

Etymologiquement, les mots « bénévole/bénévolat » viennent du latin « benevolus » « bene : bien » et « volo : je veux ». (le petit Larousse).

Selon le Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville¹² définit le « **bénévole** » comme : « *celui qui **s'engage librement** pour mener une **action non salariée** en direction d'autrui en dehors de son temps professionnel et familial* ».

« Il en découle qu'à la différence d'un travail salarié, **le bénévolat** se caractérise par **l'absence** de tout **lien de subordination juridique** et de **toute rémunération** sous quelque forme que ce soit (ni en espèces, ni sous forme d'avantages en nature) ».

Selon **la charte internationale du volontariat**, « **Le bénévole** est celui qui **s'engage de son plein gré, d'une manière désintéressée dans une action organisée au service de la communauté** »

Ces quelques définitions décrivent bien les notions de bénévoles et de bénévolats comme identiques, de même grandeur. Je retiens de ces définitions trois dimensions fortes qui accompagnent ce travail : **la gratuité, la liberté, l'engagement envers autrui, une action organisée.**

¹² www.benevolat.org, consulté le 13/01/2013.

2.1.2 Partenariat/partenaire

Le partenariat¹³ se définit comme : « *une **association active de différents intervenants** qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de **mettre en commun** leurs efforts en vue de réaliser un **objectif commun** relié à un **problème** ou à un **besoin** clairement **identifié** dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation, voire une obligation* ».

Selon le petit Larousse, le partenaire est défini comme : « *personne, groupe aux quels on s'associe pour la réalisation d'un projet* ».

Le colloque INRP¹⁴ de 1993 a défini le partenariat comme étant : « *le minimum d'action commune négociée visant à la résolution d'un programme reconnu commun*". C'est-à-dire que le partenariat ne se situe pas dans le projet ni dans le dogme mais authentiquement dans l'action, dans une action commune et négociée (qui n'a rien à voir avec la délégation et ou la sous-traitance) ».

Je retiens de part ces définitions la notion de « **partager, mettre en commun, d'échanger avec d'autres** » des expériences d'ordres culturelles, artistiques, citoyennes, etc..., dans le but d'un objectif commun, dans une **action commune et négociée**, en lien avec un problème ou un besoin identifié.

2.1.3 Complémentarité

Selon Larousse¹⁵, la complémentarité se définit comme : « *Caractère de ce qui est complémentaire ; se dit de choses, de **personnes** qui se **complètent l'une l'autre*** ».

¹³ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Partenariat>, consulté le 13/01/2013.

¹⁴ Institut National de la Recherche Pédagogique

¹⁵ www.larousse.fr/dictionnaires, consulté le 13/01/2013.

2.1.4 *Accompagner*

Sur le plan étymologique, accompagner est d'origine latine qui signifie « ad, mouvement » et « cum panis, avec pain », c'est-à-dire « celui qui mange le pain avec¹⁶ ».

Selon le Larousse¹⁷, accompagner se définit comme : « être avec quelqu'un, lui tenir compagnie ».

Je retiens en cette définition les notions de : **aller vers, conduire, emmener, entourer, guider, se joindre à, une présence avec l'autre**, etc...

Ce terme est fréquemment employé dans le champ des soins palliatifs. C'est pourquoi, aujourd'hui, l'accompagnement est un concept répandu dans le médico-social et a fait son entrée dans la sphère de la gérontologie.

2.2 Cadre théorique

2.2.1 *Regard économique et législatif*

Si l'on porte un regard d'un point vue économique, la situation particulière de l'Assurance Maladie porte son déficit en 2011 à 8,6 milliards d'euros, soit 50% du déficit de la Sécurité Sociale¹⁸. Ensuite, le montant alloué aux dépenses de santé représente 10% du Produit Intérieur Brut.

De plus, la Loi HPST de 2009 a pour objectif de ramener les établissements de santé à l'équilibre budgétaire en optimisant les moyens et les coûts. En effet, 80% des dépenses de santé sont versées aux professionnels de santé.

Ainsi, le secteur de la santé coûte de plus en plus ; le déficit de l'Assurance Maladie est explosif. Au regard de ces éléments purement économiques, nous pouvons émettre l'hypothèse que dans l'avenir, dans l'objectif d'optimisation

¹⁶ <http://fr.wiktionary.org/wiki/accompagner>, consulté le 13/01/2013.

¹⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>, consulté le 13/01/2013.

¹⁸ Propos tenus par le directeur de l'assurance maladie en 2012, entretien au quotidien économique Les Echos

de moyens, on aura un nombre de personnel soignant restreint, se limitant à leur stricte mission : « le soin ».

De ce fait, le bénévolat pourrait être une alternative à la conjoncture actuelle, répondant et se limitant à leur implication et missions qui sont : le lien social et la vie sociale, au bénéfice des résidents. Ceci s'inscrirait dans une démarche de complémentarité, de partenariat entre professionnel de santé et bénévoles.

2.2.2 Concept de Jean-François Serres : le bénévolat

Jean François Serres dispose d'une solide expérience de terrain dans l'univers social. Il a piloté un travail gouvernemental, à la demande du Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie (Michèle Delaunay).

Pour son association : « **l'accompagnement** reste un **projet collectif**, un **travail d'équipe** entre les **bénévoles** et les **professionnels**, en **collaboration** avec les **partenaires sociaux et médicaux** ».

L'article « *Dépendance, place aux bénévoles* », écrit par ce dernier, montre que la place des **bénévoles associatifs** sont vecteurs de **lien social**, et représentent une **aide légitime** pour lutter contre **l'isolement** des personnes et retarder le risque de **perte d'autonomie** ».

En effet, pour l'auteur : « *La solitude des personnes âgées aggrave les risques de dépendance. **La complémentarité** entre **professionnels** et **réseaux de proximité** est un **facteur** essentiel de **prévention**. Elle replace les relations dans une situation plus juste et soulage les familles. Entre l'État et l'individu, **les associations** donnent voix à **un engagement**, à une fraternité* ».

La encore, les actions menées par cette association montrent et apportent des éléments de réponses aux questions suivantes : Pourquoi pouvons-nous dire que le bénévolat est une alternative à la conjoncture actuelle ? En quoi le partenariat entre professionnels de santé et bénévoles serait une complémentarité ?

2.2.3 Regard de Geneviève Zehnder : la complémentarité

« Geneviève Zehnder, titulaire d'un BEATEP¹⁹, inscrit sa réflexion au centre de ses pratiques professionnelles. Elle développe une approche sensible de sa vie professionnelle dans un département rural, au centre d'une culture où le terme " animation " s'inscrit comme une découverte permanente ».

Dans son article en 2010 « *Former les animateurs intervenant en EHPAD* », elle écrit : « Dans **le secteur médical et médico-social**, quel que soit le public avec lequel il travaille, on considère aujourd'hui, d'une manière générale, **l'animateur** comme un **travailleur social, spécialiste du loisir et de la culture**, qui va utiliser ces médiateurs pour **permettre à la personne dite « fragile » de s'épanouir** dans un groupe, **d'agir** sur son environnement, **de faire des choix**, de **se projeter** dans des actions qui ont du sens pour elle et pour le groupe dans lequel elle se situe ».

2.2.4 Regard de Corinne Mérini : le partenariat

Corinne Mérini est enseignante chercheur à l'IUFM²⁰ de Versailles. Ces travaux portent principalement sur la question : « du **partenariat** ».

Selon elle, le partenariat est : « *un mode d'organisation qui **solidarise les acteurs issus de mondes divers** autour de ce qui fait problème dans une situation donnée. Il permet de **construire** des communautés sur la base **des différences de chacun**. Chacun a des compétences (au sens de « savoir faire », mais aussi au sens de « pouvoir et légitimité à agir ») différentes, et les positions dans les systèmes sont aussi différentes. En allant chercher des **partenaires**, nous rencontrons la **différence et la résistance**, c'est un mal nécessaire **pour créer du nouveau...**».*

Autre éclaircissement de la part de Corinne Mérini qui a écrit en 1999 sur le thème : « *le partenariat en formation. De la modélisation à une application* », et qui pose la question suivante : « **Agir en partenariat** c'est : **sous-traiter, déléguer,**

¹⁹ BEATEP est reconnu pour accéder aux concours de la filière Animation de la Fonction Publique Territoriale (J.O. du 31 Mai 1997).

Ce diplôme de niveau IV homologué, délivré par le Ministère de la Jeunesse et de Sports

²⁰ Instituts Universitaires de Formation des Maîtres

sponsoriser ou établir des complémentarités qui permettront d'agir efficacement ? Contrairement aux schémas habituels de formation, le partenariat s'appuie sur l'hétérogénéité et travaille avec les différences... ».

2.2.5 Regard de l'ANAMS : le bénévolat associatif

Les associations membres de l'ANAMS sont engagées dans une démarche citoyenne de solidarité. Elles assument à titre **bénévole** et en **partenariat** avec les **professionnels de santé** des missions très diversifiées au service des personnes malades et de leurs proches...

Elles se sont regroupées pour élaborer ensemble la **Charte des Associations de Bénévoles à l'Hôpital** signée à Paris en **1991** et diffusée par le Ministère des Affaires Sociales et les DDASS²¹.

Depuis **1991**, c'est cette **Charte** qui sert de **référence** aux **conventions** qui sont passées partout **en France** entre les services **hospitaliers et les associations**.

Proches des soignants, les associations de l'ANAMS inscrivent leurs actions spécifiques dans **les projets d'établissement** et **les projets de service**. Dans la perspective qui est la leur d'une nécessaire prise en compte de la personne malade dans toute ses dimensions, elles positionnent clairement leurs **bénévoles** auprès **des soignants** et des autres **professionnels** comme **des partenaires** agissant avec eux **en complémentarité**.

La loi de 2002, dite «

Kouchner », vient poser réglementairement cette charte avec entre autre la création de la commission de relation avec les usagers et de la qualité de prise en charge. (CRUQPC)

Ainsi, L'hôpital facilite l'intervention des associations de bénévoles au sein des établissements de santé qui doivent avoir conclu une convention avec ces derniers.

²¹ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

2.2.6 L'ANESM

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et **Médico-sociaux** a édité des **recommandations** sur : « **la qualité de vie en EHPAD** » volet 1, où elle fait **référence** notamment à une ouverture vis-à-vis des **partenaires** sociaux dont les **associations de bénévoles**....

Aussi, il est intéressant de comprendre ce qu'est une institution d'accueil de personnes âgées dépendantes. Cela nous amène tout naturellement à la 3^{ème} partie qui est : « l'EHPAD ».

3 Partie 3 : EHPAD

3.1 Définition

Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, anciennement dénommé "maison de retraite", est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées²².

Pour être accueilli en EHPAD, il faut avoir plus de 60 ans et être dépendant ; c'est-à-dire ayant perdu la possibilité d'effectuer seul certains gestes de la vie courante, et dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale.

Les EHPAD doivent signer une convention tripartite entre le conseil général, l'ARS²³ et la sécurité sociale. Elle précise entre autre la tarification, la dépendance, les soins, permettant une prise en charge financière de la part du département, du conseil général et de la sécurité sociale.

Ces établissements sont des structures médico-sociales régies par le code de l'action sociale et des familles.

3.2 Les missions d'un EHPAD

Ces missions sont définies par **la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale²⁴. Elles se concrétisent de la manière suivante par : le projet de vie ; la charte de la personne accueillie ; le règlement de fonctionnement ; Le contrat de séjour ; le projet d'établissement fondé sur un projet de vie, d'animation et de socialisation ; participation au conseil de la vie sociale ; le recours possible à un médiateur.

²² <http://vosdroits.service-public.fr/F763.xhtml>, consulté le 17/12/2012.

²³ Agence Régionale de Santé

²⁴ www.legifrance.gouv.fr; consulté le 31/12/2012.

3.2.1 Le projet d'établissement

« Le *Projet d'Etablissement* est un outil qui garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure.

Le projet est d'abord une **dynamique**, c'est un **document de référence** pour les équipes et l'ensemble des destinataires, et, c'est un **document évolutif**, car suivi et révisé régulièrement²⁵».

3.2.2 Le projet de soins

Le projet de soins est élaboré par le **médecin coordonnateur** en collaboration avec les **équipes soignantes**. Il précise les **modalités d'organisation des soins** au regard des résidents accueillis, ainsi que les **modalités de coordination** des différents **intervenants**. Le projet de soins et le projet de vie individualisé sont indivisibles, et, contribuent à **garantir la qualité et la sécurité** des soins prodigués aux résidents.

3.2.3 Le projet de vie individualisé

« C'est un document qui définit le **cadre éthique de l'accompagnement** des résidents et de leur famille par les professionnels de l'EHPAD. Y sont présentés les valeurs portées par l'établissement et les objectifs de prise en soins partagés²⁶ ».

Le **projet de vie** est donc fondé sur **des valeurs**, centré sur la personne âgée et son **accompagnement individualisé**, et devenir le **cadre de référence** où vont s'inscrire l'ensemble **des acteurs et partenaires**.

²⁵ www.anesm.sante.gouv.fr; consulté le 31/12/2012.

²⁶ Projet de vie EHPAD des hôpitaux de Chartres

3.3 Les personnes âgées accueillies

3.3.1 Le contexte

J'ai fait le constat sur 1 année, que les entrées en institution se faisaient en dernier recours, voire dans l'urgence. Les solutions se limitent à un choix binaire entre rester chez soi ou aller en maison de retraite. Le passage de l'un à l'autre est souvent vécu comme un traumatisme et une rupture dans la vie de la personne. La décision d'entrer en EHPAD est souvent un « **non choix** » face à l'impossibilité de rester au domicile du fait de l'aggravation de l'état de santé.

Selon une étude effectuée par Gérontoclef²⁷ en 2011, sur les facteurs déclenchant **l'entrée en EHPAD**, les résultats de la littérature montrent que : « *c'est la conjonction de **plusieurs paramètres** (état de santé, baisse des performances cognitives, troubles du comportement, dépendance, isolement social ou inadaptation de l'environnement, épuisement de l'entourage et des aidants, absence ou insuffisance de structures professionnelles, ressources financières insuffisantes...) et la **survenue d'un événement** comme la dégradation subite de l'état de santé, le décès du conjoint, l'hospitalisation qui conduisent la personne à entrer en institution. **Les raisons de l'entrée en institution sont donc multifactorielles.***

***La décision de l'entrée** avait été prise le plus souvent par **la famille**. Les raisons évoquées par les responsables des EHPAD en entretien direct montraient que bien souvent des **raisons non dites** étaient également à l'origine **de la décision de l'entrée** (pression du conjoint de l'enfant, crainte du regard de l'autre et gêne provoquée par les troubles de comportement de la personne âgée, arrangement patrimonial, besoin de savoir son parents en sécurité et transfert de la décision à un professionnel, ...) ».*

²⁷ www.poss-lr.net/documents/Vie_plate-forme/fact_decl%20EHPAD-rapport.pdf, consulté le 09/02/2013 (Conseil Expertise Formation Gérontologie et Handicap)

3.3.2 Le profil des résidents

Selon une étude de la DREES²⁸, 657000 personnes vivent en établissement médico-social. 75% de ces personnes résident en EHPAD (90% non plus de conjoint). 75% sont des femmes. Les trois quart sont âgées de plus de 80 ans, et plus de la moitié ont plus de 85 ans.

Le niveau de dépendance est déterminé par la grille A.G G.I.R²⁹. (Plus le chiffre est bas, plus le niveau de dépendance est élevé). 84% des personnes ont un GIR de 1 à 4, et 51% ont un GIR de 1 à 2.en EHPAD.

De plus, une autre étude DREES, montre que 8 résidents sur 10 souffrent d'au moins une affection neuropsychiatrique, plus 1/3 présentent une démence dont la maladie d'alzheimer.

Au regard de ces études, les EHPAD accueillent des résidents au profil alourdi par : la dépendance ; la solitude ; les poly pathologies et les troubles comportementaux.

²⁸ www.drees.sante.gouv.fr; Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 [20/08/2009] Études et résultats N° 699, août 2009. Consulté le 31/12/2012

²⁹ Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

4 Partie 4 : le bénévole et le bénévolat

La majeure partie des bénévoles sont engagés dans le bénévolat associatif. Cependant, la typologie du bénévole est très diversifiée. En France, il existe une multitude d'actions bénévoles allant du bénévole associatif, le bénévolat de culte, le bénévolat direct de proximité³⁰, en passant par le bénévolat à organisation syndical, politique, etc...

4.1 Principes fondamentaux des associations : loi 1901

Chaque association comprend un conseil d'administration, un bureau et des membres. L'ensemble des membres se réunit durant l'année civile en assemblée générale.

L'assemblée générale définit **les actions** et **les orientations** de l'association. Elle détermine ses orientations en fonction de sa structure accueillante et est **moralelement engagée** dans ces orientations.

Le conseil d'administration, élu par l'assemblée, est composé de membres de l'association. Ce conseil **concrétise les orientations** de l'assemblée.

4.1.1 La responsabilité des dirigeants³¹

Il faut entendre par dirigeants les responsables membres du conseil d'administration ou de l'instance dirigeante de l'association, mais aussi, le cas échéant, les personnes qui, dans les faits, dirigent l'association (dirigeants de fait).

En termes de responsabilités, 2 notions subsistent : la responsabilité civile et pénale. Tout d'abord, concernant celle de **la responsabilité civile à l'égard de l'association** : « *Aux termes de l'article 1992 du Code civil, le mandataire (les dirigeants d'une association sont des mandataires) est responsable des fautes qu'il*

³⁰ personnes qui proposent des services à des voisins, des amis, dans leur quartier

³¹ www.associations.gouv.fr/707-la-responsabilite-des-dirigeants.html, consulté le 26/01/2013.

commet dans sa gestion, cette responsabilité étant cependant appliquée moins rigoureusement à celui dont le mandat est gratuit qu'à celui qui reçoit un salaire. La responsabilité des dirigeants d'une association peut donc être recherchée devant les tribunaux, pour les fautes commises dans leur gestion, sous réserve que ces fautes aient fait subir un dommage à l'association, et que cette dernière en demande réparation ».

Ensuite, la **responsabilité civile** à l'égard **des membres ou des tiers** :

« Qu'il s'agisse de responsabilité contractuelle ou délictuelle, **les dommages causés** par un dirigeant de l'association à des membres de cette dernière, ou à des tiers, doivent, si demande en est faite, **être réparés par l'association** elle-même : le dirigeant n'est en effet que le mandataire de l'association et n'est donc pas personnellement responsable, hors le cas où il lui pourrait lui être reproché des fautes détachables de ses fonctions ».

Enfin, concernant la **responsabilité pénale** :

« La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits (Code pénal, art. L. 121-2), sous réserve des dispositions du code pénal relatives au délit non intentionnel.

Les dirigeants qui sont eux-mêmes auteurs d'une infraction pénale peuvent ainsi voir leur **responsabilité engagée** à ce titre : il en est ainsi notamment des **infractions liées au fonctionnement de l'association** ou de celles réprimées dans le cadre d'une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire. En matière sociale, qu'il s'agisse de la **législation du travail** (embauche, salaire, durée du travail, hygiène et sécurité...) ou de celle de la **sécurité sociale** (paiement des cotisations sociales, déclarations obligatoires...), **la responsabilité** des infractions incombe au président de l'association, ce qui n'exclut toutefois ni la responsabilité possible de l'association en tant que personne morale, ni le cumul de **responsabilités** entre **l'association** personne morale et les **personnes physiques** auteurs ou complices des mêmes infractions ».

C'est pourquoi, la responsabilité engagée des dirigeants d'associations bénévoles est une garantie juridique vis-à-vis de ses partenaires. Notamment, ils doivent s'assurer que le contrat d'assurance de l'association prévoit bien toutes les activités : régulières comme occasionnelles, et toutes les personnes : salariés permanents, occasionnels, bénévoles...

4.1.2 Particularité des bénévoles des aumôneries³²

La Constitution du 4 octobre 1958 rappelle que « *La France est une République ... laïque... » qui « assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion » et qui « respecte toutes les croyances ».*

Le Ministère de la santé a souhaité promouvoir l'élaboration d'une **charte nationale des aumôneries** des établissements relevant de la **fonction publique hospitalière**.

Ces principes généraux ont été réaffirmés dans **la Charte du patient hospitalisé¹³³** qui précise notamment que « *L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...).* Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres ».

C'est aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 qu'incombe la charge d'assurer, dans ces établissements, le service du culte qu'ils représentent et d'assister les patients qui en font la demande par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille, ou ceux qui, lors de leur admission, ont souhaité déclarer appartenir à tel ou tel culte.

³² www.catholique-nancy.fr/rubriques/haut/decouvrir-le-diocese/services-diocesains/famille-et-sante/aumonerie-des-etablissements-de-sante, consulté le 26/01/2013.

³³ www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf, consulté le 26/01/2013.

Les aumôniers sont des agents publics. Aux côtés des aumôniers peuvent être désignés des **auxiliaires bénévoles** qui doivent **être agréés par l'administration** dans les mêmes conditions que les aumôniers.

4.2 Le bénévolat associatif

L'INSEE, dans son étude sur la vie associative en 2002³⁴, recense 12 millions de bénévoles, avec 21,6 millions d'adhérents âgés de 15 ans et plus au sein des associations. « *Deux tiers des bénévoles sont occasionnels. Retraités et inactifs sont moins souvent bénévoles que les personnes actives, mais quand ils le sont leur participation est plus régulière* ».

L'enquête³⁵ la plus récente est celle réalisée en 2010 par l'IFOP³⁶ et France bénévolat, qui : « *met en lumière les caractéristiques de l'engagement des Français de 15 ans et plus, qu'il soit réalisé dans une structure associative ou en dehors* ».

Selon cette étude, 18,3 millions de Français, soit 36% de la population des 15 ans et plus, sont engagés dans le bénévolat, dont 11,3 millions dans le domaine associatif. Ainsi, plus d'1 Français sur 5 donnent de son temps au travers d'une structure associative. Ce secteur totalise 9 millions de bénévoles réguliers, représentant 80% du tissu associatif.

De plus, l'étude révèle les **causes de l'arrêt de l'engagement bénévole** : « *qui, au delà de la disponibilité ou de l'évolution de la situation personnelle, portent sur une déception liée à l'organisation de l'association dans laquelle ils ont exercé leur bénévolat (22%) ou au manque de résultats probants (7%)*.

³⁴ http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip946.pdf; INSEE Première, La vie associative en 2002, n°946, 2004. Consulté le 22/01/2013.

³⁵ www.francebenevolat.org/uploads/media/documents/CdP_enquete_IFOP_2010_09_v2_.pdf, consulté le 23/01/2013.

³⁶ Institut Français d'Opinion Publique

De fait, ces chiffres doivent inciter le secteur associatif à mieux appréhender sa gouvernance et l'animation de ses bénévoles ».

N'y aurait-il pas un rôle managérial à jouer pour le cadre de santé à la cohabitation bénévoles / professionnels de santé au sein des projets à construire, à la mise en place d'une action organisée avec ce partenaire ?

4.2.1 Le bénévolat en milieu hospitalier : une inspiration pour les EHPAD

L'organisation du **bénévolat en milieu hospitalier** et en particulier en soins palliatifs est un **modèle, une référence** pour le développement et la structuration du bénévolat associatif **en EHPAD**.

Selon l'Alliance Nationale des Associations en Milieu de Santé (ANAMS), ces associations, interviennent dans différents champs d'activités comme : « Scolarité et formation professionnelle, esthétique et bien-être, loisirs, culture et activités diverses, visites et accompagnement relationnel, information, mise en lien avec les réseaux de solidarité, soutien spirituel ... sont autant d'actions qui répondent à des besoins et droits fondamentaux des patients ».

Elles sont au nombre de 12, regroupant : **Les Centres de Beauté de CEW France** ; Main dans la Main ; **la fondation Claude Pompidou** ; la Fédération pour l'Enseignement aux Malades à Domicile et à l'Hôpital ; **Visite des Malades en Etablissements Hospitaliers** ; **les petits frères des Pauvres** ; **VS Art** ; Missions du monde ; **ASP fondatrice** ; l'ARS ; **Les Blouses Roses** ; association JALMALV.

Les associations en gras représenteraient des champs d'intervention possible en EHPAD.

4.2.2 Le bénévole partenaire des professionnels de santé

« La notion de partenariat est une notion récente. Elle apparaît dans le dictionnaire Larousse en 1987. **Chacun met à l'intérieur ce qu'il a envie d'y mettre et se l'approprie de manière différente.** Comment la clarifier au plan théorique ? ».

Le mot **partenaire** vient de l'anglais "*partner*". Il est défini comme une "**personne associée dans**".

Selon Corinne Mérini³⁷: « Dire : "*partenariat égale personne associée dans*" nécessite de contextualiser les situations d'ouverture mises en place (*partenariat et art, partenariat et éducation à la santé, partenariat et environnement, partenariat et...*) ».

« "*Partner*" vient lui-même du français du 18^e siècle : "*parcuner*", "*part*", "*parcener*", termes qui renvoient aux notions de propriétaire indivis, de copartageant ».

« Au départ, la seule chose qui soit commune entre tous les partenaires est la reconnaissance d'un problème. Les intérêts et les objectifs des systèmes en présence sont, eux, différents. Cela situe bien **le partenariat** dans un **système d'actions** cherchant à "**agir sur ...**" et non dans un projet ou un simple échange avec d'autres, avec toutes les limites et tous les avantages de l'action... ».

C'est pourquoi, le **partenariat** « bénévoles et professionnels de santé » s'inscrit bien dans « **l'agir sur...** », avec les notions « **d'association de personne** » au bénéfice des personnes âgées. De fait, je contextualise donc ici, en m'appuyant sur Corinne Mérini, « partenariat et bénévoles ; partenariat et professionnel de santé ; partenariat bénévoles et professionnelle de santé ».

³⁷ www.ozp.fr/IMG/pdf/merini.pdf, Le partenariat : histoire et essai de définition, Corinne Mérini, consulté le 31/12/2012

4.2.3 Le bénévole : un partenaire dans la complémentarité

La charte des associations de bénévoles à l'hôpital de 1991 et la loi du 9 juin 1999 parlent de « **complémentarité** » avec les soignants.

Repérer, clarifier celle des bénévoles, c'est être garant pour l'encadrement, qu'il n'y aura pas de substitution avec les soignants, ni même avec la famille. Les **bénévoles** peuvent être de vrais **partenaires**, c'est-à-dire des **personnes associées aux soignants**, qui mènent en commun des **actions communes**, basées sur des **valeurs communes**, au bénéfice des résidents.

La collaboration bénévoles, soignantes nécessite une volonté et une politique d'établissement forte, une ouverture de la part des soignants impliquant un consensus posé et réfléchi entre ces acteurs. **La complémentarité** s'installe dans le temps au travers d'une relation de confiance réciproque. Des hostilités, des craintes peuvent surgir de part et d'autre. Chez les bénévoles, les craintes peuvent être du à la méconnaissance du monde soignant ; chez les soignants, l'hostilité aux changements peut être présente, par crainte peut être d'une substitution de leur rôle relationnel, les notions de secret professionnel, crainte d'être observé, jugé dans le travail ?

Michel Crozier et Erhard Friedberg ont écrit sur les approches théoriques du pouvoir dans l'organisation (l'acteur et le système 1977)³⁸. Ils en énumèrent quatre : le pouvoir d'expertise ; le pouvoir lié à la maîtrise de l'information et de la communication ; le pouvoir provenant des règles de l'organisation ; le pouvoir provenant de la capacité à maîtriser et à gérer « les zones d'incertitudes » donnant pouvoir et autonomie aux individus.

Je pense que le **bénévole** peut être un vrai **partenaire** s'inscrivant dans la **complémentarité soignante**. Un des **acteurs central** dans la **réussite** du **partenariat/complémentarité** est bien le **cadre de santé**.

³⁸ G. Lécivain, Management des organisations et stratégies, www.managmarket.com, consulté le 05/02/2013.

Henry Mintzberg définit dans son étude sociologique les : « dix rôles du cadre³⁹ » Il regroupe les rôles des cadres dans trois grandes catégories : les trois rôles impersonnels ; les trois rôles liés à l'information ; et les quatre rôles décisionnels. En extrayant une partie de ses rôles décrit par ce dernier, nous pouvons constater que le cadre de santé, de part sa formation, regroupe et développe des compétences de: **chef symbolique ; leader ; agent de liaison ; observateur actif ; diffuseur d'informations en interne ; porte parole ; entrepreneur ; répartiteur de ressources ; négociateur.**

Au delà des approches théoriques du pouvoir dans l'organisation et des dix rôles du cadre, une autre notion pertinente à appréhender est celle de : « **la culture organisationnelle**⁴⁰ ».

En effet, dans le soin, les cultures induisent les relations entre les divers acteurs et définissent les conditions de fonctionnement d'une unité, d'un pôle, d'un établissement. Celles-ci me paraissent pouvoir être influées par le cadre de santé ?

Selon Thévenot L. économiste et sociologue et Boltanski L. sociologue, ils décrivent en 1996, dans une analyse socio-économique, six modes de justification de la culture organisationnelle. Parmi ces modes j'en retiendrai un, celui de : « l'inspiration ». Autorisons-nous à laisser place à l'imagination, voire à l'innovation au sein d'un milieu de vie telle- que les EHPAD?

De fait, en 1952 on pouvait recenser 164 définitions du mot « culture » : Kroeber et Kluckhohn, 1952, Hofstede, 1998 et Schein. Pour ces auteurs, de façon synthétique, la culture est: « *des exigences et leur mode de contrôle ; les postulats (le patient est une personne) ; les conceptions (le soin commence par l'accueil du patient) ; les valeurs (la qualité) ; les pratiques langagières (la patiente) ; les pratiques relationnelles ; les pratiques soignantes (lors d'un DC, on reçoit la famille et en équipe, on décide celle ou celui se rendant aux obsèques) ; les rituels (toilette mortuaire) ; l'identité d'un groupe social...* ».

³⁹ Henry Mintzberg, le manager au quotidien : les dix rôles du cadre, édition (2009)

⁴⁰ Cours Master 1, UPEC 2013, JP Dumond, « la culture organisationnelle ».

Enfin, une autre vertu du cadre de santé, est la dimension humaine. De fait, une citation d'Henri Ford représente bien cette dynamique à impulser :

*« Se réunir est un début,
rester ensemble est un progrès,
travailler ensemble est la réussite. »*

Henry FORD

4.2.4 Le Cadre de Santé, à l'interface de ces 2 entités professionnelles : les bénévoles et les équipes soignantes.

Avant d'aborder la dimension cadre de santé dans son rôle d'interface, arrêtons nous sur une citation d'Antoine de Saint Exupéry, qui me semble symbolique des valeurs portées par la fonction cadre de santé :

*"La grandeur d'un métier est peut-être avant tout, d'unir les Hommes.
Il n'est qu'un luxe véritable et c'est celui des Relations Humaines.
En travaillant pour les seuls biens matériels, nous bâtissons nous-mêmes notre prison, avec notre monnaie de cendre qui ne procure rien qui vaille de vivre."*

Selon la définition du Larousse⁴¹, l'interface est défini comme: « *Personne qui assure l'échange d'informations entre deux domaines, deux services, deux personnes* ».

Le cadre de santé est à l'interface des problématiques internes, au sein d'une équipe pluri-professionnelle, et, externes, en lien avec des partenaires extérieurs. Il ne peut que s'inscrire dans la volonté d'unir les Hommes, dans les relations Humaines, qui sont les éléments fondamentaux afin d'obtenir l'efficiace et l'efficacité de « l'interface ».

⁴¹ www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interface/43685, consulté le 09/02/2013.

Ainsi, le rôle à jouer au sein de l'interface entre ces 2 entités, que sont les bénévoles et les professionnels de santé, contribue en partie à la réussite de ce partenariat, où cette complémentarité prend tout son sens. La citation de Sainsaulieu me semble intéressante à méditer :

**« Faire bien son travail ne suffit pas.
Encore faut-il être capable de faire bien ensemble,
être mobilisé sur un développement commun. »**

Renaud SAINSAULIEU

La question à laquelle je vais tenter de répondre dans cette nouvelle partie est la suivante :

« Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer pour harmoniser le partenariat soignants et bénévoles ? »

C'est pourquoi, je tenterai de répondre à la question de départ en explorant l'hypothèse suivante, qui me semble répondre à la problématique posée :

« Au regard de l'évolution du système de santé et l'augmentation constante (de la prise en charge) de la dépendance des personnes âgées, celles-ci contraignent les soignants à limiter l'accompagnement, ce qui impacte sur le lien social et favorise l'isolement des résidents ; de fait, le non recours aux bénévoles en EHPAD, ces instituts s'éloigneraient de leurs missions 1ère : « l'accompagnement de la personne âgée ».

Ce travail de « mémoire de cadre de santé » consiste dans la conduite et la production d'une étude approfondie⁴². Pour ce faire, je me suis appuyé sur une question de départ, une problématique et une hypothèse.

⁴² ESM IFCS Montsouris 2012-2013, cours magistral

5 Partie 5 : enquête et recherche

L'enquête répond à une démarche hypothético-déductive, c'est-à-dire : « *un processus de réflexion qui tente de dégager une explication causale d'un phénomène quelconque. L'apprenant qui utilise ce type de raisonnement commence par formuler une hypothèse et essaie ensuite de confirmer ou d'infirmer son hypothèse*⁴³ ».

Ce travail va consister à cibler des populations et des lieux d'enquêtes. Ensuite, il va reposer sur le recueil d'informations sous la forme écrite, par le biais des questionnaires, et orale, par des entretiens semi-directifs.

Après avoir obtenu des directions des soins, les autorisations d'interroger les personnels et de distribuer les questionnaires, j'ai pu organiser les modalités des entretiens et proposer des dates de rendez-vous à chacun. Pour les questionnaires, je les ai remis directement auprès des cadres de santé ou responsable d'animation lors de notre rencontre.

5.1 Populations retenues et lieux d'enquêtes

En accord avec mon directeur de mémoire, il nous semblait pertinent de recueillir l'avis de différentes catégories socioprofessionnelles, exerçant en sanitaire et en médicosocial. Cependant, j'ai du faire des choix quantitatifs, non pas par la somme de travail à fournir, mais en raison du temps imparti limité afin de mener cette étude à son terme.

De fait, j'ai interviewé deux cadres de santé, l'un en sanitaire et l'autre en EHPAD. Puis, j'ai conduit des entretiens avec deux responsables de bénévoles associatifs, intervenant l'un en sanitaire et l'autre en EHPAD. et 1 responsable d'animation en EHPAD.

⁴³ http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/stafonze/module2/grille3/concept_1.html, consulté le 21/03/2013

Ensuite, les questionnaires ont été diffusés auprès des personnels soignants et des bénévoles de ces institutions. La répartition est assez homogène et équitable à savoir 20 questionnaires soignants et 10 questionnaires bénévoles par établissement. Le nombre inférieur de bénévoles tient compte du fait que cette population est moindre par rapport aux soignants.

Ainsi, ces échantillons répondent à l'étendue de la problématique posée : le soignant, le bénévole, le cadre de santé, tous exerçant en sanitaire ou en médicosocial (EHPAD).

Quant aux lieux d'enquêtes, l'échantillonnage se répartit entre deux établissements publics et deux privés (2 sanitaire / 2 EHPAD).

5.2 Méthode d'enquête retenue

Afin d'essayer de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse, j'ai utilisé deux méthodes d'enquêtes l'étude qualitative (entretien semi-directif) et l'étude quantitative (questionnaire).

Une étude qualitative est : « *le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs ou individuels menés auprès d'échantillons réduits. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements⁴⁴* ».

L'entretien semi directif est : « *une technique qualitative fréquemment utilisée. Il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien* ».

« *Le qualitatif est à privilégier dès qu'on cherche, à comprendre en profondeur un phénomène, dans toute son ampleur et sa complexité, sans se contenter d'une simple photographie prise à un moment « T ». L'éclairage qualitatif permet en effet, à la manière d'une radiographie ou d'un scanner, de partir à la chasse du « pourquoi »,*

⁴⁴ www.definitions-marketing.com, consulté le 21/03/2013

en tentant de comprendre les causes profondes qui amènent à soutenir telle ou telle opinion ».

Une étude quantitative est : « *une étude des comportements, attentes ou opinions réalisée par questionnaire auprès d'un échantillon de la population étudiée et dont les résultats chiffrés sont ensuite extrapolés à l'ensemble de la population étudiée* ».

C'est pourquoi, ces deux méthodes sont complémentaires. Le qualitatif permettra d'approfondir, de creuser, favorisant les idées nouvelles, la voie de l'innovation. En revanche, le quantitatif reflétera plutôt les opinions à l'instant T.

5.3 Elaboration des outils d'enquêtes

5.3.1 La structure du questionnaire

Tout d'abord 2 types de questionnaires ont été élaborés : un questionnaire à destination des professionnels de santé et un autre pour les bénévoles.

Ces documents disposent d'un titre suivi d'éléments hiérarchisés. Dans un premier temps, une introduction brève, avec une présentation où est cité le contexte, les objectifs de l'enquête, les questions administratives et les remerciements. Puis, arrivent les premières questions qui mettent l'interrogé en confiance. Ensuite, les questions essentielles, disposées dans un ordre précis et par thème.

5.3.2 Type de questions

Tout d'abord, des questions de type fermées, dont les réponses sont prévues. On distingue les questions à choix binaires (oui/non), les questions à échelle d'évaluation (pas d'accord/d'accord). Enfin, des questions dites ouvertes. Elles permettent à l'interrogé de pouvoir s'exprimer librement.

5.3.3 La phase test

L'objectif de cette étape est de confronter l'outil dans le but d'être efficient, efficace, pertinent au regard du questionnement.

Le questionnaire a été testé auprès de mes collègues de promotion et de mon entourage. Ceci m'a permis de mettre en exergue l'importance des mots utilisés, m'apercevant ainsi, que l'on n'avait pas la même représentation des termes employés.

Cette méthode a démontrée qu'elle est particulièrement adaptée au thème de la recherche, laissant une liberté d'expression à chacun.

5.3.4 Le déroulement des entretiens

Au début de chaque entretien, après m'être présenté, j'ai rappelé l'objet de ce travail, le plan et les questions abordées, ainsi que la clause de confidentialité. J'ai aussi expliqué la nécessité de l'enregistrement et de fait, au fur et à mesure de l'échange, le dictaphone s'est fait oublié.

La durée moyenne des entretiens a été d'une heure dans de bonnes conditions matérielles. J'ai toujours été accueilli chaleureusement et attendu. Les temps d'échanges étaient prévus par les interrogés dans leur emploi du temps, avec un endroit dédié, ce qui a favorisé les rencontres. Ces entretiens ont été réalisés entre le 11 mars et le 26 mars 2013.

Néanmoins, le bon déroulement d'un entretien nécessite toutefois, de la part de l'enquêteur, une réelle maîtrise du sujet.

6 Partie 6 : L'ANALYSE

Afin de tenter de répondre à la question de départ, à la problématique et l'hypothèse, différentes questions ont été posées et abordées durant ces entretiens :

- Les notions de partenariats et de complémentarité bénévoles/soignants
- Le bénévolat peut-il être une alternative à la conjoncture actuelle, au regard de la Loi HPST 2009 ?
- Le rôle du cadre de santé dans l'harmonisation du partenariat bénévoles/soignants
- Les points positifs et les difficultés rencontrées avec les bénévoles.

6.1 Synthèse des entretiens Cadres de Santé et Responsables d'associations de bénévoles.

J'ai souhaité, au travers de ces entretiens, infirmer ou confirmer les biens fondés d'un partenariat bénévoles/soignants. Puis, j'ai mesuré l'écart entre l'état de l'existant en milieu sanitaire et médicosocial (EHPAD) sur ce thème. Enfin, j'ai cherché à mettre en exergue, pourquoi un tel écart coexisté.

6.1.1 En EHPAD

Après avoir retranscrit les entretiens⁴⁵ enregistrés, voici la synthèse qui en résulte :

- Fonctionnement autonome, cloisonné de la part des bénévoles.
- Pas d'intégration des bénévoles de la part des soignants le partenariat dans une complémentarité dans l'action soignants/bénévoles.
- Considèrent que le bénévolat/soignants fonctionne tant que cela reste dans le cadre de l'animation. Les soignants restent dans le soin « pur et dur », ce qui s'explique par le fait que cet EHPAD est très très médicalisé.
- Pas interrogé sur faire autrement et faire évoluer l'EHPAD avec le partenariat bénévoles/soignants en complémentarité.
- Culture organisationnelle : soignantes.

⁴⁵ Compte rendu des entretiens en annexe

- Culture des familles : accès uniquement sur le soin et de fait ne prennent pas en compte les souhaits des résidents.
- Pas de bénévoles dans l'institution du à un recrutement inexistant et par choix. L'animation repose sur un animateur et une psychomotricienne.
- Le bénévole aurait une mission occupationnelle.
- Il ne peut pas y avoir de partenariat et de complémentarité soignantes au regard de leur mission et de leurs manques de compétences auprès de la personne.
- Autre facteur, la culture des familles, qui restent très accès sur le soin et ne prennent pas en compte des souhaits du résident.
- Culture soignante pas prête : donc difficultés d'introduire les bénévoles dans les unités.
- Manque d'organisation, de communication, de clarification des missions et rôles de chacun entre bénévoles et soignants.
- Volonté institutionnelle/unité par le chef de service/ le CDS/travail avec les soignants et le CDS : culture institutionnelle.
- Pas de volonté de partenariat soignants/bénévoles.

6.1.2 En sanitaire

- Place des bénévoles intégrés et associés au sein de l'unité, reconnu par l'ensemble des soignants, missions clarifiées de chacun.
- De fait, les bénévoles travaillent en partenariat avec les soignants, s'inscrivent dans une **complémentarité** aux bénéfices des patients, du fait du **rôle de chacun bien distinct** (les bénévoles **ne sont pas soignants**...et donc pour le patient c'est un regard extérieur à l'hôpital/maladie). Cette complémentarité favorise le lien social.
- Les bénévoles sont recrutés selon certains critères ; et sont formés.
- Une volonté forte des soignants médicaux et paramédicaux.
- Objectifs et missions des bénévoles : accompagner, lien social, l'échange, être au service de la personne.
- Missions et rôles de chacun définis ; s'inscrivent en partenariat avec les soignants ; sont complémentaires aux soignants aux bénéfices des patients.

6.2 Analyse des entretiens Cadres de santé et Responsables de bénévoles.

6.2.1 En EHPAD

Le nombre modeste d'entretiens, ne permet pas de dire que les réponses sont représentatives. Cependant, la structure, les moyens, la volonté forte des différents acteurs varient selon les secteurs d'activité que l'on soit en EHPAD ou en sanitaire.

Ensuite, la dimension culturelle, les représentations du bénévolat, le sens donné aux choses vont impacter sur l'orientation de la dynamique dans le partenariat bénévoles/soignants.

Ainsi, l'analyse des entretiens fait ressortir en EHPAD des éléments de différents ordres. Quatre dimensions sont mises en exergues :

- **Le rôle du cadre de santé dans la dynamique de projets :**

Le cadre de santé a un rôle prépondérant dans l'intégration des bénévoles au sein de l'unité avec les soignants. Il va également clarifier les missions et rôles de chacun. De plus, il reste le responsable de ce qui se passe dans son unité et en est le garant vis-à-vis des personnes accueillies. De ce fait, ceci permet de poser les limites de chacun et ainsi, construire un partenariat bénévoles/soignants dans une dimension de complémentarité.

- **La notion du pouvoir soignants :**

Effectivement, ces entretiens ont révélé une certaine représentation du bénévole : « il a un rôle uniquement occupationnel », mettant en avant une problématique de « compétences auprès des personnes âgées ». De fait, on ne peut pas parler de partenariat et de complémentarité entre bénévoles et soignants...

En référence au cadre conceptuel, ***Le bénévole est celui qui s'engage de son plein gré, d'une manière désintéressée dans une action organisée au service de la communauté*** ».

Partant de ce postulat, la notion de « compétences » ne peut être retenue, puisque le bénévole s'inscrit dans « une action organisée au service de », afin de favoriser le lien social.

- **La culture organisationnelle :**

En effet, dans le soin, les cultures induisent les relations entre les divers acteurs et définissent les conditions de fonctionnement d'une unité, d'un pôle, d'un établissement.

Les entretiens relatent que la culture soignante n'est pas encore prête à s'inscrire dans une dynamique de culture bénévoles/soignants. Celle-ci ne peut se faire que par une réelle implication des acteurs de l'encadrement, du chef de service, de l'institution qui s'inscrivent dans la conduite de changement au profit des résidents.

- **La culture des familles :**

De même, le phénomène culture soignante se transpose à la culture des familles qui restent accés principalement sur le soin.

La aussi, ceci va nécessiter un accompagnement particulier de ces familles par le biais du projet individualisé du résident, qui prend en compte les souhaits de la personne âgée et non pas ceux de sa famille. De plus, les missions d'un EHPAD est bien un milieu de vie et d'accompagnement, et non un milieu de soins...

6.2.2 En sanitaire

La dimension culturelle est très forte en sanitaire. C'est pourquoi, l'analyse des entretiens fait ressortir les éléments suivants :

- **La culture organisationnelle :**

Les bénévoles sont intégrés et associés au sein des unités. Ils travaillent en partenariat avec les soignants, s'inscrivant en complémentarité. Ceux-ci s'expliquent en partie par le fait que les rôles de chacun sont clairement définis : « les bénévoles **ne sont pas soignants**...et donc pour le patient, c'est un regard extérieur à l'hôpital/maladie ». Cette complémentarité favorise le lien social. De plus, une des réussites de ce partenariat, est le fait qu'il y a une politique forte médicale, de l'encadrement, des soignants, de l'institut.

- **La formation**

Les bénévoles sont recrutés selon des critères prédéfinis par l'association. Ils bénéficient en outre d'une formation spécifique, ainsi d'un suivi particulier avec des professionnels tel que l'échange avec un psychologue. Cette approche permet une reconnaissance, une légitimité du bénévole par l'ensemble des acteurs; il s'inscrit et se fonde dans les unités de soins en partenariat et en complémentarité des soignants, au bénéfice des patients ou des résidents.

« Notre mission s'articule autour de l'accompagnement pendant des semaines, voire des années. Lorsque ces personnes sont hospitalisées, les bénévoles et les patients se retrouvent, ce qui favorise le lien social, l'échange, ils se sentent rassurés... ».

L'objectif est de : *« les écouter ; les rassurer ; de leur redonner une confiance en eux ; une considération, une reconnaissance en tant que « personne » et non pas le cancer x ».*

Une des réussites de ce partenariat bénévole/soignant : *être discrète dans l'unité, sans gêner les soignants, être au service de la personne. Je veille à ce que les bénévoles ne soient pas une gêne, une charge d'aucune manière pour l'unité. Les rôles de chacun sont bien définis ».* (propos tenu par la présidente de l'association des bénévoles).

6.3 Analyse des questionnaires Soignants et bénévoles

J'aborderai de façon méthodologique les questions une par une en réalisant un découpage par unité de sens. Ensuite, j'établirai une qualification et rédigerai une phrase qui vient résumer le thème : combien ?, qui ?, lien théorique, lien du contexte. Puis, j'arriverai sur l'analyse des données recueillies positives ou négatives et son intensité par les auteurs. Enfin, je terminerai par repérer les écarts entre les entretiens, les questionnaires et l'hypothèse de départ en ouvrant sur la problématique.

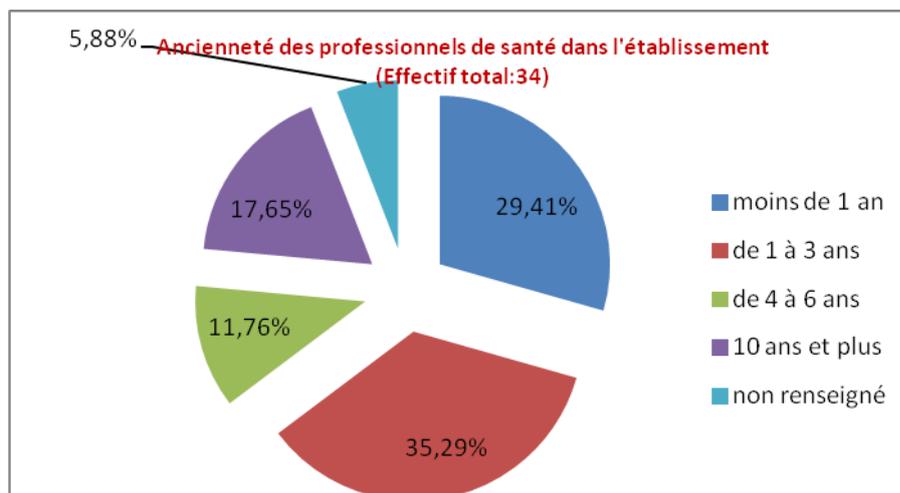
6.3.1 Questionnaires des professionnels de santé

Le nombre de questionnaires recueillis est de 34 au total, représentant 26 questionnaires en EHPAD et 8 questionnaires en sanitaire. Ces professionnels de santé sont tous en lien avec des bénévoles associatifs intervenants au sein de leur lieu de travail.

1°) Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure?

10 agents sur 34 ont moins d'un an dans la structure ; 12 sur 34 entre 1 et 3 ans ; 4 sur 34 ont entre 4 et 6 ans ; 6 sur 34 ont plus de 10 ans. 2 agents n'ont pas répondu.

On peut en déduire que l'ancienneté dans la structure se situe majoritairement entre quelques mois à 3 ans ; un tiers de ces effectifs ont entre 4 et plus de 10 ans d'ancienneté dans l'établissement.



2°) Quelle est votre expérience avec les bénévoles, au sein de votre vie professionnelle ?

30 agents sur 34 déclarent avoir eu une expérience avec les bénévoles durant leur vie professionnelle, contre 4 agents sur 34 déclarant ne pas avoir eu d'expérience. Celles-ci sont centrées principalement sur la coordination pour des ateliers, des activités, des animations.

On pourrait dire que le partenariat bénévoles/soignants devrait être un levier positif et favoriser ainsi la complémentarité ; ou, au contraire, selon l'expérience vécue de chacun, être un frein dans ce partenariat bénévoles/soignants.



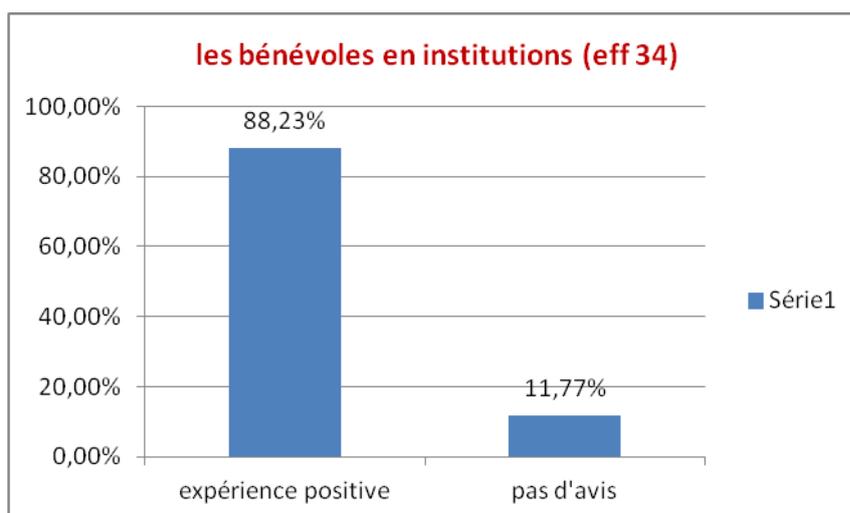
3°) Quels en sont les aspects positifs ?

30 agents sur 34 déclarent que l'expérience avec les bénévoles est très positive. Tout d'abord, le nombre de réponses à cette question est cohérente avec la précédente dans le lien expériences et aspects vécus. Les points positifs extraits de ces expériences avec les bénévoles sont : « *une aide ; enrichissement des activités ; maintien du lien social ; levier sur l'isolement de la personne ; un regard extérieur à l'institution ; améliore le quotidien des personnes...* ».

On peut dire que les bénévoles sont une complémentarité dans leurs actions avec les soignants. Les soignants interrogés ont un regard bienveillant envers les bénévoles, apportant une plus value aux personnes, à l'institution, dans la relation humaine.

En revanche, 4 agents sur 34 déclarent ne pas avoir d'avis sur la question. On peut se demander si le fait de ne pas avoir d'avis sur « les bénévoles » est l'expression soit :

- Que ces agents aient vécu des expériences négatives avec les bénévoles.
- Que la politique de l'institut ne favorise pas « le sens à donner » au partenariat bénévoles/soignants dans une complémentarité.



4°) Selon vous, pensez vous que le bénévolat soit une valeur ajoutée : pour les usagers ? Pour l'équipe soignante ? Préciser

A l'unanimité, les professionnels de santé considèrent que le bénévolat est une valeur ajoutée pour la personne en institution, mais aussi pour l'équipe soignante. Les raisons évoquées sont : « amélioration du quotidien ; la personne a un regard neutre vis-à-vis du bénévole : c'est une personne extérieure à l'institution, ce qui favorise le lien social, les échanges. Pour les EHPAD, le bénévolat apporte un regard autre du « milieu de vie et d'accompagnement » et non un regard de personne hospitalisée pour.. ».

On peut dire, au regard des réponses des soignants, que le bénévolat est un partenaire des soignants, qui s'inscrit dans une complémentarité, mais non exprimé ainsi.

On peut se demander alors, pourquoi les cadres de santé et responsables d'associations de bénévoles relatent un discours tout à fait autre, et donc, sont l'expression soit :

- le projet de : « partenariat bénévoles/soignants » n'est pas porté, encouragé, par les responsables d'unité, voire l'institution. Pourtant, le projet de vie individualisé incite à tendre vers cela.
- les soignants ont une perception autre du bénévolat, mais que dans les faits, il en est rien.

5°) Comment envisagez vous l'implication bénévole au sein de votre cadre professionnel ?

26 agents sur 34 considèrent que les bénévoles doivent être associés à un projet de l'unité, réunissant bénévoles et soignants. Il est nécessaire de clarifier les missions, de poser les limites de chacun, la formation des bénévoles est indispensable afin de créer un climat de confiance. Ainsi, le bénévole pourrait être impliqué dans la vie de l'unité, dans une relation de confiance réciproque, dans des projets multiples...

On peut dire que l'implication des bénévoles au sein des unités soit attendue. Des pré-requis sont cependant mis en exergues par les soignants, notamment un cadre à poser, les limites de chacun, tout ceux-ci s'inscrivant dans des projets communs au bénéfice des résidents.

8 agents sur 34 n'ont pas répondu à la question posée. Je n'ai pas tenu compte de leurs réponses du fait du hors sujet.

6°) Quels en sont les contraintes, les aspects difficiles ?

Cinq items de réponses ont été apportés concernant les contraintes ou les aspects difficiles à intégrer les bénévoles. Tout d'abord, un des points majeurs mis en exergue est « la cohabitation soignantes/bénévoles, liée à la problématique de la formation du bénévoles et le rôle et missions de chacun non définis ». Cet item représente 22 agents sur 34, soit 65%. Puis, 6 agents sur 34 considèrent qu'il n'y a pas de contraintes, soit 18%. Enfin, 2 agents sur 34 expriment « le bénévole se substitue aux soignants » ; 2 agents sur 34 expriment « des bénévoles non autonomes » ; 2 agents sur 34 expriment aucun avis sur la question.

On peut en déduire que la principale contrainte est liée à l'intégration des bénévoles au sein des unités, autour d'un projet commun, où le rôle et les missions de chacun soient clairement définis.

7°) Effectuez vous un travail d'équipe avec le bénévole ? Si oui, comment ? De quelle manière ? Quelle place tient-il ? Préciser

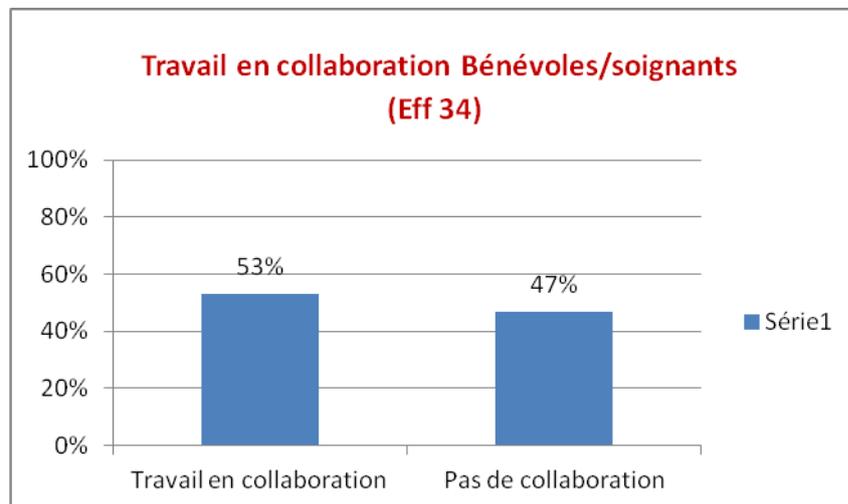
18 soignants sur 34 déclarent travailler en collaboration avec le bénévole. Ceci se réalise sous différentes formes : « le soignant coordonne et encadre le bénévole sur les activités ; lors de la mise en place de nouveaux projets, les bénévoles échangent avec l'ensemble de l'équipe soignantes ;

une organisation des soins par les soignants est recherchée afin de favoriser le travail du bénévole ».

En revanche, 16 soignants sur 34 déclarent ne pas travailler en équipe avec le bénévole.

On peut se demander si ce constat est l'expression soit :

- Le bénévole fait une intrusion dans une organisation de soin préétabli et qu'il n'est donc pas reconnu dans l'organigramme. Ceci fait référence aux notions de : « culture organisationnelle ».
- Le responsable de l'unité ne favorise pas le partenariat bénévoles/soignants, et le sens à donner à cette complémentarité, afin de faire évoluer et de faire vivre le projet individualisé du résident.



8°) Considérez vous le bénévole comme un partenaire ? En quoi est-il ou n'est-il pas un partenaire ?

26 soignants sur 34 considèrent que le bénévole est un partenaire. Ceci se concrétise par une aide dans les activités, les projets. Il crée du lien entre le résident, la famille, le soignant. 2 soignants sur 34 n'ont pas répondu à la question.

6 soignants sur 34 ont exprimé que les bénévoles n'étaient pas un partenaire. Cela peut sous tendre à une conception et une définition différentes du partenariat, puisqu'ils déclarent que les bénévoles n'ont pas de lien avec les soins. Pour ces personnes interrogées, on peut se demander si partenariat ne serait pas synonyme de substitution soignante ?

9°) Considérez vous le bénévole et le professionnel de santé comme une complémentarité ? En quoi serait-il ou ne serait-il pas une complémentarité ?

La encore, les représentations et la définition du mot « complémentarité » impactent sur les réponses recueillies.

En effet, 24 soignants sur 34 déclarent que le bénévole et le professionnel de santé sont une complémentarité. Pour les soignants, le bénévole et le professionnel ont des missions différentes ; c'est pour cela que nous sommes complémentaires dans ce que nous apportons aux personnes. 2 soignants sur 34 n'ont pas répondu à la question.

En revanche, 8 soignants sur 34 considèrent qu'il n'y a pas de complémentarité entre bénévoles et soignants. La notion de « complémentarité » fait référence pour eux à une identité professionnelle commune. Pour ces personnes, la complémentarité bénévole/soignant n'a pas lieu puisque le bénévole ne réalise pas de soins...

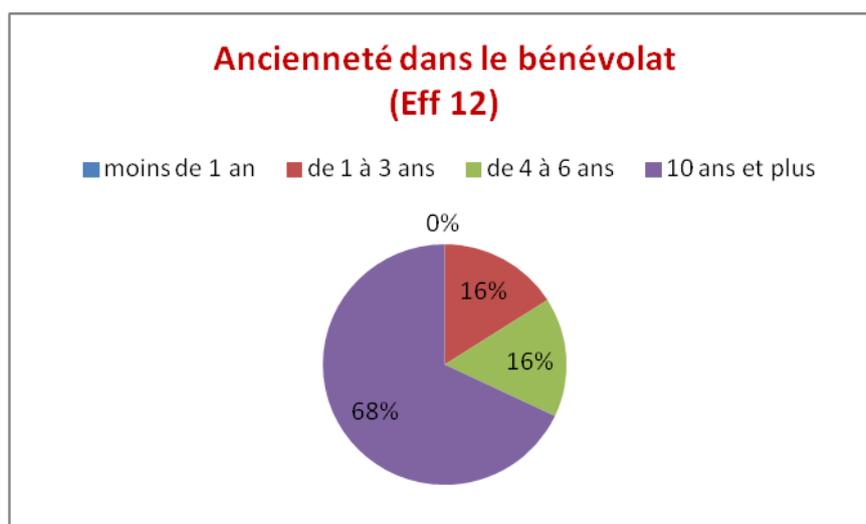
Le fait de ne pas clarifier et de ne pas définir le sens des mots ont des retentissements défavorables, ne permettant pas à l'ensemble des personnes interrogées d'entrer dans un projet commun.

6.3.2 Questionnaires des bénévoles associatifs

Le nombre de questionnaires recueillis est de 12 au total, représentant 6 questionnaires en EHPAD et 6 questionnaires en sanitaire.

1°) Depuis combien de temps exercez-vous dans le bénévolat ?

8 bénévoles sur 12 ont une pratique du bénévolat de 10 ans et plus. 2 sur 12 a entre 1 et 3 ans, et 2 autres ont entre 4 à 6 ans d'expérience. On peut dire que majoritairement les bénévoles interrogés ont une certaine expertise du bénévolat.



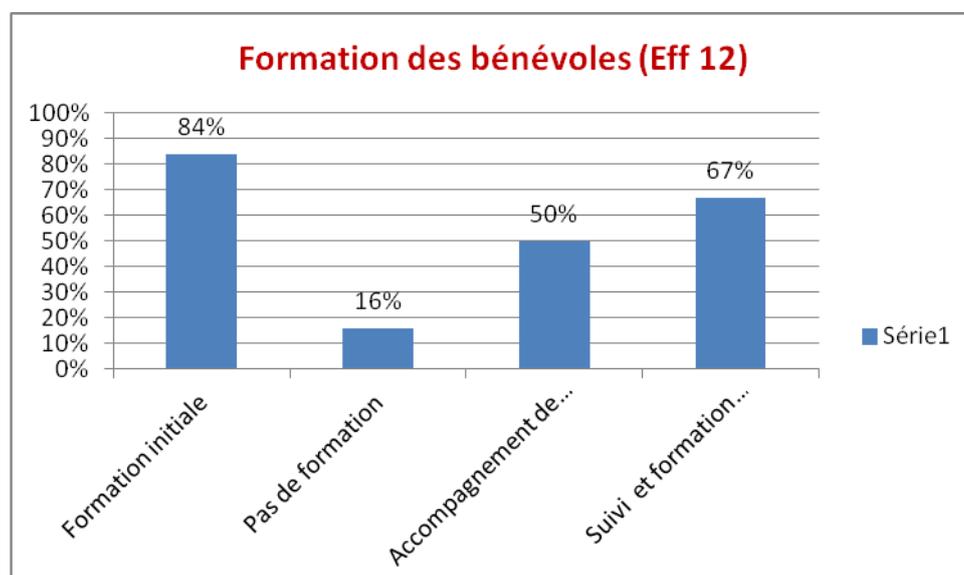
2°) a) Avez-vous bénéficié d'une formation initiale ?, b) d'un encadrement et c) d'un suivi continu?

10 bénévoles sur 12 déclarent avoir reçu une formation initiale en lien avec l'activité de l'association, contre 2 bénévoles sur 12 n'ayant reçu aucune formation. 6 sur 12 ont bénéficié d'un accompagnement de proximité (le novice et un expert) non limité dans le temps.

On peut dire que la majorité des bénévoles associatifs bénéficient d'une formation initiale. Une personne n'en a pas reçu.

On peut se demander si cet état de fait est l'expression soit :

- Le bénévole n'a pas pu la suivre.
- L'association a manqué de vigilance (sous entendu pris par le temps).



Si oui, par qui ? Préciser . nom de la formation, organisme

L'ASP-AVH offre des formations basées sur : « l'écoute et le soutien aux malades et à leurs familles, dans le but d'apporter une dimension humaine.

JALMALV offre des formations sur: "Sensibilisation aux Soins Palliatifs et à l'accompagnement" ; Préparation à l'accompagnement des personnes gravement malades et de leurs proches".

3°) Qu'est ce qui vous a attiré dans le bénévolat ? les aspects positifs :

A l'unanimité, les bénévoles relatent : « la relation humaine, le relationnel ; l'aide à la personne ; la rencontre de l'autre ; les notions de solidarité ; un apport de réflexions sur sa propre vulnérabilité ».

Au regard de ces motivations exprimées, la place des bénévoles associatifs peuvent prendre tout leur sens et représenter une ressource à explorer. Comme l'a écrit Jean-François Serres, ils sont vecteurs de lien social, et représentent une aide légitime pour lutter contre l'isolement des personnes et retarder le risque de perte d'autonomie.

4°) En quoi consiste vos missions de bénévoles ? 5°) Pouvez vous décrire l'ensemble des tâches ?

L'ensemble des bénévoles décrivent des missions d'accompagnement de personnes, d'écoute, les échanges, l'organisation d'activités. Ce travail se réalise de façon autonome, et aucun écrit ne relate des activités en collaboration avec des soignants, même en EHPAD.

On peut se demander si ce constat exprimé est l'expression soit :

- Les bénévoles interviennent en pleine autonomie, en silo, bien distinct des soignants.
- L'unité de soins semble être distante, voire absente de l'implication des bénévoles.

6°) Qu'elles sont les contraintes, les aspects difficiles ? les difficultés rencontrées ?

Deux axes sont mis en exergues concernant certaines difficultés. Le premier est celui d'un manque d'organisation et de coordination entre les bénévoles et les unités de soins. L'autre est celle de la collaboration Bénévoles/soignants, où ces derniers ne comprennent pas leurs présences dans l'unité.

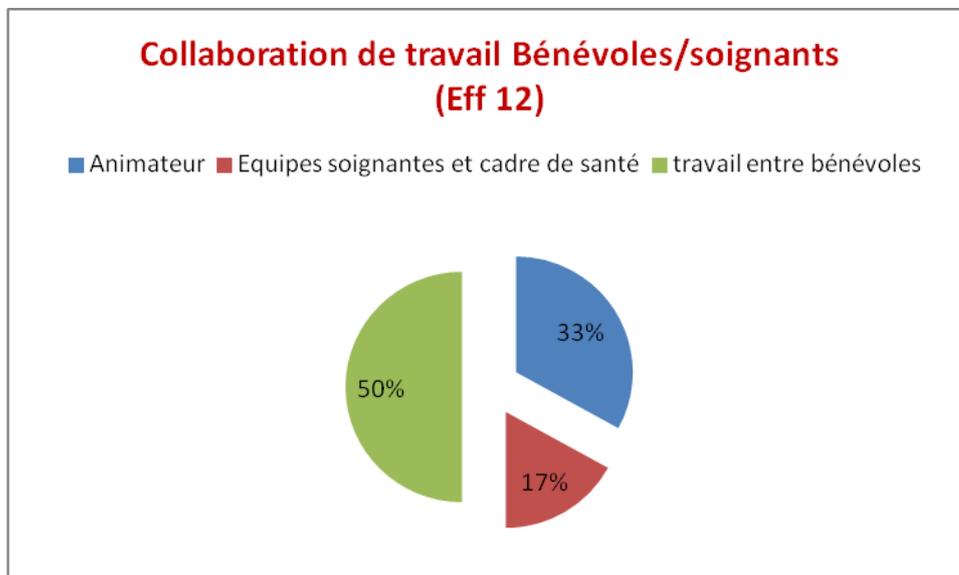
Cela peut sous tendre à une non implication des unités de soins, ne permettant pas de favoriser le partenariat bénévoles/soignants.

7°) S'agit-il d'un travail d'équipe ? si oui avec qui ? Préciser. 8°) Etes vous amené à travailler avec les professionnels de santé ? Préciser, détailler :

4 bénévoles sur 12 déclarent qu'ils travaillent avec les animateurs des institutions. 2 travaillent avec les équipes soignantes et le cadre de santé. 6 bénévoles sur 12 exercent leur bénévolats entre bénévoles au sein des unités.

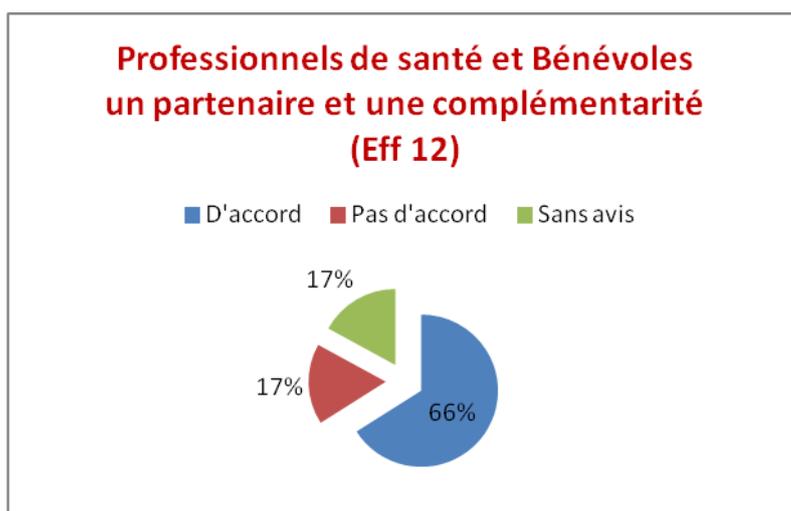
On peut se demander si le fait qu'il y ait 50% de bénévoles complètement autonomes, voire livrés à eux-mêmes, est l'expression soit :

- Les bénévoles ne tiennent pas à travailler dans un projet commun d'unité.
- Les unités n'ont pas envisagé la possibilité d'un partenariat bénévoles/soignants.



9°) selon vous, professionnel de santé et bénévole seraient un partenaire et une complémentarité ? Si pas d'accord, merci de développer votre réponse.

8 bénévoles sur 12 considèrent qu'ils sont partenaires et sont complémentaires. 2 pensent qu'il ne peut y avoir de partenariat ; et 2 n'ont répondu à la question. Cela peut sous tendre des représentations et des définitions bien différentes du partenariat et de la complémentarité ne permettant pas à l'ensemble des personnes interrogées de répondre objectivement à la question.



6.4 Synthèse et Conclusion des entretiens et questionnaires

Au travers de ces entretiens et questionnaires, on peut voir que le bénévolat associatif peut être **une ressource** à explorer. Le recours à ces personnes montre **les biens faits et la valeur ajoutée** d'un tel projet, **au profit des personnes âgées et des patients**. Cependant, sans généraliser les résultats au regard de l'échantillon, on peut percevoir **un égard** selon que le bénévole intervient en **sanitaire** ou en **médicosocial**. De fait, le **partenariat bénévoles/soignants** constitue une vraie **réussite en sanitaire**, tandis qu'en **médicosocial**, on en est au **balbutiement**.

Les cadres de santé sont conscients de cette réalité dans le rôle à jouer dans la dynamique de projets, notamment, celui du partenariat bénévoles/soignants. De plus, certains facteurs peuvent freiner le projet comme la notion du pouvoir soignants, la culture organisationnelle, la culture des familles. La encore, selon le lieu d'exercice, les résultats ne sont pas similaires. Les cadres de santé s'accordent pour dire qu'il y a un accompagnement à faire tant pour les professionnels de santé que pour les familles.

Les responsables d'associations sont favorables à ce partenariat qui s'inscrit en complémentarité bénévoles/soignants. Ils sont attentifs à ce que le rôle de chacun soit clairement définis dans un projet commun qui solidarise l'ensemble des acteurs. De plus, la formation et l'accompagnement continues des bénévoles constituent une légitimité vis-à-vis des soignants.

Les professionnels de santé sont favorables à ce projet de partenariat. Les expériences vécues sont positifs. Ils considèrent que les bénévoles devraient être associés à certains projets de l'unité sous réserve que le rôle de chacun soit bien définis, et que les bénévoles soient formés au lieu d'exercice. Les avantages d'un partenariat bénévoles/soignants rejoignent les propos de Jean-François Serres à savoir: « ***l'accompagnement*** reste un ***projet collectif***, un ***travail d'équipe*** entre les ***bénévoles*** et les ***professionnels***, en ***collaboration*** avec les ***partenaires sociaux et médicaux***. La place des ***bénévoles associatifs*** sont vecteurs de ***lien social***, et représentent une ***aide légitime*** pour lutter contre ***l'isolement*** des personnes et retarder le risque de ***perte d'autonomie***. La ***complémentarité*** entre ***professionnels*** et ***réseaux de proximité*** est un ***facteur*** essentiel de ***prévention***. Elle replace les relations dans une situation plus juste et soulage les familles ».

De façon générale, pour les bénévoles, la faisabilité du partenariat bénévole et soignant est possible. Sa réussite résulte en partie d'une culture organisationnelle de part et d'autre entre bénévoles et soignants. Elle passe par le respect et les limites de chacun, dynamisé et porté par le cadre de santé, dans un objectif commun qui s'inscrit dans une action organisée au service de la personne.

En revanche, pour les bénévoles intervenant en médicosocial, ils rejoignent les recherches de Corinne Mérini sur les trois obstacles du développement du partenariat⁴⁶. Elle décrit : « **la notion confuse du mot partenariat** ». En effet, le premier obstacle réside dans le fait que : « *l'utilisation du terme de partenariat ou la mobilisation de l'idée ne suffisent pas, à eux seuls, pour caractériser le mode d'action qu'ils désignent* ».

Le second est : « **la différence des acteurs** : Dans les représentations collectives, le terme de partenariat laisse imaginer une sorte d'harmonie d'intentions ou d'objectifs, alors qu'en réalité tout sépare les acteurs et leurs systèmes En allant chercher des partenaires, nous rencontrons la différence et la résistance, c'est un mal nécessaire pour créer du nouveau... ».

⁴⁶ www.cahiers-pedagogiques.com, Corinne Mérini : « les obstacles du développement du partenariat », consulté le 09/11/2012.

Le troisième obstacle est : « ***l'affrontement des identités professionnelles.*** *Le partenariat pousse chacun à faire un pas de côté par rapport à ce qui fonde son identité professionnelle et à ce qui lui semble prioritaire, c'est ce qui permet d'ailleurs de créer de nouvelles formes de réponses aux problèmes. Mais cela n'est possible que si chacun y trouve un intérêt...».*

J'ai fait ce constat au travers des entretiens et questionnaires, où les soignants revendiquaient leurs identités professionnelles, et, de fait, ne comprenaient pas la présence des bénévoles au sein de leur unité...

C'est pourquoi, les cadres de santé en EHPAD ont donc un rôle primordial et prépondérant dans l'harmonisation du partenariat soignants et bénévoles, ce qui nous renvoie à la question de départ et à l'hypothèse.

CONCLUSION

Tout d'abord, il s'agit bien ici de la conclusion d'un mémoire et non de la conclusion de ma recherche qui se veut un début et non la fin d'un projet, encore moins une fin en soi.

Ce travail est le fruit d'une aventure passionnante et enrichissante, mais aussi des pistes de réflexions apportées, un tremplin pour un passage de ma prise de fonction de cadre de santé dans un des projets qui sera le partenariat.

Ce travail a été guidé par la question de départ suivante :

« Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer pour harmoniser le partenariat soignants et bénévoles ? ».

C'est à partir des constats de terrain, qui laissent entendre que nous sommes aujourd'hui dans un contexte de contraintes budgétaires. J'ai pu également constater l'usure ou l'éloignement des aidants, favorisant l'isolement des personnes âgées, qui sont et deviennent de plus en plus dépendantes.

Ensuite, dans l'EHPAD où j'exerçais, des échanges, des réflexions ont été menées avec les équipes soignantes, lors de propositions de projets par ces derniers...celles-ci m'ont amené à me questionner sur : quels partenariats possibles ? avec qui ? quelles formations requises pour ces collaborateurs ? quelles responsabilités impliquent-elles pour les résidents ?, le cadre de santé ?, l'institution ?, les soignants ?, la cohabitation soignants/intervenants ? le rôle et la place de chacun ?

C'est pourquoi, il me semble intéressant de réfléchir sur **les futurs moyens à mobiliser** si les **EHPAD**, de façon générale, veulent **rester « un milieu de vie et d'accompagnement »**. Un des moyens serait le partenariat bénévoles/soignants afin de favoriser le lien social et lutter contre **l'isolement** des personnes.

C'est à partir de la problématique, issue de ces constats, qui laisse entendre qu'en prenant en compte les dimensions multifactorielles en EHPAD qui sont d'une part, le statut conféré aux bénévoles et les missions des soignants, et, d'autre part, la réforme du système de santé en France, dicté par la Loi HPST 2009, trois questions subsistent :

- **Pourquoi pouvons-nous dire que le bénévolat est une alternative à la conjoncture actuelle ?**
- **En quoi le partenariat entre professionnels de santé et bénévoles serait une complémentarité ?**
- **Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer dans la mise en place de cette mesure ?**

Pour tenter d'y répondre, je pars de l'hypothèse suivante :

Au regard de l'évolution du système de santé et l'augmentation constante de la dépendance des personnes âgées, celles-ci contraignent les soignants à limiter l'accompagnement, ce qui impacte sur le lien social et favorise l'isolement des résidents ; de fait, le non recours aux bénévoles en EHPAD, ces instituts s'éloigneraient de leurs missions 1^{ère} : « l'accompagnement de la personne âgée ».

Afin de pouvoir confirmer ou infirmer cette hypothèse, je suis allé enquêter sur le terrain. Les outils utilisés ont été les questionnaires pour les professionnels de santé et les bénévoles, et, les entretiens individuels auprès des cadres de santé et des responsables d'associations de bénévoles. L'ensemble de ces populations exercent en sanitaire et en médicosocial (EHPAD).

Ce travail de recherche montre que la place des **bénévoles associatifs** sont vecteurs de **lien social**, et représentent une **aide légitime** pour lutter contre **l'isolement** des personnes et retarder le risque de **perte d'autonomie**. De plus, *la solitude des personnes âgées aggrave les risques de dépendance. La complémentarité entre professionnels et réseaux de proximité est un facteur essentiel de prévention. Elle replace les relations dans une situation plus juste et soulage les familles.* Fort de ce constat, les bénévoles ont donc une place en EHPAD

si l'on se réfère au cadre conceptuel.

Les enquêtes et les entretiens ont montré des disparités selon les lieux d'exercices sanitaire ou médicosocial concernant le partenariat bénévoles/soignants.

La réussite de ce partenariat nécessite une volonté et une politique d'établissement forte, une ouverture de la part des soignants impliquant un consensus posé et réfléchi entre ces acteurs. Ceci ne peut s'inscrire que par une conduite de projet, pilotée par le cadre de santé de l'unité. Ainsi, les **bénévoles** peuvent être de vrais **partenaires**, c'est-à-dire des **personnes associées aux soignants**, qui mènent en commun des **actions communes**, basées sur des **valeurs communes**, au bénéfice des résidents ou des patients.

De part ces éléments, je peux donc confirmer l'hypothèse de départ. Ainsi, l'enjeu est de réfléchir à « **comment faire aussi bien et autrement avec moins** », et **d'entrer** dans une **logique téléologique**⁴⁷ **collective**. Cette logique s'inscrit par le biais d'un partenariat bénévoles/soignants.

Je me suis lancé dans l'aventure de ce travail pour tenter de comprendre et vérifier ce qui était dit, avec l'idée que cette recherche pourrait donner lieu à des hypothèses nouvelles, à de nouveaux questionnements.

Je pense que les EHPAD connaissent une nouvelle période de leur adaptation à l'évolution des besoins aujourd'hui. Le sanitaire s'est impliqué dans ce projet de partenariat depuis 1991. C'est peut être ce recul qui expliquerait ces différences ?

C'est pourquoi, je m'interroge aujourd'hui sur les questions du sens et des valeurs de référence en EHPAD, les démarches de projet de vie. Ceux-ci nous amènent de fait à des questionnements éthiques: voulons nous renforcer la médicalisation de l'offre de soins gériatriques en EHPAD ? ou, au contraire, désirons nous que les EHPAD restent un milieu de vie et d'accompagnement ?

⁴⁷ Mise en œuvre des seuls moyens ayant fait preuve de leur efficacité

Je pense que le point fondamental de départ réside dans l'une de ces deux questions, dans le souci de voir s'épanouir des partenariats bénévoles/soignants, s'inscrivant dans la complémentarité, répondant aux besoins des personnes âgées...



« *Mon hôpital* », un clip sur l'établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad) de Montfort-l'Amaury fait parler de lui sur Internet. « Je kiffe, tu kiffes mon hôpital.

» Sur ces paroles très branchées, résidents, personnel médical et bénévoles, casquettes à l'envers, instruments de musique en plastique à la main, lunettes rose sur la tête, s'illustrent pendant plus de quatre minutes dans une vidéo entre le rap et le hip-hop.

Décoiffante, l'idée est née il y a deux ans d'une bénévole de l'association 3A (Action Animation 3e âge). Mais le projet n'a été concrétisé qu'en octobre dernier. « Nous avons expliqué aux résidents ce qu'il fallait faire, nous leur avons traduit certains mots qu'ils ne comprenaient pas comme kiffer. Le fait de se déguiser les a fait tout de suite adhérer », raconte le réalisateur amateur Pascal Denis. Pour ce dernier, l'objectif de ce film, au premier abord farfelu, est « de faire changer le regard que nous pouvons porter sur les personnes âgées. A 80 ans, nous pouvons encore nous amuser.⁴⁸ »

⁴⁸

www.leparisien.fr/yvelines-78/video-montfort-l-amaury-ils-kiffent-leur-hopital-25-02-2010-827873.php, consulté le 18/05/2013

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Guide pratique du mémoire 2012-2013, IFCS MONTSOURIS

Qualité de vie en EHPAD (volet1), de l'accueil de la personne à son accompagnement, Recommandation de l'ANESM, février 2011.

Henry Mintzberg, le manager au quotidien : les dix rôles du cadre, Paris : Eyrolles - Edition d'Organisation (2009).-283p.

Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG (1997).- L'acteur et le système. Paris :Seuil.- 500p.

Support de cours :

Cours Master 1 et IFCS Montsouris 2012/2013, la méthodologie de recherche

Cours Master 1, Les principales essences organisationnelles (Mintzberg), J.P Dumond, UPEC, 2012

Cours Master 1, UPEC 2013, JP Dumond, « la culture organisationnelle ».

Textes de loi et Décret

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

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social, Projet de vie individualisé.

LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : les soins infirmiers

DECRET ET ARRETE du 18 aout 1995 ; le Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001, Décret n° 2012-1465 du 26 décembre 2012 modifiant le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001, portant statut particulier du corps des cadres de santé de la Fonction Publique Hospitalière.

Documents électroniques consultés:

<http://www.anams.org/anams/mission>, consulté le 15/12/2012

www.mecenova.org/.../Fiche-juridique-volontariat-et-benevolat, consulté le 10/12/2012

www.benevolat.org, consulté le 13/01/2013.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Partenariat>, consulté le 13/01/2013.

www.larousse.fr/dictionnaires, consulté le 13/01/2013.

<http://fr.wiktionary.org/wiki/accompagner>, consulté le 13/01/2013.

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>, consulté le 13/01/2013.

<http://vosdroits.service-public.fr/F763.xhtml>, consulté le 17/12/2012.

www.legifrance.gouv.fr; consulté le 31/12/2012.

www.anesm.sante.gouv.fr; consulté le 31/12/2012.

www.poss-lr.net/documents/Vie_plate-forme/Fact_decl%20EPHAD-rapport.pdf, consulté le 09/02/2013 (Conseil Expertise Formation Gérontologie et Handicap)

www.drees.sante.gouv.fr; Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 [20/08/2009] Études et résultats N° 699, août 2009. Consulté le 31/12/2012

www.associations.gouv.fr/707-la-responsabilite-des-dirigeants.html, consulté le 26/01/2013.

www.catholique-nancy.fr/rubriques/haut/decouvrir-le-diocese/services-diocesains/famille-et-sante/aumonerie-des-etablissements-de-sante, consulté le 26/01/2013.

www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf, consulté le 26/01/2013.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip946.pdf; INSEE Première, La vie associative en 2002, n°946, 2004. Consulté le 22/01/2013.

www.francebenevolat.org/uploads/media/documents/CdP_enquete_IFOP_2010_09_v2_.pdf, consulté le 23/01/2013.

www.ozp.fr/IMG/pdf/merini.pdf, Le partenariat : histoire et essai de définition, Corinne Mérini, consulté le 31/12/2012

www.managmarket.com, G. Lécivain, Management des organisations et stratégies, consulté le 05/02/2013.

http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/stafonze/module2/grille3/concept_1.html, consulté le 21/03/2013

www.definitions-marketing.com, consulté le 21/03/2013

www.cahiers-pedagogiques.com, Corinne Mérini : « les obstacles du développement du partenariat », consulté le 09/11/2012.

¹ www.leparisien.fr/yvelines-78/video-montfort-l-amaury-ils-kiffent-leur-hopital-25-02-2010-827873.php, consulté le 18/05/2013

ANNEXES

ANNEXE 1 : questionnaires bénévoles et professionnels de santé

ANNEXE 2 : Entretiens cadres de santé et responsables d'association de bénévoles.

ANNEXE 1

ANNEXE 2