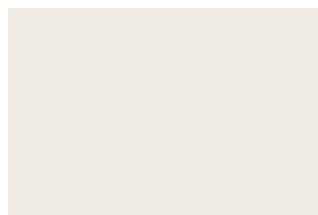
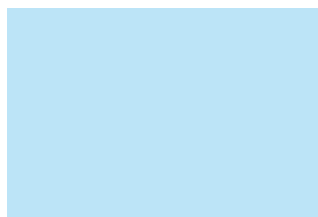


# Volontariat dans le secteur des soins de santé : *Quête de sens et levier d'humanisation*



## COMPRÉHENSION, ENJEUX ET PERSPECTIVES

Etude réalisée dans le cadre du programme  
VOLONTIERS VOLONTAIRES AUX CÔTÉS DES PATIENTS  
en Communauté française de Belgique

Par Frédéric Bielen et Christophe Sempels  
BSM Management

Décembre 2007



s'investir dans le bien-être et la prospérité



## **Volontariat dans le secteur des soins de santé : *Quête de sens et levier d'humanisation***

### **COMPRÉHENSION, ENJEUX ET PERSPECTIVES**

Etude réalisée dans le cadre du programme  
VOLONTIERS VOLONTAIRES AUX CÔTÉS DES PATIENTS  
en Communauté française de Belgique

*Par Frédéric Bielen et Christophe Sempels*  
BSM Management



# Les auteurs

Docteur en Sciences de Gestion de l'Université catholique de Louvain et diplômé en management de la Qualité, **Frédéric Bielen** est fondateur de BSM Management, organisation de conseil, d'étude et de formation dont la mission est d'aider les organisations de services, marchandes et non marchandes, à conduire des démarches d'amélioration continue de leurs activités et pratiques, et à mettre en place une réelle culture service orientée vers le bénéficiaire. Actuellement professeur invité à l'Institut d'Administration et de Gestion et à l'Ecole de Santé Publique de l'Université catholique de Louvain, il a enseigné dans différentes universités belges et françaises pour lesquelles il a collaboré à de nombreux projets en marketing social et en management des activités de services.

Docteur en Sciences de Gestion de l'Université catholique de Louvain, **Christophe Sempels** est Professeur Permanent à l'Ecole Supérieure de Commerce de Lille. Il est également à l'origine de la création de BSM. Son domaine de prédilection est le marketing humaniste, qui vise à mieux appréhender les mécanismes d'influences sociales à vocation humaniste. En particulier, il s'intéresse aux problématiques de promotion de la santé dans une approche systémique et holistique, s'appuyant sur les opportunités offertes par le cadre d'analyse du développement durable.

**Pour nous contacter :**  
**[www.bsm-management.be](http://www.bsm-management.be)**

**Frédéric Bielen**  
BSM Management sprl  
Haute Rue, 7  
1473 Glabais - Belgique  
[f.bielen@bsm-management.be](mailto:f.bielen@bsm-management.be)

**Christophe Sempels**  
ESC Lille  
Avenue Willy Brandt  
59777 Euralille - France  
[c.sempels@esc-lille.fr](mailto:c.sempels@esc-lille.fr)

# Executive Summary

Bien qu'il incarne souvent l'action bénévole, le volontariat dans le secteur des soins de santé est le parent pauvre du volontariat. Aucune étude ne lui avait été consacrée à ce jour ni aucun recensement : manque d'intérêt ? manque de considération ? A l'initiative de Cera, dans le cadre du programme « Volontiers volontaires aux côtés des patients », la présente étude a été réalisée par Frédéric Bielen et Christophe Sempels (BSM-Management), spécialistes du marketing social et humaniste. Elle a pour vocation de pallier cette lacune en apportant un éclairage qualitatif et scientifique sur le volontariat dans le secteur des soins de santé en Communauté française de Belgique.

L'étude permet une première estimation. Car si un Belge de plus de 19 ans sur 5 est un volontaire, la santé ne représenterait que 1,5% du volontariat, soit 1.143 Equivalents Temps plein. Il existe cependant de fortes disparités par région et par structure : certains hôpitaux ou maisons de repos et de soins occupent de nombreux volontaires, d'autres aucun.

## **L'étude s'attache à recenser l'attitude de différents acteurs impliqués :**

- ... Le patient, comme son entourage : il n'a pas d'attentes a priori à l'égard du volontaire, mais il est en recherche d'une plus grande humanisation des soins de santé. En recréant du lien social, en l'écoutant ou en lui apportant de petites aides concrètes, l'action du volontaire contribue indéniablement à répondre à ce besoin illimité d'humanisation. L'action des volontaires semble particulièrement appréciée par les patients plus âgés et ceux en chambre individuelle, sans qu'il soit cependant possible d'en tirer une règle générale. Car les grandes variations d'appréciation entre hôpitaux révèlent en fait de fortes différences de pratiques d'une institution à une autre.
- ... Les institutions de soins ne collaborent pas toutes avec des volontaires, loin s'en faut, malgré leur credo commun de recherche du bien-être du patient. Et les divergences d'opinion et d'intégration des volontaires témoignent d'une absence de consensus sur l'apport du volontariat, sans parler des coûts (assurances, frais de recrutement et d'encadrement, formation). Tout l'enjeu du développement du volontariat passe par la reconnaissance commune des coûts et moyens à mettre en œuvre pour organiser l'action volontaire et en dégager des avantages supérieurs pour l'organisation. Car en l'absence de volontaires, les services rendus pour la qualité de vie du patient ne sont tout simplement pas rendus.
- ... Les volontaires eux-mêmes, qu'ils soient volontaires auprès des patients, volontaires secouristes ou au service de l'organisation de volontaires : à l'exception des secouristes souvent plus jeunes, ces volontaires ont plus de 40 ans - voire plus de 50 ans pour ceux intervenant auprès des patients - ce qui pose la question du renouvellement des équipes. Ils consacrent en majorité moins de 2 jours par semaine à leur engagement bénévole. Le fait de « rendre service et être utile » est leur motivation première, souvent sans fausse

pudeur : pour beaucoup, il n'y a pas d'actes gratuits et le besoin de rendre service est lié au besoin de ne pas se sentir soi-même inutile. Le temps nécessaire à l'activité bénévole et le maintien de la motivation sont les deux difficultés les plus citées, tout comme le maintien d'une distance psychologique à l'égard de la détresse des patients. Si l'indifférence ou le manque de temps sont perçus comme les principaux freins à l'engagement volontaire, le manque d'information et de valorisation du volontariat sont aussi souvent soulignés.

S'inscrivant dans l'optique de l'économie du don plutôt que de celle du marché, l'étude permet enfin de formuler des recommandations pour promouvoir le volontariat et en accroître le bon fonctionnement dans un secteur où les besoins ne vont pas cesser de croître, compte tenu du vieillissement de la population et de la technicisation des soins. Aux acteurs politiques en particulier, mais aussi aux acteurs supra-organisationnels, il revient par exemple :

- ... d'améliorer les conditions d'exercice du volontariat aussi bien en apportant un support aux associations qu'en facilitant l'activité des volontaires (par exemple en aménageant un crédit-temps, en accordant plus de souplesse administrative aux associations ou en clarifiant les tâches relevant du volontariat);
- ... de favoriser l'émergence de nouvelles « vocations », notamment en valorisant le travail volontaire et le secteur des soins de santé avec des campagnes de sensibilisation efficaces et gratifiantes, en valorisant les acquis de l'activité volontaire comme source de qualification ou en incitant les patients eux-mêmes à s'engager.

La valorisation du volontariat pourrait également être soutenue par la création d'un guichet unique du volontariat, véritable plate-forme permettant la centralisation de l'offre et de la demande de volontariat dans les soins de santé, la mise en lien des bénévoles autour de bonnes pratiques et la création d'un programme de formations adaptées.

Aux organisations des soins de santé, il revient de formaliser la place et les moyens accordés à l'action volontaire dans leur établissement : recrutement, engagement sur base d'un contrat moral précis et encadrement sont à la base d'une bonne intégration, dans le cadre indispensable d'une démarche de concertation avec les différents acteurs des soins de santé.

# Remerciements

**Ce rapport n'aurait pas pu voir le jour sans la collaboration d'un grand nombre de personnes, que nous tenons à remercier chaleureusement.**

- ... Aux volontaires, patients, proches, membres d'associations de volontaires et de patients, professionnels de la santé, représentants de directions hospitalières, de mutualités, de syndicats, d'universités, des ministères, de fédérations médico-sociales,... merci à vous toutes et tous qui nous avez donné de votre temps pour partager des pratiques, des expériences, des doutes, des visions sur le thème du volontariat. Vous vous reconnaissez à la lecture de ce document, et y trouverez des éléments de discussion que nous avons partagés ensemble.
- ... Aux participants et au public des trois tables rondes organisées par Cera, merci pour le vécu et l'émotion que vous avez transmis autour des thèmes abordés, parfois délicats, parfois intimes. Vous avez donné un éclairage de vécu que nous nous sommes efforcés de reproduire dans ce rapport.
- ... Aux membres du Comité de Pilotage du projet « Volontiers volontaires », merci pour nos échanges constructifs lors des réunions, merci pour les idées que vous avez insufflées, merci pour votre disponibilité et votre soutien lors des différentes phases de l'étude.
- ... Aux partenaires du projet, Serge de Backer (Cap Conseil) et Christophe Koninckx (Yuluka), merci pour votre soutien, votre vision du projet, vos feedbacks enrichissants, et le plaisir d'avoir pu collaborer avec vous.
- ... A la Direction de la Loterie Nationale, merci de nous avoir autorisé à exploiter les données de votre vaste étude « Les Belges et le bénévolat, Enquête nationale 2007, ».
- ... A Cera et à son Administrateur Délégué, Monsieur Franky Depickere, merci pour l'initiative d'un projet d'une telle envergure. L'utilité de ce projet n'a cessé d'être saluée par l'ensemble des personnes rencontrées, et ses perspectives de suivi apportent une réelle contribution à la cause du volontariat, et à l'humanisation des structures de soins.
- ... A Carmen de Crombrughe, coordinatrice générale du projet au sein de Cera, un grand merci pour votre coordination, pour votre disponibilité, pour votre efficacité, et pour votre souci constant du travail bien fait.

# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>CHAPITRE 1 :</b>	
<b>Le panorama du secteur des soins de santé vu à travers l'offre et la consommation de soins</b>	<b>11</b>
Introduction	11
1.1. Le concept de santé	11
1.2. De la conception de la santé de l'OMS au secteur de la santé	12
1.3. Le secteur des soins de santé	12
1.4. Les catégories d'acteurs organisationnels du secteur des soins de santé	13
1.4.1. Les hôpitaux	13
1.4.2. Les maisons de repos et de soins	15
1.4.3. Les centres de soins de jour	15
1.4.4. Les maisons de soins psychiatriques	15
1.4.5. Les habitations protégées	16
1.4.6. Les services d'urgence	16
1.4.7. Les maisons médicales	17
1.4.8. Les services intégrés de soins à domicile	17
1.4.9. Les structures non-hospitalières de soins palliatifs	17
1.5. Le secteur des soins de santé en Belgique : quelques ordres de grandeur	18
Synthèse	20
<b>CHAPITRE 2 :</b>	
<b>Volontaire dans le secteur des soins de santé, parent pauvre ?</b>	<b>21</b>
Introduction	21
2.1. Bref aperçu de l'évolution du volontariat	21
2.2. La loi sur le volontariat et la définition du volontaire	22
2.3. Panorama socio-économique du volontariat en Belgique et dans le secteur de la santé	23
2.3.1. Estimations générales	23
2.3.2. Répartition du bénévolat par branche d'activité	24
2.3.3. Comparaisons internationales	25
2.3.4. Comparaison Bénévolat/ Salariat par branche d'activité en Belgique	26
2.3.5. Volontaires dans le secteur des soins de santé en Belgique	26
2.4. Profil des bénévoles et volontaires	30
2.5. Valeurs associées, motivations et freins au volontariat	32
2.5.1. Valeurs associées	32
2.5.2. Motivations	33
2.5.3. Freins	34
Synthèse	36

# Table des matières

<b>CHAPITRE 3 :</b>		
<b>Pratiques du volontariat dans le secteur des soins de santé</b>		<b>37</b>
Introduction		37
3.1. Point de vue des patients et de leurs proches		38
3.1.1. Peu d'attentes explicites et un souhait implicite d'humanisation		38
3.1.2. Des besoins de présence et de service		41
3.1.3. Profil de patients et appréciation de l'action volontaire		43
3.2. Point de vue des organisations de soins de santé		43
3.2.1. La collaboration avec des volontaires : « ça (r)apporte quoi ? »		43
3.2.2. Le recrutement des volontaires dans les organisations		45
3.2.3. Missions, rôles et tâches confiés aux volontaires		47
3.2.4. La formation nécessaire au bon exercice de la mission confiée		49
3.2.5. L'intégration des volontaires au sein des organisations		50
3.2.6. L'évaluation et la reconnaissance des volontaires au sein des organisations		53
3.3. Point de vue des associations de volontaires et des volontaires		55
3.3.1. Diversité des associations et des volontaires		55
3.3.2. Profil des volontaires par catégorie		56
3.3.3. Durée d'engagement et fréquence des prestations		57
3.3.4. Volontariat et croyances religieuses		58
3.3.5. Motivations à la pratique du volontariat		58
3.3.6. Difficultés rencontrées dans la pratique du volontariat		61
3.3.7. Freins à la pratique du volontariat		62
3.3.8. Incitations à la pratique du volontariat		63
3.3.9. L'expertise du volontaire dans le secteur des soins de santé		64
Synthèse		65
<b>CHAPITRE 4 :</b>		
<b>Perspectives et recommandations pour le volontariat dans le secteur des soins de santé</b>		<b>66</b>
Introduction		67
4.1. Quel paradigme comme grille de lecture du volontariat ?		68
4.2. Recommandations sur un plan politique		68
4.2.1. Améliorer les conditions d'exercice du volontariat		68
4.2.2. Favoriser l'émergence de nouvelles « vocations »		69
4.3. Les acteurs supra-organisationnels		70
4.3.1. Support aux organisations de soins		70
4.3.2. Travail au niveau du grand public et des (candidats) volontaires		71
4.3.3. Au niveau de la synchronisation entre les besoins des organisations de soins et la disponibilité offerte par les (candidats) volontaires		72
4.4. Les acteurs organisationnels		73
4.5. Les patients et les proches		75
Synthèse		76
<b>CONCLUSION GENERALE</b>		<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>79</b>
<b>ANNEXES</b>		<b>81</b>



# Introduction

La présente étude vise à comprendre les enjeux et les perspectives de développement du volontariat dans le secteur des soins de santé en Communauté française de Belgique<sup>1</sup>. Si bon nombre d'initiatives de qualité existent, aucune n'a eu pour vocation première de présenter et de comprendre ce volontariat, souvent si discret, dans le vaste univers des soins de santé, c'est-à-dire de la souffrance, de l'humilité, du bonheur et du malheur, de la vie et de la mort.

Le phénomène du volontariat concerne un grand nombre de personnes, d'activités, d'états, d'utilités, de motivations, d'organisations, de situations différentes. Au fil de nos rencontres, la palette n'a cessé de s'élargir, faisant état d'une multitude de petites et grandes tâches participant, notamment, à ce que le secteur de la santé appelle prudemment l'humanisation des soins et de lieux de soins.

Plutôt que de tenter de couvrir de manière exhaustive et probablement vaine cette très large diversité, nous avons choisi de rendre compte de cette richesse qu'est le volontariat grâce à de multiples rencontres et témoignages d'acteurs concernés. C'est également l'occasion de faire état des difficultés et obstacles qui freinent l'action volontaire, et de suggérer des pistes de réflexion ou de solution là où nous avons pu en déceler. La découverte de bonnes pratiques, que nous mettrons en évidence, suscite pour certaines organisations d'autres idées, d'autres solutions à leurs propres difficultés. Avec pour principal objectif de promouvoir le volontariat dans le secteur des soins de santé, nous serions heureux si cette étude pouvait contribuer d'une manière ou d'une autre à en servir la cause.

## Le document présenté s'articule en quatre grands chapitres :

- ... le premier chapitre a pour objectif de préciser ce que représente le secteur de la santé en Communautés française et germanophone, et de délimiter le cadre même de l'étude, faisant état de l'offre et de la consommation de soins de santé. Notons que les pratiques individuelles - comme le serait la médecine générale par exemple - sont exclues du champ de l'étude, celles-ci étant le fait d'individus et non d'organisations ;
- ... le deuxième chapitre fait référence au volontariat, à son histoire, à son développement juridique, à son poids socio-économique, à ses pratiques diverses, et à son développement actuel dans le secteur des soins de santé ;
- ... le troisième chapitre est consacré à l'expression des besoins, des motivations, des freins et des réalisations des acteurs concernés par le volontariat: les patients et proches de patients, les organisations de soins de santé, ainsi que les associations de volontaires et les volontaires eux-mêmes ;
- ... enfin, le quatrième et dernier chapitre vise à établir la synthèse des enseignements tirés de l'étude, et à en dégager les perspectives de développement pouvant être utiles à la promotion du volontariat et du mieux-être des patients.

Pour réaliser cette étude, nous avons privilégié une approche qualitative, faite d'entretiens d'acteurs concernés directement ou indirectement par le sujet. Comme énoncé ci-dessus, la quantification de l'action volontaire et, davantage encore, des besoins en la matière, très souvent latents, semble s'assimiler à une tâche utopique. Nous avons dès lors opté pour une méthodologie plus apte à nous guider vers une analyse en profondeur du volontariat, mettant en lumière ses réussites, ses avancées, ses difficultés et ses freins.

<sup>1</sup> Pour être tout à fait exact, l'étude porte sur la Communauté française de Belgique, ainsi que sur la Communauté germanophone, très largement bilingue, et située en Province de Liège.

Au cours des neuf mois d'étude sur le terrain menés en cette année 2007, nous avons rencontré près d'une centaine d'acteurs concernés parmi lesquels des volontaires, des patients, des proches, des membres d'associations volontaires, des professionnels de la santé, des représentants de directions hospitalières, de mutualités, de syndicats, d'universités, des ministères, de fédérations médico-sociales... La majorité de ces rencontres se sont faites en entretiens individuels face-à-face semi-dirigés, certaines en focus groupes, d'autres selon le schéma de tables-rondes. Les enseignements de ces rencontres sont diffusés tout au long de ce rapport, au gré des thèmes abordés.

Certes, quantité d'autres acteurs auraient pu être contactés, tant le tissu du volontariat est large, et la méthodologie riche d'enseignements. Nous avons toutefois tout mis en œuvre pour que cette richesse soit perceptible tout au long de ce document, et nous profitons de cette occasion pour remercier toutes les personnes qui, anonymement et gracieusement, ont contribué à cette étude.

L'étude s'appuie également sur de nombreuses sources secondaires externes : rapports d'études, articles scientifiques, articles de vulgarisation, statistiques officielles, données sectorielles, ouvrages traitant du volontariat, ...

Finalement, la présente étude s'appuie sur l'exploitation de deux bases de données. La première est une base de données de plusieurs milliers de patients interrogés en fin d'hospitalisation, dans le cadre d'études d'évaluation de la satisfaction du séjour hospitalier. Cette étude, développée par nos soins dans différents hôpitaux des Régions wallonne et bruxelloise, évalue notamment le degré de satisfaction des patients à l'égard de la présence et du contact avec des volontaires. La seconde base de données est issue de l'étude soutenue par la Loterie Nationale, et menée en 2007 sur « Les Belges et le Bénévolat ». Sur les données de cette enquête, nous avons sélectionné les personnes répondant strictement aux critères correspondant au cadre de l'étude afin d'en extraire l'information la plus pertinente en termes de connaissance du volontaire.

# CHAPITRE 1 :

## Le panorama du secteur des soins de santé vu à travers l'offre et la consommation de soins

### Introduction

Intuitivement bien défini et bien délimité, le secteur des soins de santé révèle toute sa complexité, sa diversité et ses frontières floues, lorsque l'on entreprend son analyse. Comprendre le secteur des soins de santé, c'est s'interroger sur le secteur plus vaste de la santé, et donc sur le concept de santé lui-même. Analyser le secteur des soins de santé, c'est inmanquablement poser des choix, parfois réducteurs, mais nécessaires pour rendre le travail opérant.

Ce premier chapitre vise à dresser le cadre général de la présente étude, en en définissant le contour. Qu'entendons-nous ici par secteur des soins de santé ? Quelles sont les organisations et les acteurs qui le composent ? Quelles sont leurs caractéristiques ? Quel poids ce secteur représente-t-il dans la vie et dans l'économie belge francophone ? Toutes ces questions doivent trouver réponse pour comprendre le contexte de la présente étude.

### 1.1. Le concept de santé

Le concept de santé étant un construit social, il ne peut être défini de manière absolue et universelle : la santé pour un Belge ne signifie pas la même chose que pour un Chinois, un Indien, un Américain ou un Sénégalais. Au sein d'une même culture, la conception de la santé peut également différer entre les individus, en fonction de critères variés comme l'âge, le genre, le niveau de revenu, l'occupation, l'appartenance socioculturelle ou le niveau d'instruction<sup>2</sup>. Ces critères influençant la représentation de la santé et de la maladie, ils affectent donc également les attentes et les comportements qui y sont associés.

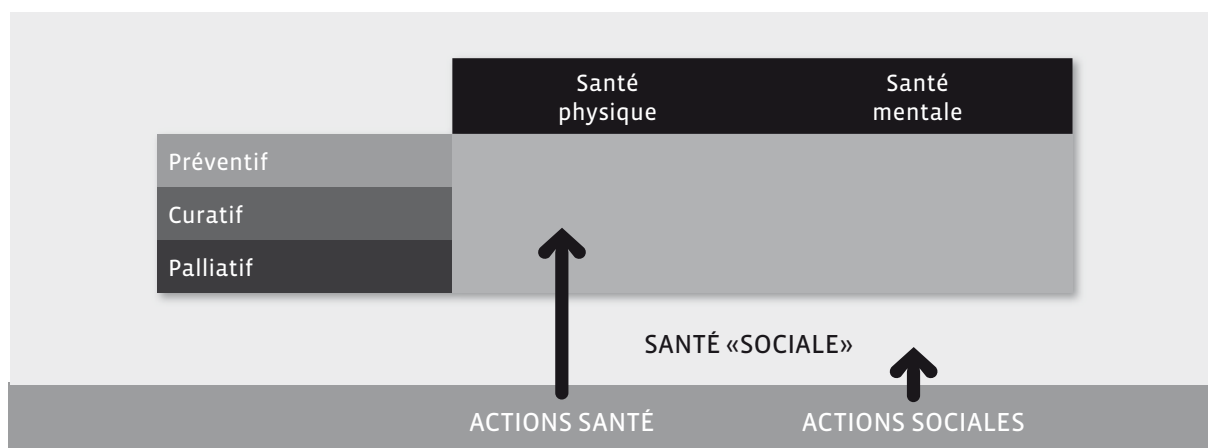
Dans un souci de proposer une vision globale et positive de la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé propose, en 1946, la définition suivante de la santé : « un état de complet bien-être, physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition a soulevé - et continue de soulever - de nombreuses critiques. Floue pour certains, utopique pour d'autres, elle s'apparenterait davantage selon ses détracteurs à un objectif irréaliste puisqu'elle classe, selon les pays étudiés, de 70 à 99% de la population comme n'étant pas en bonne santé.

Avec cette définition, l'OMS élargit le concept de la santé aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Il s'agit d'une vision globale, où l'individu est considéré comme acteur de ces dimensions. Il défend son existence physique et psychique propre, mais sa santé est aussi influencée par son existence micro et macro sociale, que ce soit sa famille, son travail, son lieu d'habitation, ... Au travers de cette définition, l'OMS reconnaît l'influence de l'environnement sur l'individu et sa santé. Les facteurs ne sont plus uniquement sanitaires, mais également psychologiques, culturels, démographiques, socio-économiques, voire politiques. La santé touche l'homme dans sa globalité.

<sup>2</sup>D'HOUTAUD A. et FIELD M.G., « The Image of Health Variations in Perception by Social Class in French Population », *Sociology of Health Illness*, Vol. 6, 1984, pp. 30-60.

## 1.2. De la conception de la santé de l'OMS au secteur de la santé

Dans le respect de cette définition, le secteur de la santé pourrait donc se schématiser comme suit :



Appréhendé dans ce sens large, le secteur de la santé recouvrirait donc l'ensemble des initiatives individuelles ou organisationnelles, visant à agir sur la santé physique, mentale et sociale des individus et des populations, tant sur un plan préventif que curatif ou palliatif. Le champ est donc extrêmement vaste, et englobe des acteurs aussi variés que le médecin traitant, les centres de prévention et d'éducation santé, les hôpitaux, les associations de lutte contre la précarité et les associations de défense de l'environnement. Nous le constatons, il engloberait ainsi toutes les initiatives que nous pourrions qualifier d'actions santé, couplées à l'ensemble de la sphère de l'action sociale.

## 1.3. Le secteur des soins de santé

En passant du secteur de la santé au secteur des soins de santé, nous posons à tout le moins deux restrictions par rapport à ce très vaste champ préalablement décrit :

1. la très large sphère de l'action sociale est exclue du champ, l'action santé étant appréhendée, tant sur un plan physique (santé physique) que mental (santé mentale) ;
2. l'accent est placé sur l'approche curative et palliative, par rapport à l'approche préventive de la santé ;

Si l'approche curative est par essence incluse dans le secteur des soins de santé, la question peut se poser pour les soins palliatifs, dont la mission est indubitablement plus large. La mention même du caractère des « soins » dans son appellation nous amène à l'inclure dans le secteur des soins de santé.

Pierre-Philippe Druet, philosophe, rappelait que la médecine palliative consiste non seulement en un ensemble de techniques, mais plus globalement, en une démarche humaine globale inspirée par la conviction de l'unité de l'homme, au cœur de laquelle se trouve le projet d'humanisation. Entre soins et présence, entre techniques et accompagnement, elle trouve tout son sens dans un travail sur le volontariat, et doit donc être incluse au champ d'analyse de la présente étude.

**Nous proposons donc d'appréhender dans la présente étude le secteur des soins de santé comme suit :**

Le secteur de la santé regroupe donc ici l'ensemble des actions individuelles structurées et organisées (le médecin traitant par exemple), ainsi que l'ensemble des actions organisationnelles, visant à agir sur la santé physique et/ou mentale dans une approche curative ou palliative.

Au vu du sujet même de l'étude, l'accent sera volontairement placé sur les acteurs organisationnels, et non sur les acteurs individuels organisés et structurés, le volontariat s'insérant le plus souvent dans une logique et un projet organisationnel. En outre, la portée géographique de l'étude se concentre sur les acteurs de la Région wallonne, ainsi que les acteurs francophones de la Région de Bruxelles-Capitale.



#### 1.4. Les catégories d'acteurs organisationnels du secteur des soins de santé

**Le Ministère Belge de la Santé Publique distingue six types d'établissements de soins, chacun ayant une offre de soins spécifique, une infrastructure, un fonctionnement et des mécanismes de financement propres. Il s'agit :**

- ... Des hôpitaux
- ... Des maisons de repos et de soins (les MRS)
- ... Des centres de soins de jour (les CSJ)
- ... Des maisons de soins psychiatriques (les MSP)
- ... Des habitations protégées (les HP)
- ... Des services d'urgence, reprenant les soins urgents spécialisés, la première prise en charge des urgences et les services mobiles d'urgence (ces derniers ne constituent pas nécessairement des établissements distincts et sont alors intégrés, le plus souvent, dans un établissement hospitalier aigu).

A cette liste, l'INAMI ajoute comme dispensateur de soins organisationnel les maisons médicales, les services intégrés de soins à domicile, et distingue spécifiquement les soins palliatifs, le plus souvent pris en charge par les structures hospitalières, mais pouvant être organisés sous forme ambulatoire ou résidentielle.

**Les grandes catégories d'acteurs organisationnels actifs dans le secteur des soins de santé, et dressant le cadre de la présente étude sont donc :**

- ... Les hôpitaux
- ... Les maisons de repos et de soins (les MRS)
- ... Les centres de soins de jour (les CSJ)
- ... Les maisons de soins psychiatriques (les MSP)
- ... Les habitations protégées (les HP)

- ... Les services d'urgence
- ... Les maisons médicales
- ... Les services intégrés de soins à domicile
- ... Les structures non-hospitalières de soins palliatifs.

Passons maintenant en revue l'ensemble de ces acteurs, en tentant notamment d'illustrer le poids important qu'ils représentent dans la société. Rares en effet sont les citoyens à n'avoir jamais poussé la porte de l'un de ses établissements, en tant que patient ou en tant que visiteur.

##### 1.4.1. Les hôpitaux

Lieu de naissance, de vie mais aussi de souffrance et de mort, l'hôpital se distingue de toutes les autres organisations. Si toutes tendent, d'une manière ou d'une autre, à la satisfaction des besoins de l'Homme, aucune d'elles n'y prétend de façon aussi directe et immédiate que l'hôpital. Aucune ne touche aussi fort à l'intimité du destinataire du service. Aucune n'entraîne une confrontation aussi directe - et parfois tragique - entre celui qui est dans le besoin et celui qui se charge d'y répondre.

L'hôpital est incontestablement l'organisation phare du secteur de soins de santé, celle à laquelle nous pensons spontanément lorsque nous cherchons à appréhender ce secteur. Ainsi, 10% de la population belge a vécu une hospitalisation classique durant l'année écoulée. En Région bruxelloise, c'est 11,2% de la population qui mentionne une hospitalisation classique endéans l'année, et 5,2% pour une hospitalisation de jour.

Ces chiffres s'élèvent respectivement à 9,7% et à 6,8% pour la Région wallonne<sup>3</sup>. Selon l'étude conduite par l'Institut Scientifique de la Santé Publique, 33,9% des personnes sondées à Bruxelles, et 26,0% en Région wallonne, disent n'avoir jamais été hospitalisées. Ce qui signifierait que plus de 2 habitants de ces régions sur 3 ont déjà subi une hospitalisation au cours de leur vie. Ces chiffres, qui ne tiennent pas compte du nombre de visiteurs qui quotidiennement, vont et viennent dans les hôpitaux, montrent bien l'importance de l'activité hospitalière pour les citoyens.

La population des personnes hospitalisées diffère de la population belge, certains groupes de personnes étant surreprésentés au sein de l'hôpital. Ainsi, par rapport à la population globale, la population des patients compte une proportion plus importante de personnes âgées, de personnes de faible niveau d'instruction, et de personnes habitant en milieu urbain.

En effet, l'observation des statistiques de consommation de soins au sein des hôpitaux<sup>4</sup> montre que le risque d'hospitalisation augmente avec l'âge en hospitalisation classique, cette observation n'étant pas de mise pour l'hospitalisation de jour. Ce dernier type d'hospitalisation s'adresse davantage à des personnes dont l'état de santé est globalement bon en dehors de la cause de l'admission et qui ne vivent pas seules ou ont davantage la possibilité d'être encadrées lors de leur retour à domicile. Notons également que si les hommes et les femmes ont globalement autant de chances d'être hospitalisés, dans la catégorie des 25-34 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à renseigner une hospitalisation classique, ce qui est naturellement lié aux admissions pour motif d'accouchement.

L'hôpital compte également dans sa patientèle davantage de personnes de faible niveau de littératie que dans la moyenne de la population. Concept développé pour compléter le concept d'alphabétisation, la littératie fait référence à la capacité de comprendre, d'utiliser et de traiter l'information écrite nécessaire pour bien fonctionner en société, réaliser des objectifs personnels, développer ses compétences et acquérir des connaissances. Le niveau de littératie est fortement corrélé avec le

niveau d'instruction, ce dernier critère étant lui-même associé au niveau de revenu. Les personnes à faible niveau de littératie ont donc un risque accru de se trouver en situation de précarité. Plusieurs études<sup>5</sup> ont mis en évidence le lien entre la littératie et l'état de santé, notamment en raison d'activités professionnelles davantage à risque, d'un mode de vie globalement moins sain ou encore d'une moins grande compliance au traitement en dehors des institutions de soins.

Si la variable d'âge a été discutée ci-dessus, il est intéressant de noter que le faible niveau de littératie est lui-même lié à l'âge. Ainsi, le nombre de personnes qui renseignent un diplôme inférieur est plus élevé chez les aînés, population davantage représentée dans la population des hospitalisations classiques. Ceci peut s'expliquer notamment par l'absence d'obligation scolaire jusqu'à 18 ans pour les aînés. Il serait toutefois réducteur de n'envisager cette variable que dans son association avec l'âge, car elle constitue indiscutablement une variable explicative propre, apportant un éclairage différent sur la population des patients hospitalisés.

Finalement, le pourcentage de personnes ayant vécu une hospitalisation classique dans l'année écoulée est sensiblement plus élevé, après correction des données suivant l'âge et le sexe, dans les villes que dans les zones semi-rurales. Cet écart est traditionnellement associé à une offre de soins supérieure dans les villes que dans les campagnes, en particulier de soins hospitaliers, ainsi qu'à la perte du rôle du médecin traitant dans les villes par rapport aux campagnes « plus traditionnelles ». Précisons cependant que l'écart entre la ville et la zone rurale n'est toutefois pas considéré comme significatif, de même qu'aucune différence significative n'est notée pour l'hospitalisation de jour.

Afin de compléter la description du secteur hospitalier, le lecteur pourra trouver en *annexe 1* les données relatives à l'offre hospitalière, en termes de nombre de sites et de nombres de lits, ventilées selon les régions et les provinces d'intérêt. La répartition du nombre total d'hôpitaux par types d'établissements (hôpitaux généraux, psychiatriques, ...) est également disponible.

<sup>3</sup> Source : Enquête de santé 2004, réalisée par l'Institut Scientifique de la Santé Publique

<sup>4</sup> Source : idem

<sup>5</sup> Citons p. ex. DE WALT D.A. et PIGNONE M.P., « The Role of Literacy in Health and Healthcare », *American Family Physician*, August 2005 ; PETCH E., RONSON B. et ROOTMAN I., *Rapport sur la littératie et la santé au Canada*, Publication de l'Institut de Recherche en Santé du Canada, 2004.

#### 1.4.2. Les maisons de repos et de soins

En général associées au dernier lieu de vie des personnes âgées, les maisons de repos et de soins jouent un rôle majeur dans la prise en charge de nos aînés. Pour les besoins de l'étude, il est important de distinguer les maisons de repos (MR) des maisons de repos et de soins (MRS).

Les maisons de repos sont des établissements qui peuvent être publics ou privés. Ils doivent être agréés par la Région (wallonne, bruxelloise), et s'adressent à des personnes de plus de 60 ans qui y résident de façon habituelle. Dans ces maisons de repos, le logement, mais aussi les services collectifs, les aides à la vie journalière et, si nécessaire, des soins légers sont organisés.

Les maisons de repos et de soins consistent, la plupart du temps, en un certain nombre de lits (de soins) intégrés dans une maison de repos. Ces lits sont réservés à des personnes fortement dépendantes ne nécessitant plus des soins aigus, mais à l'égard desquelles une garantie d'encadrement supérieur est assurée. Ces lits ont été développés en Belgique par la reconversion dans les années 80 de lits hospitaliers anciennement affectés à des longs séjours ne demandant pas de soins aigus.

*L'annexe 2 reprend une quantification de l'offre de maisons de repos et de soins en Wallonie et à Bruxelles.*

#### 1.4.3. Les centres de soins de jour

La loi définit le centre de soins de jour (CSJ) comme une structure alternative d'accueil ayant pour but d'apporter à la personne nécessitant des soins et à son entourage le soutien nécessaire à la réalisation du maintien à domicile. Il prend en charge, pendant la journée, des personnes nécessitant des soins, et relevant au moins de la catégorie B de l'échelle de Katz<sup>6</sup> utilisée dans les maisons de repos. Il doit répondre aux normes d'agrément des Communautés / Régions où il est implanté, et être agréé par les autorités compétentes.

Le centre de soins de jour est situé au sein d'une maison de repos ou au sein d'une maison de repos et de soins ou, s'il est autonome, doit être en liaison

fonctionnelle avec une maison de repos ou une maison de repos et de soins. Les personnes âgées de soixante ans au moins, étant en perte d'autonomie, y bénéficient de soins familiaux et ménagers et, au besoin, d'une prise en charge thérapeutique et sociale.

*L'annexe 3 reprend un tableau synthétique recensant le nombre de CSJ en Régions wallonne et bruxelloise.*

#### 1.4.4. Les maisons de soins psychiatriques

A ne pas confondre avec l'hôpital psychiatrique, repris dans les statistiques des hôpitaux, la maison de soins psychiatriques est une forme d'habitat collectif protégé pour des patients psychiatriques, considérés comme des résidents.

Les résidents sont stabilisés dans leur problématique. Cela signifie qu'ils ne nécessitent plus de traitement aigu à l'hôpital, mais qu'ils ne sont pas non plus à même de vivre de manière autonome ou de séjourner dans une autre collectivité. L'objectif du personnel n'est plus la guérison mais le maintien de conditions de vie quotidiennes agréables (encadrement et activités adaptés, présence médicale minimale). Ils ont encore un grand besoin de soutien et d'accompagnement pour leurs problèmes psychiatriques. Les résidents vivent dans différents groupes de vie. Dans les groupes de vie, l'accent est mis sur une atmosphère familiale. Le personnel s'engage à créer une vie la plus agréable possible. Les résidents prennent ainsi part à toutes les activités journalières. Ils sont encouragés à veiller eux-mêmes à leur hygiène et à leur tenue vestimentaire. En outre, différentes activités d'occupation et de détente sont proposées, tant collectivement qu'à titre individuel. Notons que la participation du patient est plus importante financièrement dans ces MSP.

Il y a actuellement 13 maisons de soins psychiatriques en Wallonie et 4 institutions à Bruxelles ; l'une d'elle étant présumée francophone, les trois autres étant présumées néerlandophones.

*L'annexe 4 détaille ces chiffres.*

<sup>6</sup>Catégorie B : y sont classés les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement (dépendants pour se laver et s'habiller, pour le transfert et les déplacements et/ou pour aller à la toilette) ou dépendants psychologiquement (désorientés dans le temps et dans l'espace, dépendants pour se laver et/ou pour aller à la toilette).



#### 1.4.5. Les habitations protégées

Les habitations protégées tendent à offrir un lieu de vie stable à des patients psychiatriques stabilisés ou à des personnes connaissant des difficultés psychiques ou personnelles. L'objectif du séjour sera de proposer un milieu de vie substitutif et transitoire pour « permettre à la personne de reprendre en main sa propre vie ». « Le séjour en HP est justifié aussi longtemps que la personne ne peut être totalement intégrée dans la vie sociale » (art. 2, 2, A.R. 10.07.1990).

Il y a actuellement 27 institutions en Wallonie et 16 institutions à Bruxelles ; 9 étant présumées francophones.

*L'annexe 5 propose un tableau détaillé de ces chiffres.*

Il faut noter que les soins psychiatriques (en dehors des services aigus hospitaliers qui ne traitent généralement ces patients que lors d'épisodes aigus de courte durée) constituent un réseau à part reprenant différents types de prises en charge. Ces différentes prises en charge sont d'ailleurs régulièrement associées sous un même pouvoir organisateur et s'adressent bien souvent aux mêmes patients qui peuvent aller de l'une à l'autre au cours de leur vie en fonction de leur état de santé.

#### 1.4.6. Les services d'urgence

**Les services d'urgence sont classifiés en trois catégories par le SPF Santé Publique :**

- ... Les soins urgents spécialisés
- ... La première prise en charge des urgences
- ... Les services mobiles d'urgence (SMUR).

**Les soins urgents spécialisés sont considérés comme une fonction d'hôpital, et consistent à préserver, stabiliser et restaurer les fonctions vitales d'un patient. Cette fonction vise à la prise en charge de toute personne qui s'y présente ou qui y est transportée, et dont l'état de santé requiert ou est susceptible de requérir des soins immédiats. Cette prise en charge comprend :**

- ... l'accueil ;
- ... les premiers soins et, le cas échéant, la préservation, la stabilisation et la restauration des fonctions vitales ;

- ... l'orientation diagnostique et thérapeutique ;
- ... le cas échéant, la première période d'observation nécessaire à l'orientation diagnostique et thérapeutique, qui ne peut être supérieure à 24 heures ;
- ... toutes les démarches nécessaires à la continuité des soins pour les patients hospitalisés ou non hospitalisés.

La Région de Bruxelles-Capitale compte 17 unités de soins urgents spécialisés, rattachées comme le prévoit la loi à des hôpitaux. La province du Hainaut en compte 23, la province de Liège 16, dont deux en Communauté Germanophone (Eupen et Saint-Vith), la province de Namur 6, et les provinces du Brabant Wallon et du Luxembourg chacune 4<sup>7</sup>, soit un total de 70 unités pour l'ensemble des Régions wallonne et bruxelloise.

Tout hôpital général ne disposant pas d'une fonction « soins urgents spécialisés », doit disposer d'une fonction « première prise en charge des urgences ». Cette fonction doit disposer d'un local distinct et clairement identifiable, dûment équipé, accessible aux patients ambulatoires et alités, qui soit situé à proximité de la zone d'accueil des ambulances, et être placé sous la surveillance permanente d'un préposé disposant des moyens permettant de faire un appel urgent à un médecin. Elle doit disposer au minimum de 3 lits de soins intensifs, adaptés à l'intensité de l'activité de la fonction et aux besoins des patients traités, sauf si l'hôpital dispose d'une fonction agréée de soins intensifs.

Le service mobile d'urgence et de réanimation, ou SMUR, est une équipe médicale mobile destinée à délivrer une aide médicale urgente lors d'un accident ou d'un malaise, ou bien à effectuer des transports entre hôpitaux (transports secondaires) lorsqu'un patient nécessite des soins ou une surveillance médicale. Lorsque le numéro 100 est appelé, le centraliste décide, en fonction de la situation qui lui est décrite, d'envoyer une ambulance avec ou sans SMUR. S'il décide l'envoi d'un SMUR, c'est celui de l'hôpital le plus proche qui est envoyé. Il arrive cependant que celui-ci soit déjà en mission : un SMUR plus éloigné et disponible prend alors le relais.

L'on dénombre 45 SMUR au total en Belgique francophone et germanophone. La Région de Bruxelles-Capitale comporte 6 services mobiles d'urgence et de réanimation, dont un appartient à un hôpital présumé néerlandophone, les 5 autres appartenant à des hôpitaux présumés bilingues. La province du

<sup>7</sup>Source: SPF Santé Publique – situation au 15/12/2006



Hainaut compte 18 SMUR, répartis sur l'ensemble du vaste territoire de la province. La Province de Liège compte 10 SMUR, deux étant rattachés à la Communauté germanophone (Eupen et Saint-Vith). Les provinces du Brabant Wallon, de Namur et du Luxembourg comptent chacune 4 SMUR<sup>8</sup>.

#### 1.4.7. Les maisons médicales

Comme le définit la Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophone, les maisons médicales sont insérées dans des quartiers, dispensant des soins de santé primaires, continus, polyvalents et accessibles à toute la population. Leurs actions visent à une approche globale et intégrée de la santé, s'appuyant sur une dynamique de participation communautaire et sur un travail d'éducation à la santé. Ces maisons médicales ont la particularité d'être toujours des initiatives de type privé, spontanées, sans aucun lien structurel avec les instances communales, provinciales ou politiques. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires de petites dimensions, ainsi que des soins intégrés (curatifs, préventifs, de réhabilitation) et globaux (prenant en compte tous les aspects de la pathologie tant médicale que sociale, économique ou psychologique).

#### Les services offerts au sein des maisons médicales sont<sup>9</sup>:

- ... des soins (consultations et visites) dans toutes les disciplines de la médecine de famille : médecins généralistes, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, l'abord des problèmes psychosociaux
- ... une garde médicale 24 h/24
- ... un accueil
- ... un suivi préventif
- ... des actions d'éducation à la santé
- ... des activités de santé communautaire

Contrairement aux institutions décrites ci-avant, les maisons médicales fonctionnent donc davantage selon la logique de la médecine générale, même si des prises en charge plus spécifiques peuvent s'y établir, comme de la kinésithérapie par exemple. Elles ne sont pas reprises en tant que telles par le SPF Santé Publique comme des organisations de soins de santé. L'INAMI les considère néanmoins comme dispensateurs de soins organisationnels, raison pour laquelle elles sont présentées ici.

La Fédération des Maisons Médicales et Collectives de Santé Francophone compte un total de 68

maisons. Elle recense dans son annuaire 33 établissements à Bruxelles, 19 en Province de Liège, 10 en Province du Hainaut, et 2 établissements en Brabant Wallon, en Province du Luxembourg, et en Province de Namur. Contactées sur ce point, la fédération ne peut cependant pas garantir l'exhaustivité de ces chiffres, certaines maisons médicales n'étant pas affiliées à la fédération.

#### 1.4.8. Les services intégrés de soins à domicile

L'objectif des centres d'aide et de soins à domicile (ASD) est « d'apporter aux personnes âgées, malades ou handicapées ainsi qu'à tous ceux dont l'autonomie est réduite, mais qui souhaitent rester chez eux, toute l'aide dont ils ont besoin et d'augmenter leur qualité de vie via une réponse globale continue et pluridisciplinaire »<sup>10</sup>.

Comme leur nom l'indique, ces organismes visent à apporter à la personne dans le besoin une offre d'aide et de soins, visant le maintien au domicile. Contrairement aux institutions décrites ci-avant, ce n'est donc plus ici le patient ou le malade qui vient au soin, mais les soins qui vont à son destinataire, de manière durable - chez la personne âgée par exemple - ou de manière plus ponctuelle, suite à un séjour court à l'hôpital nécessitant des soins post-hospitalisations temporaires ou lors d'une hospitalisation à domicile.

Une trentaine de ces centres d'aide et de soins à domicile sont regroupés autour de leur fédération<sup>11</sup>, ce qui représente selon cette source 3.500 professionnels pour accompagner 300.000 personnes en Wallonie, à Bruxelles et en Communauté germanophone.

#### 1.4.9. Les structures non-hospitalières de soins palliatifs

Les soins palliatifs assurent au malade en fin de vie - et à sa famille - la meilleure qualité de vie et la plus grande autonomie possible.

La prise en charge des patients en fin de vie peut prendre place en différents lieux. A l'hôpital d'abord, il existe essentiellement deux initiatives de soins palliatifs : les unités résidentielles de soins palliatifs et les équipes mobiles. Comme le développe le site d'information sur les soins palliatifs<sup>12</sup>, les unités résidentielles de soins palliatifs sont intégrées à l'hôpital et comptent un nombre de lits limité.

<sup>8</sup> Source : idem

<sup>9</sup> Source : Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones

<sup>10</sup> et <sup>11</sup> : Fédération Aide et Soins à Domicile (FASD)

<sup>12</sup> La section ci-dessous se base sur les informations disponibles sur le site [www.palliatifs.be](http://www.palliatifs.be)

Une équipe pluridisciplinaire, composée d'infirmier(e)s, de médecins, de psychologues, de kinésithérapeutes,... particulièrement formés en soins palliatifs, sont présents au côté des patients et de leur famille. Ces unités sont ouvertes aux patients en fin de vie pour lesquels la prise en charge n'est possible ni à domicile ni dans un autre service hospitalier. Elles peuvent aussi accueillir un patient de façon temporaire pour la mise au point d'un traitement, en cas d'épuisement de l'entourage ou en l'absence de famille. Dans ces unités, la famille et les proches sont également accompagnés. Leur présence auprès du patient peut être permanente. Les soins palliatifs trouvent également leur place en hôpital sous la forme d'« équipes mobiles », encore appelées fonctions palliatives intra hospitalières. Ces équipes - constituées d'infirmier(e)s, de médecins, de psychologues, d'assistants sociaux, ... - se déplacent dans les différents services de l'hôpital en réponse aux besoins des patients et de leurs proches. Leur mission consiste à soutenir les équipes dans le traitement et la prise en charge des patients de l'hôpital en phase palliative.

**A côté de cette prise en charge en structure hospitalière, le patient et ses proches peuvent bénéficier d'une prise en charge :**

- ... à domicile ;
- ... en MR-MRS ;
- ... ou encore de manière ambulatoire, en centre de jour.

Mourir chez soi est le souhait exprimé par la plupart. C'est ainsi que des « équipes de soutien à domicile » ont vu le jour. Conformément à la philosophie des soins palliatifs, ces équipes sont pluridisciplinaires (médecin, infirmier(e)s et, éventuellement, psychologue, paramédicaux et volontaires), et n'interviennent qu'avec l'accord du médecin traitant, qui est la personne référente pour le maintien à domicile. L'équipe peut donner des informations sur le traitement de la douleur, sur la lutte contre différents symptômes, ... Elle peut également proposer l'utilisation de divers dispositifs spécialisés et informer sur les possibilités d'achat ou d'emprunt de ce type de matériel. Élément important de leur travail : l'équipe apporte un soutien psychologique

et moral au patient, à son entourage et aux soignants du domicile. Il est à noter que l'intervention de l'équipe est totalement gratuite pour le patient et sa famille.

Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins constituent le dernier domicile de nombreuses personnes âgées. La plupart des personnes qui y sont accueillies y finiront leur vie. Beaucoup d'établissements ont par conséquent développé une prise en charge spécifique pour leurs résidents en fin de vie. Actuellement, les équipes de soutien - qui se rendent au domicile des patients en fin de vie - peuvent également intervenir dans les petites maisons de repos.

**Le centre de jour peut accueillir en journée des patients en situation palliative, maintenus à leur domicile, atteints de maladies actives, progressives et fortement avancées pour lesquelles le pronostic est limité, et pour lesquelles les soins se focalisent sur la qualité de vie. En partenariat étroit avec les médecins traitants et les autres soignants, le centre de jour vise à :**

- ... soulager les familles dans leurs efforts de prise en charge l'espace d'une ou deux journées par semaine, et ainsi les soutenir et les encourager ;
- ... améliorer le bien-être des malades en proposant un cadre de vie chaleureux et humain, ainsi que des activités et de nouvelles relations épanouissantes ;
- ... favoriser une collaboration entre les soignants.

### **1.5. Le secteur des soins de santé en Belgique : quelques ordres de grandeur**

Les dépenses totales liées aux soins de santé ne cessent d'augmenter, suscitant inquiétudes auprès de tous et politiques de rationalisation budgétaire. Représentant 8,2% du PIB en 1995, ce chiffre atteignait 10,3%<sup>33</sup> dix ans plus tard, traduisant cette hausse qui positionne notre pays dans la moyenne supérieure des pays de l'Union Européenne. Cette croissance affecte parallèlement la part du budget de l'Etat consacré aux soins de santé (de 6,5% en 1995 à 7,4% en 2005), ainsi que les dépenses privées<sup>34</sup> en la matière (de 1,8% en 1995 à 2,8% en 2005).

<sup>33</sup>Source : OECD Health Data, 2006

<sup>34</sup>Par dépenses privées, on entend les participations financières non à charge de l'Etat, mais à charge des patients ou liées, par exemple, aux assurances complémentaires de groupe, individuelles ou de mutuelle.

Le taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques totales en matière de soins de santé demeure supérieur au taux de croissance économique annuel moyen. Il semble l'être encore davantage pour la part des dépenses privées. Par conséquent, cette tendance à la hausse ressentie par l'acteur étatique comme par les citoyens et les organismes partenaires, met une pression forte sur les organisations et sur l'ensemble du système de soins de santé, visant en permanence une recherche accrue d'efficacité et d'efficience, dans un contexte de luttes concurrentielles toujours plus présentes dans une ère de rationalisation des moyens.

Cette croissance est partagée par de nombreux pays, influencée notamment par le vieillissement de la population et les besoins sanitaires qui l'accompagnent, le développement de nouvelles technologies et thérapies, l'évolution des coûts associés, ainsi que l'expression croissante des attentes des patients à l'égard du système de santé. Autant que possible, l'Etat tente de contrôler cette évolution, soulignant la tension existant, d'une part, entre une logique des besoins exprimés par les patients pour lesquels la santé n'a pas de prix et, d'autre part, une logique de moyens pour laquelle la santé a un coût nécessitant une obligatoire gestion de l'offre et des dépenses associées.

Pour notre pays, avoir un système de soins de santé aussi développé et en principe accessible à tout le monde, a donc forcément un coût élevé qui se traduit dans cette quote-part significative du secteur dans le budget national et par les discussions clés qui l'entourent. L'objectif du budget des soins de santé en Belgique pour 2007 est fixé à 19,6 milliards d'Euros<sup>25</sup> et 21,4 milliards d'Euros pour 2008. La quote-part à charge du patient est passée quant à elle de 1,46 milliards en 2003 à 1,6 milliards deux ans plus tard, traduisant également une hausse importante des dépenses de soins de santé à charge des ménages. Une étude des Mutualités Chrétiennes a montré qu'entre 1998 et 2004, la somme moyenne que doit personnellement déboursier le patient pour un séjour d'au moins une nuit a connu une augmentation de 41%<sup>26</sup>.

Parmi les différentes catégories de prestations et/ou de dispensateurs de soins, 20,5% des dépenses annuelles de tous les organismes assureurs (soit un peu plus de 4 milliards) ont été affectés aux hospitalisations, 11,4% (soit 2,23 milliards) aux autres séjours, 30,1% aux médecins (soit 5,9 milliards), et 4,4% (soit 865 millions) aux infirmières à domicile, le solde se répartissant entre les dentistes, les kinés, les frais de pharmacie, les paramédicaux et le maximum à facturer. Il faut comprendre que ces parts sont fortement influencées par le niveau de l'intervention de l'INAMI dans les différents types de soins : les chiffres des dépenses totales (patients et INAMI) donnent des parts relatives encore différentes.

Si le secteur de la santé représente un poids économique important en termes budgétaires, il l'est également en termes d'emploi. Ainsi, les secteurs de la santé et de l'action sociale emploient actuellement 516.669 personnes en Belgique (39.185 personnes en Région bruxelloise, 317.090 en Région flamande et 160.394 en Région wallonne)<sup>27</sup>. Toutes ne sont certes pas employées dans les organisations de soins décrites ci-avant et une ventilation serait nécessaire entre le secteur de la santé et celui de l'action sociale, mais ces chiffres démontrent, si besoin en est, l'importance de ce vaste secteur.

Les statistiques de l'INAMI recensent pour leur part 175.950 personnes dispensatrices de soins en Belgique en 2006<sup>28</sup>. Parmi ces chiffres figurent 38.028 médecins, répartis en 18.027 médecins généralistes et 20.801 médecins spécialisés. Le nombre d'infirmier(e)s s'élève quant à lui à 65.952, faisant de cette catégorie professionnelle la catégorie plus représentée au sein des dispensateurs de soins.

Si, parmi ces 175.950 personnes, toutes ne sont pas actives uniquement dans les organisations de soins, mais également en consultation externe par exemple, il faut aussi noter que les organisations de soins comptent une part significative de leur personnel - tout le personnel non soignant - qui n'est pas reprise dans ces statistiques et qui vient accroître le volume total d'emplois du secteur.

<sup>25</sup>Source : Statistiques de l'INAMI

<sup>26</sup>Source : Mutualités Chrétiennes – Rapport thématique sur « L'évolution des dépenses de soins de santé en Belgique »

<sup>27</sup>Source : Enquête sur les forces de travail 2005, Institut National de Statistiques

<sup>28</sup>Source : Statistiques de l'INAMI, chiffres reprenant les inscrits à l'INAMI pour l'année 2006

L'objectif du présent chapitre a été de dresser le cadre de l'étude et d'offrir un descriptif succinct des organisations de soins de santé dans lesquelles l'action volontaire peut s'organiser. Il a permis de mettre en évidence l'importance du secteur des soins de santé - et de l'hôpital en particulier - pour les citoyens, que ce soit en termes budgétaires, d'emplois, mais aussi en termes du grand nombre de personnes prises en charge, et du plus grand nombre encore d'accompagnants ou de proches concernés. Rares en effet sont ceux qui, de près ou de loin, n'ont jamais été confrontés à une institution de soins, en tant que bénéficiaires directs de ces soins, ou en tant que visiteurs. En ce sens, l'action volontaire au sein de ces organisations est susceptible d'avoir un impact important sur la société, à travers le très nombreux public qui fréquente ces organisations, ce qui vient également renforcer son intérêt en tant qu'objet d'étude.

# CHAPITRE 2 :

## Volontaire dans le secteur des soins de santé, parent pauvre ?

### Introduction

Dans ce chapitre, nous dressons un tableau du volontariat dans ses perspectives historique, juridique et socio-économique, avec une attention plus particulière pour le secteur des soins de santé. Il est utile de préciser la difficulté associée au recensement et à la comptabilisation des activités de volontariat dans leur ensemble, même dans nos pays « surinformés ». C'est certes pour le volontariat signe d'une grande richesse humaine, difficilement exprimable sur le plan simplement quantitatif qu'il serait très réducteur de limiter à de simples considérations macro-économiques. Mais c'est également le signe des moyens encore trop faibles alloués à ce type d'activités, signe aussi que ce qui ne se mesure pas, ne compte pas... ou pas assez.

Il serait cependant erroné de dire qu'aucune donnée ou information n'existe à propos du volontariat, loin s'en faut. De plus en plus de recherches lui sont dédiées et, d'année en année, des précisions apparaissent décrivant les secteurs du volontariat sur le plan socio-économique, concernant son cadre légal, mettant en perspective des comparaisons internationales,... Les dimensions psychosociologiques du volontariat sont également devenues sources d'investigation éclairantes sur les pratiques du volontaire. Nous allons donc dans les pages qui suivent en proposer certains aspects utiles à la compréhension du secteur.

### 2.1. Bref aperçu de l'évolution du volontariat

La notion de volontariat est ancienne, les statuts juridiques sont eux assez récents. Ceci amène l'idée d'une période « avant-loi » et d'une période « après-loi », qui est à son commencement, nous plaçant actuellement dans une période de transition, comme le dit Aline Vidalie<sup>29</sup> (2007). Voici un résumé succinct de ce qui a jalonné le développement du volontariat en Belgique. Cette section ne vise pas à énumérer toutes les initiatives volontaires qui auraient pu s'ériger en autant de pierres fondatrices du mouvement volontaire, initiatives progressivement de plus en plus présentes au fil du 20<sup>ème</sup> siècle depuis l'entre-deux guerres, mais bien de réfléchir quelques instants au fondement même de son évolution à l'échelle d'une société en constante mutation.

Le volontariat au sens de l'aide exercée sans rétribution ni obligation auprès d'une ou plusieurs autres personnes, a en réalité toujours existé. Son sens premier et spontané, reposant sur la dynamique du don, fait partie inhérente de l'humanité.

Il est intéressant de mentionner l'origine cléricale du développement des activités bénévoles dans nos contrées. Ainsi, les frères et sœurs organisaient les services de santé à la population en mal de structures d'accueil et de soins, au nom des croyances et des valeurs qu'ils défendaient. C'était l'action dite charitable, qui a traversé les âges avec une importance plus ou moins forte en fonction de la position de l'Eglise dans la société, des besoins de la population et des moyens disponibles d'une époque à l'autre, jusqu'à ce jour.

D'une autre nature, nul n'ignore aujourd'hui l'existence de la Croix-Rouge, dont la création, par Henri Dunant, remonte au 19<sup>ème</sup> siècle, en 1864 exactement, suite aux préoccupations du sort des soldats et blessés pendant les guerres Napoléoniennes. Elle est devenue aujourd'hui la plus grande organisation humanitaire du monde, se veut apolitique, sans restriction de culture, de langue ou de religion.

<sup>29</sup>Source : [www.enviedagir.fr](http://www.enviedagir.fr), articles rédigés par Aline VIDALIE (2007)

Il s'agit de la première organisation neutre, indépendante et reconnue, pouvant être à l'origine du mouvement volontaire que nous connaissons au sens légal du 21<sup>ème</sup> siècle. Elle est le symbole de l'action humaine organisée au profit d'autrui, au départ d'une initiative spontanée, en vue de répondre à un besoin non couvert par la sphère étatique ou marchande.

Actuellement, ces valeurs transmises dans nos sociétés occidentales, dites développées, ne s'érigent plus que rarement au nom même du clergé. Aujourd'hui, comme le dit Pascal Dreyer<sup>20</sup>(2006), à l'exception des personnes dont l'engagement bénévole tient à leur foi, la majorité des volontaires se tiennent éloignés des représentations religieuses de la générosité, pour exprimer le don qu'ils font d'eux-mêmes.

Ainsi, la société contemporaine a intégré cette valeur du don de soi et de l'action bénévole, de manière idéaliste parfois, tout en cherchant à l'organiser, à la structurer, pour arriver aujourd'hui à la légiférer, permettant aux uns et aux autres de s'entendre sur des règles, des codes et des procédures, visant à offrir un cadre partagé par l'ensemble des acteurs concernés, avec tous les avantages et inconvénients qui l'entourent. Au fur et à mesure de l'emprise structurelle et organisationnelle sur la vie en société, le volontariat s'est, lui aussi, donné des codes et s'est structuré, reflétant le monde et les contraintes qui l'habitent.

## 2.2. La loi sur le volontariat et la définition du volontaire

Les organes législateurs belges se sont penchés sur la vie associative dans son ensemble dans le courant des années nonante. Il en est sorti plusieurs lois déterminantes à propos des activités des associations et des rôles de leurs membres et des volontaires dans les années qui ont suivi. Nous évoquerons principalement celle touchant au statut du volontaire, tout en évoquant brièvement la réforme juridique imposée aux ASBL.

Selon la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires<sup>21</sup>, et implicitement à ses devoirs, modifiée par les lois du 27 décembre 2005, du 7 mars et du 19 juillet 2006 et entrée partiellement en application le 1er août 2006, on entend par volontariat, toute activité :

- a) qui est exercée sans rétribution, ni obligation ;
- b) qui est exercée au profit d'une ou de plusieurs personnes autres que celle qui exerce l'activité, d'un groupe ou d'une organisation ou encore de la collectivité dans son ensemble ;
- c) qui est organisée par une organisation autre que le cadre familial ou privé de celui qui exerce l'activité ;
- d) et qui n'est pas exercée par la même personne et pour la même organisation dans le cadre d'un contrat de travail, d'un contrat de services ou d'une désignation statutaire.

Depuis cette année, le volet « assurance et responsabilité » des volontaires accompagnant cette loi est également d'application. En résumé, ce volet stipule que chaque organisation est tenue pour responsable des dommages causés par le volontaire à des tiers dans l'exercice d'activités volontaires, sauf en cas de dol ou de faute grave du volontaire, auquel cas ce dernier est responsable. En conséquence de quoi, l'organisation contracte une assurance afin de couvrir les risques liés au volontariat<sup>22</sup>.

La loi précise que le volontaire est toute personne physique qui exerce une activité visée par la définition du volontariat exprimée ci-dessus. La dite définition implique de délimiter davantage le rôle du volontaire de ce qu'était, auparavant, le bénévole.

### Ainsi, comme le précise Eva Hambach dans la publication de la Fondation Roi Baudouin relative à la loi sur le volontariat (2006) :

- ... il faut donc produire quelque chose pendant son temps libre, et non le consommer à titre de loisirs ;
- ... aucune rémunération ne peut être proposée, seul un défraiement est possible sur base de frais encourus ;
- ... il ne peut y avoir aucune forme de contrainte ou d'obligation à l'engagement ;
- ... les prestations ne peuvent être destinées pour la personne elle-même, mais elles doivent être effectuées au service d'un groupe, d'une organisation ou de la collectivité ;
- ... une organisation ne peut utiliser comme volontaire quelqu'un qui est déjà sous contrat de travail ou contrat de services, ou qui aurait une désignation statutaire pour cette même activité ;
- ... les activités doivent se dérouler au sein même

<sup>20</sup> DREYER P., Etre bénévole aujourd'hui, Editions Marabout, 2006

<sup>21</sup> HAMBACH E., La loi sur le volontariat : questions pratiques, Publication de la Fondation Roi Baudouin, 2006

<sup>22</sup> Source : Service Public Fédéral (2007).



d'une organisation, c'est-à-dire au sein d'un groupe de personnes qui s'associent en dehors du cadre familial ou privé, et qui, de plus, ne cherchent pas à faire de profit.

Ce dernier point est très important dans le cadre de la santé, car il exclut tout le volet des soins informels du cadre du volontariat, c'est-à-dire les soins prodigués par des proches (familles, amis,...) à une personne rencontrant un problème de santé, bien souvent de longue durée.

Comme le dit Vincent Gengler<sup>23</sup>, Président de la plate-forme francophone du volontariat, le premier mérite de la loi est d'assurer une reconnaissance du volontariat. La loi vise ainsi à délimiter rigoureusement le statut du volontaire et, ainsi, à le protéger face à d'éventuels abus, souhaitant promouvoir le sens de l'action volontaire en apportant une plus-value à la société, sans recherche de profit, et à placer les associations et les volontaires devant des responsabilités nouvellement précisées.

Les associations ont également connu une réforme en profondeur avec la loi du 1er juillet 2003, en vigueur depuis le 1er janvier 2006, apportant de nombreux changements et des conditions strictes d'activité et de publication. Cette réforme, nécessaire sur le plan de l'harmonisation et de la coordination des statuts, des droits et des devoirs, a imposé davantage de rigueur dans l'exercice de la vie associative, tout en veillant à bien la distinguer des activités commerciales.

Bien que le sens de cette réforme semble avoir été compris, sa réalisation s'est avérée plus complexe, pour preuve l'année de délai supplémentaire accordée par la Ministre de la Justice de l'époque pour permettre aux uns et aux autres d'entrer dans cette nouvelle forme. Mais qu'en est-il de toutes les ASBL dont la pérennité a été mise en danger par l'arrivée de nouvelles règles et de nouveaux statuts ?

## **2.3. Panorama socio-économique du volontariat en Belgique et dans le secteur de la santé**

### **2.3.1. Estimations générales**

Quantifier l'action du volontariat est à l'heure actuelle encore très complexe, tant les sources se croisent, à l'aube de l'application des nouvelles

lois en vigueur dans le secteur. Nous sommes en « zone grise », sorte de période transitoire dans l'histoire du volontariat, et toutes les tentatives de quantification du poids socio-économique du volontariat sont faites d'hypothèses, comme l'exprime Sybille Mertens, titulaire de la Chaire Cera du Centre d'Economie Sociale de l'Université de Liège. Quelques 120.000 associations ont été recensées en Belgique en 2004 dont une part non négligeable ne serait plus réellement active. La loi sur les associations et la volonté de les inscrire dans davantage de formalisme devraient permettre d'aller vers un recensement plus proche de l'activité réelle d'ici quelques années, même si cela ne se fera pas sans difficulté, ni sans un certain temps d'adaptation. Par ailleurs, cela ne signifie pas pour autant qu'il sera possible de dénombrer précisément les volontaires, public non employé par ces mêmes associations. Nous le comprenons, la quantification générale est délicate, elle le sera tout autant au niveau sectoriel. Des tentatives d'estimation permettent d'esquisser le poids du volontariat en Belgique.

Selon une étude de Survey & Action remontant à 1995, il y avait 1,5 millions de bénévoles en Belgique à cette époque. Plus près de nous, la Ligue des Familles publie dans un de ses derniers numéros<sup>24</sup> le chiffre d'un citoyen sur 6. En 2006, Dominique Thierry<sup>25</sup>, vice-président de France Bénévolat, parle d'un Belge de plus de 19 ans sur cinq. En réalité, aucun recensement exact n'a été fait.

Selon une étude menée par l'Université de Liège<sup>26</sup>, le bénévolat en 2001 représentait hors réseau scolaire libre et associations sans aucun emploi rémunéré en leur sein, 1.166.147 bénévoles, soit l'équivalent de 140 millions d'heures de travail sur une année, soit en unités d'emploi 76.259 Equivalent Temps Plein, bien que ces prestations soient difficilement transposables en considérations purement économiques.

Bien que déjà précise quant aux informations fournies, cette étude est limitée par la restriction apportée au champ d'observation, à savoir l'exclusion du réseau scolaire libre et des associations sans emploi rémunéré. Et il est raisonnable de penser que ces deux restrictions comptent un nombre conséquent de volontaires. Pour tenter de contourner ces faiblesses, l'Institut de Développement Durable<sup>27</sup> (2004) a utilisé les résultats de l'Enquête sur l'emploi du temps de l'Institut National de Statistiques.

<sup>23</sup>Source : En Marche, périodique des Mutualités Chrétiennes, septembre 2006.

<sup>24</sup>Source : Le Ligueur, juin 2007.

<sup>25</sup>THIERRY D., Le bénévolat en Belgique, France Bénévolat, 2006.

<sup>26</sup>DEFOURNY J. et DEVELTERE P., Le secteur associatif en Belgique. Une analyse quantitative et qualitative, Fondation Roi Baudouin, 2005.

<sup>27</sup>Source : Institut de Développement Durable, "Capital Social et Bénévolat - Indicateurs pour un développement durable", n°2004-4, 2004.

Le tableau ci-dessous fait état, pour la population totale, de 29h de bénévolat en moyenne par habitant et par an. Les hommes sont davantage actifs que les femmes, les Wallons davantage que les Flamands, et les sans-emplois ont des activités d'engagements bénévoles en moyenne plus élevées que les travailleurs à temps plein et beaucoup plus élevées que les travailleurs à temps partiel.

<b>HEURES D'ENGAGEMENT SOCIAL BÉNÉVOLE PAR</b>			
	<b>TOTAL</b>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
Population totale	29	36	22
Flamands	26	31	21
Wallons	38	49	26
Temps plein	26	34	10
Temps partiel	14	16	14
Sans emploi	38	31	43

Source : Institut de Développement Durable, « Capital Social et Bénévolat », 2004

En considérant les activités de bénévolat, cette nouvelle comptabilisation estime l'engagement social à 150.000 Equivalent Temps plein en Belgique, ce qui représente près du double de l'estimation publiée par la Fondation Roi Baudouin. On le constate, l'application de frontières autour de l'activité des volontaires au sens strict, tend à réduire l'ampleur de ce mouvement de générosité qui anime un pays tout entier.

### 2.3.2. Répartition du bénévolat par branche d'activité

65% des associations belges auraient moins de 20 bénévoles alors que 10% d'entre elles en compteraient plus de 100 (Thierry, 2006). Mais dans quelles branches sont-ils actifs ? Selon l'étude sur le secteur associatif en Belgique (2005), la répartition du bénévolat mesuré en ETP dans le secteur associatif, à l'exclusion du réseau scolaire libre et des associations sans emploi rémunéré, est très largement dominée par la culture, les sports et les loisirs (69,7%). L'action sociale compte pour 11,6% de cette répartition, un peu moins que les activités résiduelles (16,7%) dans lesquelles on retrouve notamment la défense des droits, des intérêts et des convictions. Le secteur de la santé représente seulement 1,5% de cette mesure comparative, soit 1143 ETP, soit encore 46 fois moins que la culture, les sports et les loisirs. L'éducation et la recherche occupent quant à elles 0,5%, ce chiffre étant tronqué par les limites du champ d'observation.

Par comparaison, en Australie et au Canada, où le bénévolat est mesuré dans toutes les associations, les répartitions entre ces activités sont différentes et tendent à placer la part du bénévolat dans le secteur de la santé en dernière position, tout en diminuant l'écart pouvant exister entre deux branches d'activités différentes. Ainsi pour les 3 pays mentionnés, la répartition figure dans le tableau suivant :

	<b>Australie<sup>(1)</sup></b>	<b>Canada<sup>(1)</sup></b>	<b>Belgique<sup>(2)</sup></b>
1. Culture, sports et loisirs	24,4%	25,9%	69,7%
2. Education et recherche	9,7%	10,6%	0,5%
3. Santé	5,2%	9,2%	1,5%
4. Action sociale	31,0%	20,4%	11,6%
5. Branche résiduelle	29,7%	34,0%	16,7%
<b>Total en ETP</b>	<b>285.000</b>	<b>538.907</b>	<b>76.259</b>
<b>Taille de la population</b>	<b>20,8 millions</b>	<b>31,6 millions</b>	<b>10,6 millions</b>

Source : Le secteur associatif en Belgique, une analyse quantitative et qualitative, Fondation Roi Baudouin (2005)

(1) Le bénévolat est mesuré dans toutes les associations

(2) Le bénévolat est mesuré dans les associations couvertes par les comptes satellites, c'est-à-dire les associations qui emploient des travailleurs salariés, à l'exclusion des établissements scolaires du réseau de l'enseignement libre



### 2.3.3. Comparaisons internationales

Si la comparaison entre la Belgique et les deux autres pays n'est pas réalisable telle quelle, l'estimation du nombre de bénévoles à 150.000 ETP en Belgique, renseignée par l'Institut du Développement Durable, peut nous aider dans une comparaison internationale avec ces deux pays anglo-saxons. Comparativement avec une population deux fois plus nombreuse pour l'Australie et trois fois plus nombreuse pour le Canada, l'engagement volontaire en Belgique serait assez similaire à l'engagement en Australie, tout en demeurant moindre qu'au Canada. Des chiffres de recensement au Royaume-Uni font état de 48% de la population engagée dans du bénévolat, soit 22 millions de personnes en 2007.

Solomon et Sokolowski (2001)<sup>28</sup> font quant à eux état d'une comparaison internationale du secteur sans but lucratif, basée sur des chiffres identifiés dans les années nonante dans différents pays du monde, dont l'Europe et les Etats-Unis. Selon cette source, le nombre de bénévoles en ETP en Belgique est de 99.100 ETP, nombre se situant entre les deux sources mentionnées ci-dessus. Le tableau ci-après fait état du nombre de bénévoles par pays en ETP, le nombre de bénévoles pour 1.000 habitants et du rapport bénévoles/salariés dans le secteur sans but lucratif.

PAYS	Bénévoles ETP (en milliers)	Bénévoles ETP pour 1000 habitants	Salariées ETP (en milliers)	Bénévoles ETP Salariés ETP
Belgique	99,1	9,8	357,8	0,28
Allemagne	978,1	12,0	1.440,9	0,62
Autriche	40,7	5,1	143,6	0,28
Espagne	253,6	6,5	475,2	0,53
Etats-Unis	4.994,1	19,1	8.554,9	0,58
Finlande	74,8	14,7	62,8	1,19
France	1.021,6	17,6	959,8	1,06
Irlande	31,7	8,8	118,7	0,27
Norvège	103,0	23,6	60,0	1,72
Pays-Bas	390,1	25,3	652,8	0,60
Royaume-Uni	1.120,3	19,6	1415,7	0,79
Suède	263,1	29,6	82,6	3,19

Source : Salomon et Sokolowski (2001)

Le nombre de bénévoles par 1.000 habitants montre que l'activité bénévole est très répandue dans les Pays Scandinaves, aux Pays-Bas et dans les Pays Anglo-Saxons principalement. Le rapport Bénévoles ETP/Salariés ETP fait apparaître de grandes différences entre pays, mettant en évidence non seulement des différences dans le volume d'activités exercés par les bénévoles dans le tissu associatif, mais également dans la structure de ce tissu. Ainsi, l'Irlande, l'Autriche et la Belgique sont des pays où le secteur associatif est comparativement très professionnalisé. D'autres pays, comme la Finlande par exemple, présentent une situation où le bénévolat représente des ressources humaines du même ordre que le salariat. D'autres finalement montrent une situation où le bénévolat l'emporte largement sur le salariat (Suède, Norvège). Edith Archambault explique que le caractère plus ou moins professionnalisé du secteur associatif dépend, pour une part, d'un effet de structure - plus l'importance relative des secteurs liés à l'Etat-providence est grande, plus il est professionnalisé - et, pour une autre part, il dépend d'un mouvement général vers la professionnalisation plus ou moins avancé selon les pays. Le fait que le ratio Bénévoles ETP/Salariés ETP soit faible ne doit donc pas uniquement être interprété négativement, mais peut être expliqué par le rôle joué par l'Etat pour subvenir à certains besoins d'intérêt général, comme le sont en Belgique la Santé et l'Education.

<sup>28</sup> SALOMON L. & SOKOLOWSKI W., Volunteering in Cross-National Perspective: Evidence from 24 countries, Working Papers of the John Hopkins Comparative Non Profit Sector Project, Baltimore, John Hopkins University, 2001.

### 2.3.4 Comparaison Bénévolat/Salariat par branche d'activité en Belgique

La comparaison entre le nombre d'ETP bénévoles et salariés peut être menée par branche d'activité en Belgique. Le tableau ci-dessous fait état de la répartition de l'emploi salarié par branche d'activité en pourcentage de l'associatif total, de la répartition du bénévolat par branche d'activité et du rapport entre les deux.

	Emploi salarié <sup>(1)</sup>	Bénévole <sup>(1)</sup>	Rapport Bénévole ETP Salarié ETP
1. Culture, sports et loisirs	6,5%	69,7%	10,72
2. Education et recherche	4,0%	0,5%	0,13
3. Santé	34,7%	1,5%	0,04
4. Action sociale	33,6%	11,6%	0,35
5. Branche résiduelle	21,3%	16,7%	0,78
<b>Total en ETP</b>	<b>316.682</b>	<b>76.259</b>	<b>0,24</b>

Source : Le secteur associatif en Belgique, une analyse quantitative et qualitative, Fondation Roi Baudouin (2005)

(1) Le bénévolat est mesuré dans les associations couvertes par les comptes satellites, c'est-à-dire les associations qui emploient des travailleurs salariés, à l'exclusion des établissements scolaires du réseau de l'enseignement libre

Selon cette comparaison par branche d'activités, nous identifions de grandes différences au sein même du secteur associatif : nous avons près de 11 bénévoles ETP pour un salarié ETP dans la culture, le sport et les loisirs ; à l'inverse, vous avez 1 bénévole ETP pour 25 salariés ETP dans le secteur de la santé. Cette énorme différence entre deux activités du secteur associatif fait bien état d'une différence de professionnalisation des activités, probablement d'autant plus forte que ne sont pas considérées les associations sans emploi rémunéré, probablement encore plus nombreuses dans le secteur de la culture, des sports et des loisirs que dans la santé.

Cette très grande professionnalisation effective dans le secteur de la santé renvoie à la question de la place que peuvent occuper des non-professionnels dans de telles organisations, et au pouvoir très dominant qu'occupent les professionnels de la santé. Bien entendu, l'expertise nécessaire à l'exercice des arts de la santé ne pourrait faire place à une tendance différente. Mais cette « surprofessionnalisation » conduit également à des difficultés que le secteur reconnaît aisément à travers la problématique de la déshumanisation des soins de santé, traitée plus en détail ci-après.

### 2.3.5. Volontaires dans le secteur des soins de santé en Belgique

Sur base d'informations émanant des services fédéraux, nous présentons ici un état des lieux de l'activité des bénévoles dans les hôpitaux aigus, psychiatriques, spécialisés, ainsi que dans les Maisons de Repos et de Soins. Cette section a pour seul objet de soulever des tendances générales car, malheureusement, aucun recensement complet n'est disponible à ce jour.

#### A. Les hôpitaux aigus, psychiatriques et spécialisés

Sur base d'enquêtes organisationnelles complétées par les institutions de soins de santé elles-mêmes à destination du Ministère de la Santé Fédérale<sup>29</sup>, le tableau ci-dessous présente le nombre de volontaires actifs, au sein des hôpitaux aigus, psychiatriques et spécialisés, sur les 3 Régions du pays. Il est important de noter que ces données renseignées par les institutions ne font pas l'objet de vérification par l'Administration.

# volontaires actifs par type d'hôpital et par région	Région bruxelloise	Région wallonne	Total Régions bruxelloise et wallonne	Région flamande	Total Belgique
Hôpitaux aigus	286	545	831	1119	1950
Hôpitaux psychiatrique	0	0	0	263	263
Hôpitaux spécialisés	0	55	55	152	207

Source : Ministère de la Santé, enquête 2004, statistiques hospitalières annuelles

Selon ce premier tableau, nous constatons qu'aucun volontaire n'est renseigné en hôpital psychiatrique en Régions wallonne ou bruxelloise, alors que 263 le sont en Région flamande. Il est nécessaire de présenter le nombre d'institutions comptabilisées dans l'étude pour avoir des ratios d'activités volontaires plus comparables.

# d'hôpitaux considérés par type et par région	Région bruxelloise	Région wallonne	Total Régions bruxelloise et wallonne	Région flamande	Total Belgique
Hôpitaux aigus	13	38	51	64	115
Hôpitaux psychiatriques	9	20	29	39	68
Hôpitaux spécialisés	7	7	14	18	32
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>65</b>	<b>94</b>	<b>121</b>	<b>215</b>

Source : Ministère de la Santé, enquête 2004

Le nombre d'établissements repris en Région bruxelloise et wallonne est inférieur au nombre de sites pour ces deux Régions en 2007, exprimé dans le chapitre 1. Selon l'estimation, 67% des sites hospitaliers auraient complété ce volet de l'enquête, sans qu'on puisse interpréter précisément le sens des non réponses. Le tableau ci-dessous fait apparaître le nombre moyen de volontaires par type d'hôpital et par région sur base des réponses partielles reçues.

# volontaires actifs en moyenne par type d'hôpitaux et par région	Région bruxelloise	Région wallonne	Total Régions bruxelloise et wallonne	Région flamande	Total Belgique
Hôpitaux aigus	22	14,3	16,3	17,5	17
Hôpitaux psychiatriques	0	0	0	6,7	3,9
Hôpitaux spécialisés	0	7,9	3,9	8,4	6,5
<b>TOTAL</b>	<b>9,9</b>	<b>9,2</b>	<b>9,4</b>	<b>12,7</b>	<b>11,3</b>

Source : Ministère de la Santé, enquête 2004

<sup>29</sup>Source : Ministère de la Santé, enquête 2004, statistiques hospitalières annuelles.

**Bien qu'il faille rester prudent face à ces chiffres qui n'ont pas été contrôlés par le Ministère de la Santé et qui relèvent de la responsabilité des hôpitaux eux-mêmes, il apparaît que :**

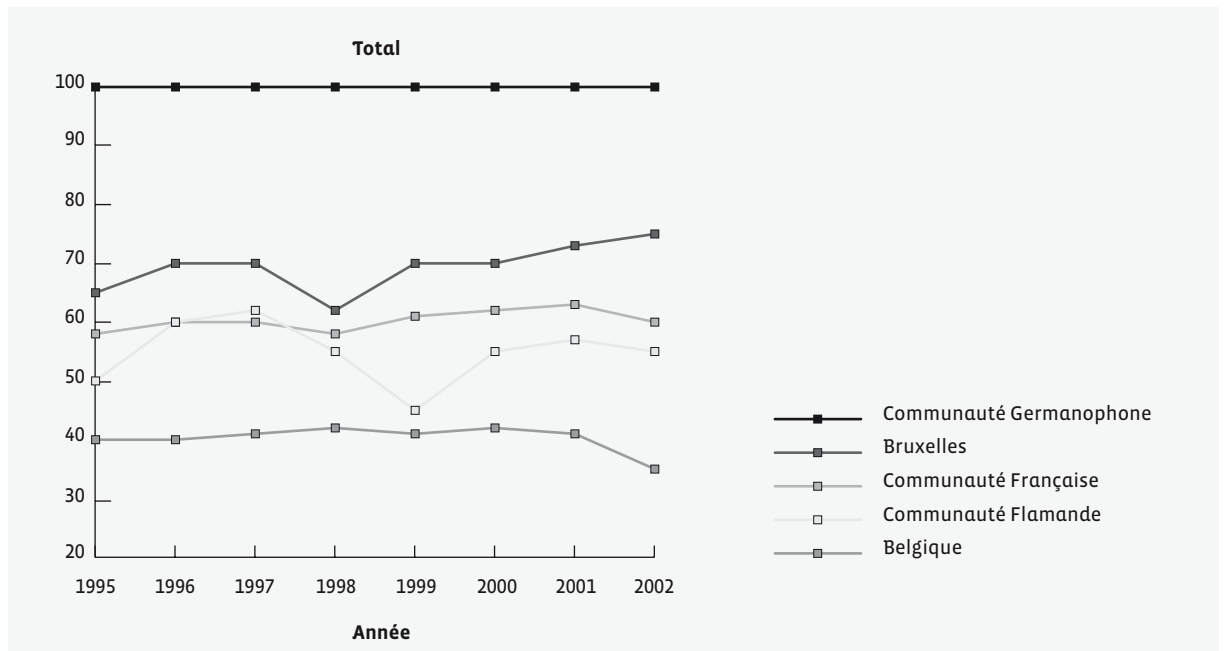
- ... le nombre de volontaires présents en hôpitaux aigus est plus élevé en Région bruxelloise que dans les autres Régions, la Wallonie y ayant le plus petit nombre moyen de volontaires du pays ;
- ... le nombre de volontaires est le plus faible dans les hôpitaux psychiatriques, où seule la Région flamande fait état de telles prestations. Toutefois, le nombre moyen de volontaires y est près de trois fois inférieur à celui des hôpitaux aigus.
- ... Les hôpitaux spécialisés accueillent deux fois moins de volontaires que les hôpitaux aigus en Région flamande et wallonne, dont les moyennes sont assez proches - autour de 8 volontaires par hôpital. Par contre, aucun volontaire n'est recensé dans les hôpitaux spécialisés en Région bruxelloise ;
- ... Globalement, les Régions bruxelloise et wallonne ont des niveaux moyens de présence de volontaires assez proches, cachant des réalités cependant différentes, et inférieurs à la moyenne générale identifiée en Région flamande.

A cette variabilité dans les résultats moyens observés, il faut ajouter une grande variance interne par types d'hôpitaux. Ainsi, lors de nos rencontres, nous avons pu identifier des hôpitaux recensant un très grand nombre de volontaires, comme les différents sites du Centre Hospitalier Universitaire de Liège ou les Cliniques Universitaires de Mont-Godinne qui comptent en 2007 tous deux près de 140 volontaires, et d'autres hôpitaux où il n'y en a aucun. Il n'est pas fait état de certaines caractéristiques propres aux hôpitaux comme leur taille, leur localisation et leur accessibilité géographique. D'autre part, la comptabilisation se fait sur base de volontaires et non sur une durée de prestations, celle-ci peut également grandement varier entre volontaires, certains passant quelques heures, d'autres beaucoup plus de temps.

Enfin, il arrive que des volontaires soient actifs dans plusieurs hôpitaux, ils auront dans ce cas été comptabilisés deux fois. Il est possible que ceci explique en partie le nombre plus élevé de volontaires présents en Région bruxelloise dans les hôpitaux aigus, la proximité des lieux et les diverses possibilités de moyens d'accès à ces hôpitaux pouvant entraîner dans certains cas la présence de volontaires sur deux sites hospitaliers distincts, ce que nous avons d'ailleurs rencontré avec des volontaires de la Croix-Rouge.

## B. Les Maisons de Repos et de Soins

Concernant les Maisons de Repos et de Soins, nous disposons des données fédérales présentant l'évolution du nombre de MRS collaborant avec des volontaires entre 1995 et 2002.

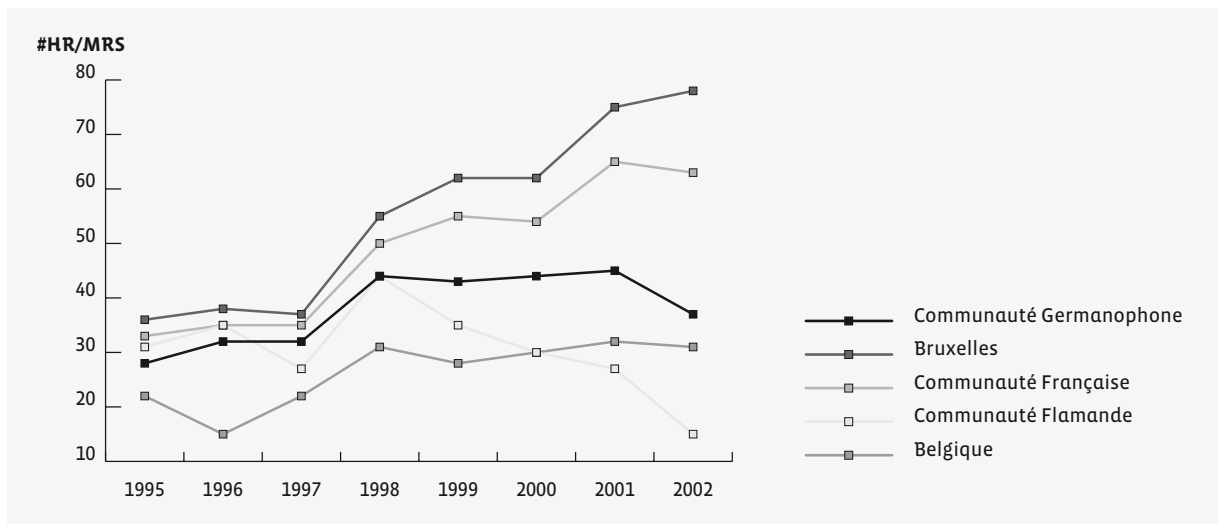


Source : SPF Santé Publique

Sur la figure ci-dessus, nous observons, pour les 3 Communautés considérées distinctivement de Bruxelles, le pourcentage de MRS ayant stipulé dans une enquête nationale leur collaboration avec des bénévoles sur les 8 années considérées. Les chiffres ne précisent pas le nombre de bénévoles dans la collaboration évaluée. De grandes divergences de pratiques apparaissent à nouveau entre institutions selon les Communautés.

- ... De manière quelque peu surprenante en comparaison du secteur, toutes les MRS situées en Communauté germanophone ont collaboré depuis 1995 avec des bénévoles, la tendance étant restée identique sur toute la période.
- ... En Communauté française (hors Bruxelles), cette tendance diminue au cours des dernières années pour aboutir à seulement une MRS sur trois (34%) collaborant avec des bénévoles en 2002 ;
- ... A Bruxelles, les variations semblent plus fluctuantes au cours des années, autour de 50%, soit une MRS sur deux collaborant avec des bénévoles
- ... Par comparaison, la Communauté flamande enregistre près de 75% de MRS collaborant avec des bénévoles, en progression constante à l'exception de l'année 1998.
- ... Sur le plan national, cela signifierait qu'environ 6 MRS sur 10, en 2002, ont collaboré avec des bénévoles.

La figure suivante nous rapporte l'évolution du nombre moyen annuel d'heures prestées par des volontaires en MRS. Nous disposons une nouvelle fois de la période de 1995 à 2002 pour les mêmes Communautés. Ce graphe nous permet de mieux appréhender la réalité des activités réellement exercées en MRS par les bénévoles des différentes Communautés. Ainsi, nous observons que les Communautés germanophone et francophone sont beaucoup plus proches en termes d'activités, qu'elles ne le sont en examinant le pourcentage du nombre d'institutions collaborant avec des bénévoles (rapporté sur la première figure). Le nombre moyen d'heures prestées par des bénévoles en MRS est beaucoup plus variable, et en baisse assez forte sur Bruxelles, et globalement deux fois plus élevé en Communauté flamande, qui connaît, quant à elle et à l'inverse des autres Communautés, une constante progression sur les années considérées. Cette hausse est essentiellement présente dans le chef des institutions à caractère privé de la Communauté flamande, où la moyenne a plus que doublé entre 1995 et 2002, passant de 45h par an et par MRS à 99h par an et par MRS. Toutefois, nous restons prudents quant à la validité de ces données collectées, non contrôlées par les services fédéraux.



Source : SPF Santé Publique

Néanmoins, nous constatons qu'hôpitaux et maisons de repos et de soins offrent un diagnostic sensiblement identique : la Communauté française collabore en général moins avec des bénévoles que la Communauté flamande. La Région de Bruxelles-Capitale semble présenter un profil particulier dans l'analyse, ce qui peut être éventuellement expliqué par différents facteurs : elle représente à la fois la plus grande ville du pays en termes d'habitants, avec une densité de population plus élevée, un réseau géographiquement concentré d'organisations de soins et des moyens de transports propres à une capitale européenne. Notons cependant qu'en comparaison avec la Communauté flamande, ces éléments ne suffisent pas à garantir un mouvement volontaire plus important.

Bien que des tendances apparaissent, il serait intéressant de compter sur des chiffres davantage certifiés pour tirer des conclusions robustes. De même, il serait appréciable d'avoir un recensement pertinent de l'activité du volontariat dans le secteur des soins palliatifs et auprès de l'ensemble des acteurs associatifs de la santé comme présenté dans le chapitre 1. Quelques chiffres supplémentaires existent au niveau du Ministère de la Santé mais, à l'heure actuelle, le recensement repose davantage sur la volonté des organisations elles-mêmes et n'a pas fait l'objet d'un contrôle rigoureux. Est-ce là un signe du manque d'intérêt ou de valorisation de ces acteurs à l'échelle de l'Etat?

## 2.4. Profil des bénévoles et volontaires

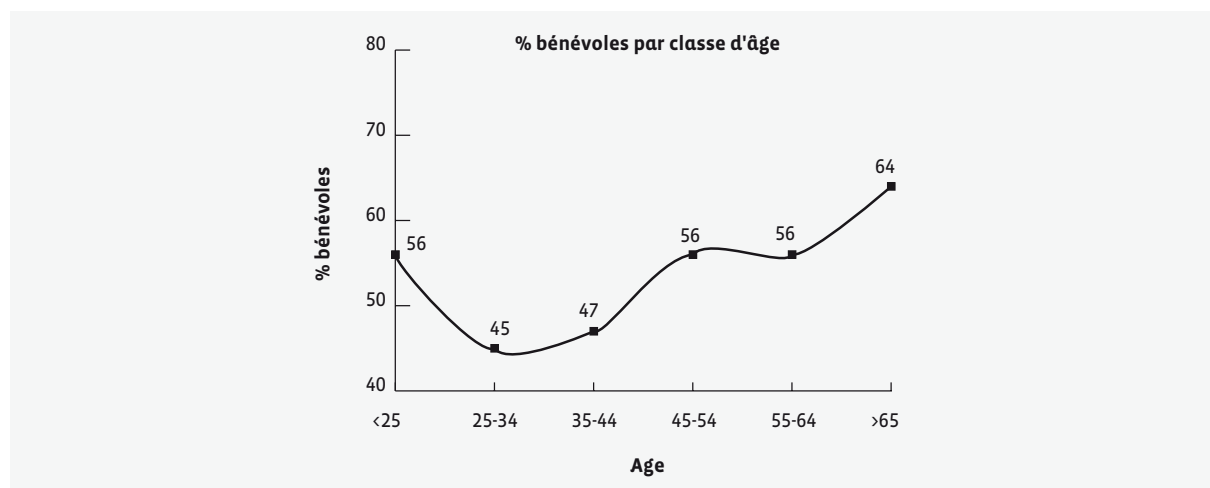
Après avoir exposé la répartition des volontaires en Belgique, et examiné leur présence au sein de différentes organisations de soins, il paraît intéressant de dresser les profils des volontaires actifs au sein de ces mouvements volontaires. Si un Belge de plus de 19 ans sur cinq est un volontaire, qui est-il ? Qui se cache derrière cette personne qui a décidé de consacrer une partie de son temps aux autres, en dehors de son cercle privé, sans forme de rémunération financière ?

Selon les sources, les volontaires consacraient en moyenne 5 à 7 heures par semaine à leur volontariat, principalement dans la culture, les sports et les loisirs, ainsi que dans l'action sociale. Les diplômés actifs entre 35 et 55 ans sont les plus représentés parmi les volontaires et la catégorie des seniors actifs serait de plus en plus représentée, ceci s'expliquant à la fois par un état de santé encore très bon, un besoin d'utilité suite à l'arrêt d'activités professionnelles parfois anticipées dans le cadre d'une prépension et à davantage de temps suite au départ des enfants de la maison familiale. Il apparaît toutefois que le volontariat ne résulterait pas uniquement de choix personnels stricts, mais serait en partie lié à une détermination sociale et culturelle, transmise de génération en génération<sup>30</sup> : « Les volontaires sont deux fois plus nombreux à s'engager lorsqu'ils ont connu des antécédents familiaux de volontariat chez au moins l'un de leurs parents ».

<sup>30</sup>Source : En Marche, op.cit., septembre 2006.

Une étude récente sur les Belges et le bénévolat<sup>31</sup>, conduite en 2007 avec le soutien de la Loterie Nationale, auprès d'un échantillon de 6.782 personnes, apporte une série d'enseignements fort intéressants sur le profil des bénévoles. Pour être précis, cette étude envisage le bénévolat au sens le plus large, incluant tant le bénévolat au sein d'associations que celui dans son sens le plus spontané et informel, sans nécessairement être en lien avec une association. Par conséquent, cette étude surestime la part des volontaires au sens de la loi. Néanmoins, elle apporte une série d'informations éclairantes, à interpréter selon cette distinction formelle entre volontaires et bénévoles.

Ainsi, la courbe de bénévoles - et non des volontaires - par tranches d'âges, tous secteurs d'activités confondus, met en évidence la proportion élevée de bénévoles dans la classe des 45-65 ans et fait apparaître davantage encore de bénévoles au-delà de 65 ans.



Source : « Les Belges et le Bénévolat, Enquête Nationale 2007 »

L'étude précise d'ailleurs que les bénévoles de plus de 45 ans envisagent plus certainement de continuer le bénévolat dans les 3 prochaines années (63%) que les bénévoles de moins de 45 ans (53%).

#### Selon cette étude, on trouve également davantage de bénévoles parmi :

- ... les croyants pratiquants ;
- ... les membres de familles où d'autres personnes font également du bénévolat ;
- ... les membres de familles de 3 enfants ou plus qui habitent sous le même toit ;
- ... les personnes non actives sur le plan professionnel ;
- ... les personnes disposant d'un diplôme universitaire.

Concernant la régularité de l'engagement bénévole, l'étude renseigne que 72% des bénévoles francophones œuvrent de manière régulière, pour 82% des néerlandophones. Les bénévoles dirigeants consacrent plus de temps au bénévolat, et 94% d'entre eux œuvrent de manière régulière. Toutefois, ces données sont très différentes de celles publiées en France par exemple, où environ 25% des bénévoles sont considérés comme réguliers pour 75% d'occasionnels<sup>32</sup>.

L'étude belge révèle que le domaine d'activité du volontariat varie selon l'âge, le sexe et la religion. Ainsi, 52% des hommes bénévoles œuvrent dans le domaine du sport et de la culture, contre seulement 35% des femmes. Par contre, ces dernières se consacrent davantage au social ou à la santé (49%) que les hommes (34%). Proportionnellement, on trouve davantage de francophones dans le social ou la santé (51%) que de néerlandophones (35%) mais il est dommage que les deux domaines (social et santé) n'aient pas été scindés. Enfin, on trouve davantage de bénévoles croyants et pratiquants dans les domaines du social et de la santé (51%) que dans la culture et les sports (33%).

<sup>31</sup> Source : « Les Belges et le bénévolat. Enquête nationale 2007 », réalisée avec le soutien de la Loterie Nationale.

<sup>32</sup> MALET J., La France bénévole, Publication du Centre d'Etude et de Recherche sur la Philanthropie, 2005.

## 2.5. Valeurs associées, motivations et freins au volontariat

Dans cette section sont évoquées les valeurs associées au volontariat, les motivations des uns à s'engager et les freins des autres à ne pas le faire. Nous pensons que ces trois notions ne sont pas très éloignées les unes des autres et que le mouvement volontaire sortirait bénéficiaire d'un travail constructif, mené de front sur ces trois notions. Notons que ces éléments feront l'objet d'une discussion plus approfondie au chapitre 3, avec un regard spécifique sur le secteur des soins de santé.

### 2.5.1. Valeurs associées

**Pour les bénévoles interrogés dans le cadre de l'étude sur « Les Belges et le Bénévolat» (2007), le bénévolat est positivement et principalement associé à :**

- ... l'engagement (64%)
- ... la solidarité (56%)
- ... la disponibilité (35%)
- ... l'altruisme (35%).

Pour eux, cependant, le bénévolat est négativement associé à certaines caractéristiques comme l'amateurisme (25%), le manque de transparence (18%), l'exploitation (16%) et la naïveté (16%).

**Pour les non bénévoles interrogés, le bénévolat est principalement et positivement associé à**

- ... la solidarité (57%)
- ... l'engagement (50%)
- ... l'aide (40%)
- ... le don de soi (36%).

Pour les non bénévoles, le bénévolat est négativement associé à l'exploitation (23%), au manque de transparence (20%), à l'amateurisme (19%) et à la naïveté (17%).

Il est intéressant de constater que, pour les deux publics interrogés, le bénévolat est associé très majoritairement à des valeurs positives et assez semblables. Il est notamment associé à l'engagement, au sens de l'implication pour plus d'une personne sur deux. Cependant, dans nos sociétés contemporaines, cette notion d'engagement est devenue quelque chose d'incertain, même si la volonté initiale de l'engagement ne l'est pas. S'engager pour les autres peut donc s'assimiler à quelque chose d'autant plus compliqué que la perspective temporelle peut effrayer ou du moins, entrer en contradiction avec un certain mode de vie. C'est un discours que nous avons entendu plusieurs fois chez les bénévoles, surtout quand ils sont jeunes, à l'aube de multiples choix de vie. Parallèlement, pour la France, Jacques Malet<sup>33</sup> évoque le fait que certains bénévoles sont aujourd'hui plus enclins à s'engager sur une action que sur un projet, et plus sur un projet que pour une association dans sa durée.

Il est aussi précieux de constater que les bénévoles sont parfois déçus par l'aspect d'amateurisme du bénévolat, ce qui est également perçu par une partie des non bénévoles qui parlent davantage d'exploitation et de manque de transparence. C'est en travaillant sur ces valeurs négatives, sur ces zones d'ombre qui sont autant de freins potentiels à l'engagement, que le volontariat pourra progresser.

<sup>33</sup> MALET (2005), op. cit.

<sup>34</sup> et <sup>35</sup> DREYER, op. cit.

<sup>36</sup> et <sup>37</sup> DREYER, op. cit.



## 2.5.2. Motivations

Pascal Dreyer<sup>34</sup> (2006) classe les motivations des volontaires selon deux grands ensembles : le premier, centré sur l'ego, se définit par l'intérêt porté à soi-même et à son bien-être, alors que le second se définit par l'intérêt porté à autrui et à l'espace public, centré donc sur l'alter.

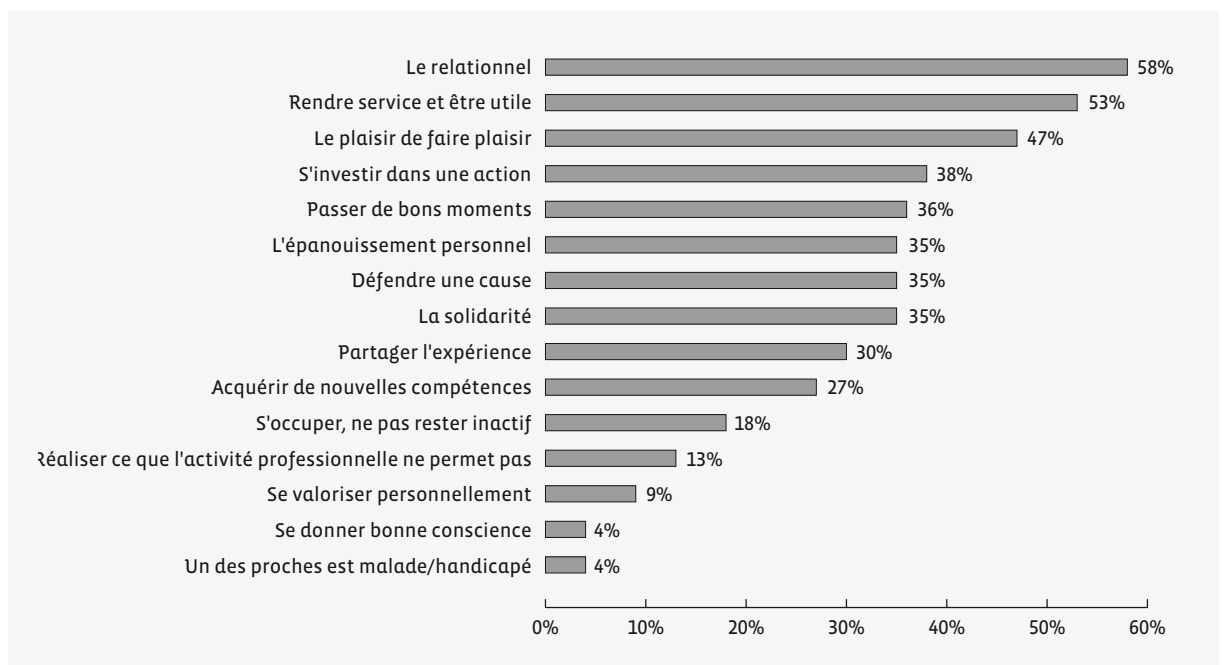
Ces deux pôles opposés se retrouvent rarement à l'état pur de l'engagement d'un volontaire. Les deux tendances sont en réalité liées et il est parfois impossible de les démêler. Comme le signale l'auteur, le principal danger à éviter est de lire la pratique du volontariat sur un mode binaire opposant fortement l'altruisme à l'égoïsme. Les motivations sont souvent duales, l'une pouvant conduire à l'autre.

**Les volontaires interrogés<sup>35</sup> sur leurs motivations, toutes activités confondues, en formulent souvent plusieurs, parmi les suivantes :**

- ... être utile à la société, faire quelque chose pour les autres (66%)
- ... rencontrer des personnes ayant les mêmes préoccupations, se faire des amis (59%)
- ... s'épanouir, occuper son temps libre (49%)
- ... défendre une cause (33%)
- ... pratiquer ou enseigner un sport ou une activité culturelle (26%)
- ... faire respecter ses droits et ceux des autres (23%)
- ... aider, défendre les intérêts de ses enfants ou de son entourage (16%)
- ... avoir accès à des renseignements ou des services, bénéficier d'activités (13%)
- ... acquérir ou exercer une compétence (8%).

L'étude sur « Les Belges et le Bénévolat (2007) » fait état des motivations exprimées par les bénévoles pour faire du bénévolat, toutes activités confondues. Ces motivations, exprimées dans la figure suivante, sont assez proches de celles exprimées ci-dessus. Ajoutons cependant quelques motivations plus faiblement présentes qui sont « le fait de réaliser ce que l'activité professionnelle ne permet pas », « se valoriser personnellement », « se donner bonne conscience » et « un des proches est malade ou handicapé ».

Le fait de partager la maladie ou le handicap d'un proche sera particulièrement présent dans le chef des membres d'associations de patients, bien que ce soit un état plus qu'une réelle motivation.



Source : « Les Belges et le Bénévolat, Enquête Nationale 2007 »

### 2.5.3. Freins

Plusieurs études européennes tendent à montrer une diminution du nombre de bénévoles dans la société. D'autres expliquent le déficit de bénévoles par un accroissement du nombre d'associations, entraînant un besoin plus intense que par le passé. Ces tendances ont été confirmées par plusieurs de nos entretiens, certaines personnes d'ailleurs s'alarmant du manque de renouvellement des équipes de volontaires, conduisant à un vieillissement inquiétant des équipes et à des interrogations sur l'avenir des missions rencontrées. Par ailleurs, on sait qu'un très grand nombre d'associations fonctionnent uniquement grâce au volontariat, ce qui pourrait remettre en cause leur existence propre.

**Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette insuffisance de bénévoles dans notre société contemporaine<sup>36</sup>. Ils sont autant de freins à l'engagement volontaire.**

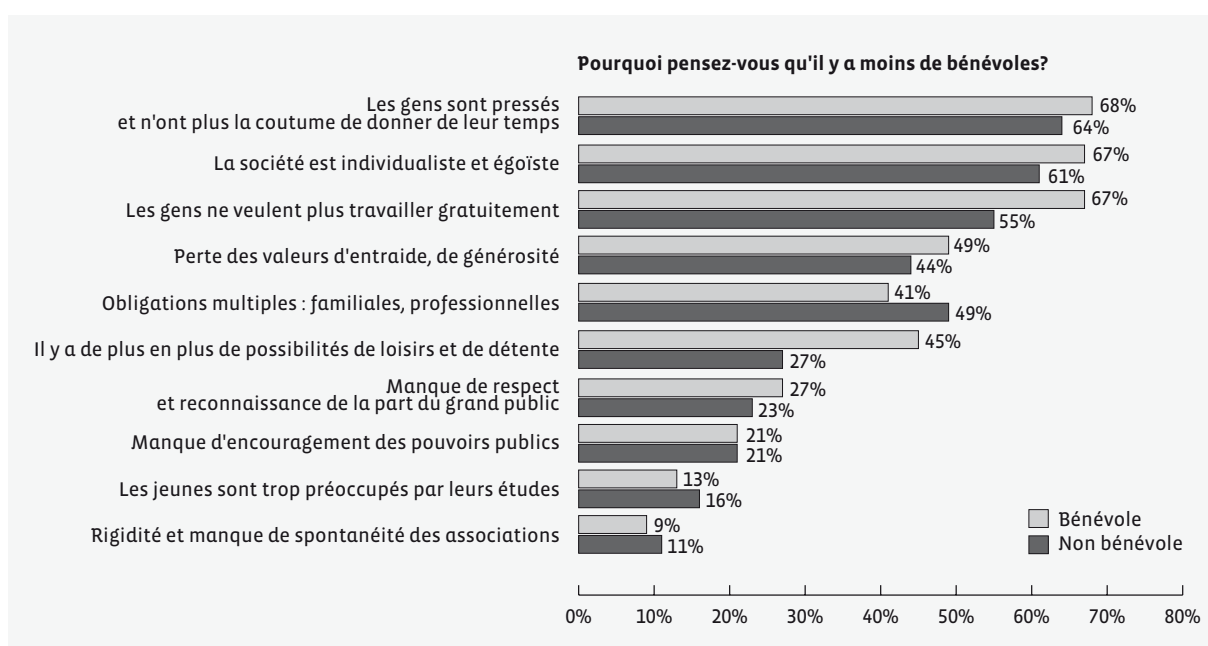
- ... La culture traditionnelle du bénévolat, acquise autrefois dans les organisations de jeunesse (confessionnelles, politiques ou apolitiques) et soutenue par les idéologies politiques et religieuses, a progressivement laissé la place à d'autres valeurs, plus individualistes. Cependant, le désir de donner de sa personne et de son temps demeure, mais on n'est plus prêt à le faire par « devoir ». Cela ne signifie pas que l'être humain est devenu plus égoïste, par opposition à altruiste, mais bien qu'il doit ressentir personnellement la nécessité de s'engager, au-delà de toute idéologie contraignante.
- ... Le contexte de crise ou de tension économique quasi permanent depuis plus de trente ans, a incité à une forme de protectionnisme privé de gestion des cellules familiales, où le temps est devenu une ressource rare dans un rythme de vie devenu trépidant. Plus souvent qu'avant, les deux parents travaillent, et les seniors sont mis à contribution pour la réussite de cette entreprise qu'est devenue la vie familiale.
- ... La diversité des possibilités d'occupation et de loisirs augmente dans notre société de consommation et d'information, dans laquelle l'engagement volontaire est en concurrence avec d'autres temps et sources d'occupation souvent plus immédiats.
- ... Le contexte de professionnalisation de bon nombre d'activités humaines, fait que l'engagement gratuit et volontaire peut être dévalorisé et critiqué par « manque d'expertise » ou une forme d'image passéiste. Bon nombre de tensions entre salariés et volontaires peuvent y trouver leur origine.
- ... La nécessaire professionnalisation des associations face à la complexité grandissante des enjeux, notamment la concurrence existant entre associations, a éloigné certains profils de volontaires, qui survivent difficilement à cette transformation du monde associatif, à la recherche de compétences et de résultats. Certaines petites associations évoquent leurs difficultés à recruter des profils plus gestionnaires, d'autres se montrent essouffées de devoir tenir leur association avec des tâches administratives et de gestion trop compliquées pour être appréciées. « *Le refus progressif mais net d'un bénévolat "occupationnel" et de la "bénévolathérapie", tous deux issus de la longue tradition des dames d'œuvre et de charité, en est le signe le plus éclatant* » (Dreyer, p. 19, 2006)<sup>37</sup>.
- ... La précarité des engagements volontaires de certaines personnes, notamment parmi les plus jeunes, en recherche d'emploi, d'expérience, d'occupation, de sentiment d'utilité,... et au départ d'une vie à construire et de choix à poser, émane de réalités sociologiques contemporaines. Cette précarité implique que certains renoncent à une forme d'engagement volontaire et que d'autres l'interrompent soudainement.
- ... Le manque d'information et de transparence, entourant l'activité et les besoins des associations, est un autre facteur explicatif. Le grand public connaît essentiellement les associations fortement médiatisées, mais beaucoup moins les autres. Les associations les plus médiatisées peuvent jouer un rôle de révélateur auprès du public, mais leur communication ne porte pas directement sur les besoins humains du secteur associatif, mais bien plus souvent sur les besoins financiers. Par ailleurs, quelques scandales ou mauvaises pratiques évoquées dans la presse causent des dégâts importants pour l'ensemble du secteur, alors assimilé à ces malversations. Cette méconnaissance du monde associatif entraîne une forme de sentiment d'inaccessibilité des associations aux yeux du grand public.
- ... La réputation d'exploitation, évoquée d'ailleurs dans l'étude sur « Les Belges et le Bénévolat » (2007), crée une mauvaise image du secteur dans lequel le volontaire deviendrait vite « irrempla-

çable » et débordé par ses engagements. La non clarification des engagements, et cette difficulté qu'a l'être humain à dire « non » dans certains contextes, peuvent entraîner usure et lassitude chez les uns et rejet chez les autres.

- ... Enfin, le caractère « naïf », révélé également dans l'étude sur « Les Belges et le Bénévolat » (2007), évoque une notion très décourageante associée parfois au mouvement volontaire, qui pourrait se

traduire par un paralysant « Ah quoi bon ? ». C'est évidemment faire peu de cas du rôle essentiel du mouvement associatif et volontaire au cœur d'une société, mais cela doit surtout inciter tous les acteurs concernés à oser montrer et démontrer leur utilité et leur finalité, pour soi autant que pour les autres, dans « l'être » autant que dans « l'agir » volontaire.

Dans l'étude « Les Belges et le Bénévolat » (2007), il est demandé aux bénévoles et aux non bénévoles d'exprimer les raisons expliquant la diminution de bénévoles dans la société. Le graphe suivant présente ces raisons dans l'ordre décroissant pour les deux groupes.



Source : Les Belges et le Bénévolat (2007)

La plupart des freins exprimés par Dreyer (2006) se retrouvent dans les résultats de l'étude sur Les Belges et le Bénévolat (2007). Nous pouvons néanmoins y trouver deux éléments supplémentaires non négligeables qui sont :

- le manque d'encouragement des pouvoirs publics ;
- la préoccupation des études chez les jeunes.

Comme nous le proposons ci-dessous (cfr chapitre 4), ces deux éléments deviendront incontournables dans le développement de perspectives d'évolution du volontariat en Belgique.

Ce chapitre a permis de dresser un tableau du volontariat dans ses perspectives historique, juridique et socio-économique, avec une attention plus particulière pour le secteur des soins de santé.

Loin d'être un phénomène isolé, le volontariat est pratiqué par un très grand nombre de personnes en Belgique. La quantification exacte reste difficile à l'heure où la jeune loi n'a pas encore pleinement structuré le volontariat et là où la collecte des données repose encore bien souvent sur la spontanéité des organisations. Différents chiffres sont évoqués, autour de 1.166.147 bénévoles pour 76.259 emplois en Equivalent Temps Plein à près du double selon les sources.

Néanmoins, face à cet engagement massif, le secteur des soins de santé reste quant à lui le parent pauvre en matière de volontariat, puisque la santé au sens large n'arriverait selon les sources qu'à mobiliser qu'environ 1,5% de toutes ces initiatives volontaires, soit 1143 ETP, l'essentiel de l'engagement se situant au niveau de la culture, des sports et des loisirs.

Face à ces différents chiffres et aux différents éléments d'explication identifiés, il nous est apparu crucial de comprendre les besoins, motivations, freins qui animent ces volontaires en vue d'une plus grande promotion et d'un meilleur soutien du volontariat dans les soins de santé.

# CHAPITRE 3 :

## Pratiques du volontariat dans le secteur des soins de santé

### Introduction

Du fond de son lit ou dans sa chambre, qu'attend le patient ou la personne âgée, pour ne citer qu'eux, de l'éventuel moment partagé avec un volontaire ? En quoi les familles de malades ou de personnes dépendantes valorisent-elles l'action des volontaires ? Qu'est-ce qui pousse une organisation de soins de santé à demander l'aide de volontaires ? Qu'est-ce qui motive une personne à s'engager dans une action volontaire auprès de patients, de personnes malades, souffrantes, parfois désorientées ? Quelles sont les initiatives saluées, les belles réalisations, mais aussi les freins à leur mise en œuvre, ou les pistes pouvant améliorer le volontariat existant dans le secteur des soins de santé ?

C'est à toutes ces questions que ce chapitre va s'efforcer de répondre, modestement, mais le plus en profondeur possible, compte tenu de l'information collectée.

Le présent chapitre se structure en trois grandes sections, développées en fonction du type d'acteurs analysés. Le bénéficiaire final de l'action volontaire, qu'il soit patient, malade, personne âgée, alitée, désorientée, voire isolée, sera le premier acteur considéré, car c'est bien lui qui est au centre des préoccupations des organisations de soins et des volontaires ; le patient en tant que personne en demande de soins de santé, qu'ils soient curatifs ou palliatifs, mais aussi en tant que personne au sein d'une cellule sociale, familiale, privée, dans son vécu. La logique des organisations de soins sera ensuite discutée, traduisant l'offre de soins et la demande de volontaires. L'accent sera, dans un troisième temps, mis sur les volontaires individuels ou les associations de volontaires, c'est-à-dire les activités volontaires structurées dans la poursuite d'un objectif clair. Nous pensons notamment aux associations de patients, nombreuses et très actives en Belgique francophone. Ces associations ou ces personnes incarnent à la fois une dimension d'offre de volontariat, à destination d'organisations de soins ou des bénéficiaires directs de leurs actions, mais aussi une dimension de demande. Les associations comptent en effet sur l'action de volontaires pour fonctionner et pour remplir leurs missions et leurs objectifs.

Pour réaliser ce travail, nous avons opté pour une analyse dite qualitative, en privilégiant les rencontres d'acteurs concernés, selon les méthodes d'entretiens individuels et de focus groups. Parmi la cinquantaine de personnes rencontrées (en dehors des tables rondes), nous avons pu compter sur la participation de patients, de leurs proches, de volontaires, de coordinateurs de volontaires, de dirigeants d'associations de patients, de professionnels de la santé (médecins et infirmières), de membres de directions et du personnel administratif d'organisations de soins de différents types (hôpitaux aigus, psychiatriques et spécialisés, MRS, organisations de soins à domicile), de chercheurs, de membres de fédérations médico-sociales, de mutualités, de syndicats, ainsi que de collaborateurs du Ministère de la Santé.

Certes, l'échantillon n'est pas exhaustif – il ne pourrait l'être tant le champ d'investigation est vaste –, mais il a permis de croiser des expériences variées, d'entendre des points de vue parfois contradictoires, et surtout de faire apparaître la généreuse richesse émanant du mouvement volontaire et de son action auprès des patients. L'occasion est dès lors ici donnée de mettre en évidence les pratiques et témoignages pouvant mutuellement aider l'ensemble du secteur des soins. Délibérément, aucun nom de personne ne sera cité, tout au plus le nom de certaines organisations qui ont marqué leur accord.

Par ailleurs, des données recueillies en 2006 dans le cadre d'études de satisfaction réalisées auprès de patients hospitalisés et de leurs proches dans plusieurs hôpitaux des Régions bruxelloise et wallonne, ont été utilisées. Ces enquêtes portent notamment sur l'accueil et le soutien des volontaires dans les

organisations de soins, en les envisageant comme des indicateurs de qualité des services hospitaliers. En outre, la distinction de profils de patients différents est autorisée par la disponibilité de variables d'identification et de segmentation de la patientèle. Enfin, la Loterie Nationale a autorisé l'exploitation des données collectées dans le cadre de l'étude qu'elle a soutenue sur « Les Belges et le Bénévolat », publiée en 2007. Parmi les milliers de répondants, l'analyse quantitative s'est concentrée sur l'échantillon des volontaires francophones actifs dans le secteur des soins de santé, soit 234 personnes, afin de faire apparaître certains résultats propres à ce public.

Nous espérons pouvoir rendre compte, dans les pages qui suivent, de l'intensité, des enjeux et des questions qu'elles soulèvent, et des bribes de réponses qu'elles amorcent.

### 3.1 Point de vue des patients et de leurs proches

Les patients interrogés présentaient des pathologies diverses, parfois bénignes, parfois incurables. Certains semblaient relativement bien entourés par leurs proches, d'autres n'en avaient pas la chance. Certains étaient de passage dans l'organisation, d'autres n'avaient aucune perspective sur « l'après hôpital », d'autres y revenaient régulièrement entre des expériences de soins à domicile. Certains proches ont été rencontrés au gré des entretiens menés, d'autres l'ont été en dehors du contact avec le patient. Enfin, certains patients avaient déjà été en contact avec des volontaires, d'autres pas.

#### 3.1.1. Peu d'attentes explicites et un souhait implicite d'humanisation

Malgré la diversité des situations, si une phrase devait qualifier l'ensemble de ces rencontres, c'est que « le patient n'attend au départ spontanément rien d'un volontaire ». Un patient nous disait : « *En soi, je n'attends rien d'un volontaire... Que pourrais-je en attendre d'ailleurs ? Je ne sais pas.* »

Cette phrase signifie que patient et volontaire n'entrent pas dans une relation de service comme il en existe entre un prestataire et un bénéficiaire. Ceci ne signifie pas qu'un service ne puisse être rendu, mais il se situe rarement dans une situation d'échange client-fournisseur. Il n'y a pas ou peu d'attentes explicites à l'égard du volontaire, tout naît dans la rencontre et les besoins peuvent alors pro-

gressivement s'exprimer, librement, dans la magie de l'échange entre des êtres humains, d'égal à égal. Sybille Mertens, titulaire de la Chaire Cera et directrice de recherche à l'Université de Liège, résume ce constat de la manière suivante : « La connaissance des besoins se fait par la pratique qui permet à ces besoins de s'exprimer ».

Qu'elle soit aiguë ou chronique, la maladie est une épreuve, diversement vécue par les personnes qui en sont affectées. Lorsqu'elle rime avec hospitalisation ou internement, elle vous coupe de votre vie sociale, de vos habitudes, de votre quotidien. Lorsqu'elle se vit en maison de repos, elle vous confronte plus ou moins violemment avec la perspective future de la fin de vie. Dans tout les cas, elle constitue un moment particulier, parfois difficile, parfois douloureux, mais parfois aussi porteur d'une vie future meilleure, permettant à certains de s'arrêter, de faire le point sur leur vie et sur leurs priorités.

Ce moment particulier se vit le plus souvent en dehors du contexte familial et social, dans un établissement de soins. Mais qu'attend donc ce patient pris en charge, ce malade, cet interné, cette personne âgée désorientée, au niveau de sa prise en charge ?

Un mot, une phrase se fait implicitement entendre dans l'étude, et de manière de plus en plus forte dans notre société : au-delà de l'attente légitime et évidente d'une prise en charge thérapeutique adaptée - pourquoi diable irions-nous dans une organisation de soins avec une autre idée en tête que de

s'y faire bien soigner ? -, le patient interrogé veut avant toute chose être pris en charge de manière « *décente, digne et humaine* ». Le mot est lâché : humanisation des soins de santé. Mais qu'est-ce que ces mots signifient vraiment ? Et quelle est leur réalité dans un contexte d'établissement de soins, comme un hôpital par exemple.

S'intéresser à l'humanisation des soins de santé, c'est d'abord comprendre les conditions de la nature humaine, et les conditions de la déshumanisation. Haslam<sup>38</sup> s'est penché en profondeur sur cette question pour mettre en évidence les conditions déshumanisantes, dans des contextes sociologiques très variés (racisme, sexisme,...), mais également dans des circonstances mettant l'homme en confrontation avec son environnement, tel que l'homme et la technologie ou l'homme et la santé.

Face à ce vaste panorama, voici mis en évidence quelques facteurs de déshumanisation pouvant être reliés de près ou de loin à l'univers des soins de santé. Il est utile de les rappeler pour bien comprendre la nature de la déshumanisation et la manière dont nous pouvons agir pour en contenir les conséquences. Cependant, il ne s'agit pas de soutenir, explicitement ou implicitement, que les pratiques décrites ci-dessous sont communes à l'ensemble du secteur. Un examen critique de ces éléments est nécessaire et doit amener le lecteur à sa propre analyse de ses pratiques ou jugements.

**Sont considérés comme déshumanisants<sup>39</sup>, à des degrés divers, les comportements ou attitudes suivantes :**

... Pour un thérapeute, considérer l'individu avant tout comme un malade, ou pire, comme une maladie, en mettant de côté une attitude de compréhension, d'intérêt ou de compassion à l'égard de l'individu, relève du comportement déshumanisant. L'adoption d'une vision essentiellement mécaniste de l'individu, visant à l'appréhender comme une machine défectueuse et rejetant ainsi l'idée que l'humain possède des sensations, des ressentis, de l'espoir et des soucis, pouvant influencer son état de santé et l'évolution de celui-ci. Autre exemple, une focalisation sur l'efficacité instrumentale et la standardisation de la prise en charge, au détriment de l'individualité du patient et de sa situation, pourrait conduire à adopter des comportements de cet ordre.

Sans aller aussi loin, le fait d'appeler un patient en faisant référence non pas à son nom, mais à son numéro de chambre par exemple, s'inscrit également dans cette logique. Alors comment préserver l'anonymat auquel à droit le patient tout en évitant de tomber dans la caricature du numéro de chambre, première étape vers la déshumanisation ?

- ... Le manque d'attention personnelle et de soutien émotionnel, l'intégration excessive de la technologie dans la relation de soins, au détriment du contact humain, ou encore le manque de chaleur humaine, sont des éléments définis comme déshumanisants. De même, une attitude condescendante d'un thérapeute par exemple, conduisant à considérer l'autre comme inférieur, irrationnel, ou visant à adopter à son égard un comportement infantilisant, est pointée.
- ... La violation de l'intégrité physique fait partie intégrante des comportements jugés déshumanisants. S'ils sont évidents dans le cadre d'une agression ou d'un viol par exemple, ils posent question dans un établissement qui, par essence, pénètre la partie la plus intime d'un individu, dans une asymétrie d'habitude pouvant être totale entre le soignant et le soigné. Par ailleurs, devoir confier, ne fût-ce que verbalement aux professionnels, ce qui fait partie de notre vie privée, est également un acte potentiellement bouleversant pour le patient. Ces actes et gestes quotidiens des professionnels de la santé peuvent-ils être banalisés au nom de l'expérience et de la routine, ou au contraire doivent-ils être accompagnés d'une forme de respect mûrement préparée et hautement communiquée ? Cette question en soulève certainement d'autres dans le chef des professionnels de la santé dont celle de leur niveau de conscience, de leur disponibilité au moment considéré, de leurs aspirations individuelles, de leurs formations, ainsi que celle des pressions qu'ils subissent, notamment en regard des objectifs organisationnels.
- ... Le déni de toute autonomie, de toute capacité à exercer son libre arbitre, la perte totale de sa capacité d'action et d'exercice de sa capacité décisionnelle, sont autant de visions qui placent le patient dans une relation de passivité et de dépendance. Dans le prolongement, le déni de l'expérience subjective du patient, au profit d'une information considérée comme objective et « technologisante », s'inscrit dans la même idée. Poussée à son extrême, cette attitude pourrait

<sup>38</sup> HASLAM N., "Dehumanization: An Integrative Review", *Personality and Social Psychology Review*, 10, 3, 2006, pp.252-264.

<sup>39</sup> GONÇALVES DE OLIVEIRA B. R. ; COLLET N.; SILVEIRA VIERA C., (2006), "Humanization in Healthcare", *Latino-Am. Enfermagem*, 14, 2 Ribeirão, Mar./Apr 2006; DAVIS K., C. SCHOENBAUM S. C., AUDET A.-M., "A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care", *Journal of General Internal Medicine*, 20, 2005, pp.953-957; HASLAM, op. cit.



aller jusqu'à nier l'identité de la personne, c'est-à-dire ne pas considérer la personne comme un individu indépendant et unique, capable de faire des choix, mais comme un être parfaitement substituable et interchangeable avec un autre être partageant des traits communs. Il pourrait également s'agir de nier l'appartenance de l'individu à une communauté, c'est-à-dire de négliger le fait que l'individu appartienne à un réseau interconnecté de personnes qui se soucient les unes des autres. L'homme n'abandonne pas sa vie lorsqu'il entre à l'hôpital. Il garde son histoire et ses liens. Ces éléments questionnent également la pratique médicale, en interrogeant la place qui y est réservée au patient dans une logique de responsabilisation à l'égard de son propre état de santé, de la prise en considération de ses peurs, de ses craintes et de ses ressentis dans l'information qui lui est donnée et des décisions, notamment thérapeutiques, qu'il faut prendre le concernant.

- Attribuer à des catégories d'individus des caractéristiques extrêmement négatives, tendant à les exclure des groupes humains reconnus comme tels, et à les déshumaniser complètement. Il pourrait s'agir, par exemple, de porter un jugement catégorisant sur les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, ou un regard négatif porté sur des personnes atteintes de certaines pathologies, comme les sidéens, les alcooliques ou les toxicomanes.

Cette liste n'est sans doute pas exhaustive et, à tout le moins, elle aurait pu être plus largement commentée. Néanmoins, tel n'est pas le propos principal de la présente étude. Elle permet toutefois d'établir plusieurs liens avec le volontariat dans le secteur des soins de santé.

Tout d'abord, comme discuté, la quasi totalité des patients rencontrés lors des entretiens, le plus souvent lors de leur hospitalisation, ne mentionnent pas d'attentes explicites à l'égard de l'intervention éventuelle d'un volontaire. A la question de savoir s'ils ont des attentes particulières à l'égard des volontaires, la réponse est très souvent négative ou, alors, ils n'y ont jamais véritablement pensé. Loin de là cependant l'idée que le patient ne valorise pas l'action du volontaire, bien au contraire. Mais les attentes se situent bien davantage à un niveau latent, au niveau de leur prise en charge globale par l'institution. Et l'apport du volontaire dans le processus d'humanisation de cette prise en charge est indéniable.

L'hôpital centré sur le patient, l'hôpital comme organisation humanisante : est-ce un mythe, un espoir, et donc un projet aspirationnel, ou une réalité ? Dit autrement, un hôpital peut-il être ce lieu de prise en charge humaine tel que souhaité par les patients, et par la plupart des directions hospitalières ? Ou est-ce que l'hôpital, de par sa nature, son activité et son mode de fonctionnement, ne comporte pas une part inévitable de manque d'humanité ?

Répondre à ces questions n'est pas superflu dans le cadre du présent projet, car volontariat et humanisation de la prise en charge des patients sont intimement liés.

Rentrer à l'hôpital, déménager en maison de repos, être interné en institution psychiatrique, c'est se déraciner, temporairement ou plus durablement. C'est mettre sa vie entre parenthèses ou devoir reconstruire une autre vie, différente sous plusieurs aspects. C'est affecter le lien social, le réseau social de l'individu. C'est le confronter à un environnement souvent hautement technicisé. C'est le placer en relation directe avec des interlocuteurs qui parlent un langage qui leur est propre, bâti sur des connaissances que la personne ne possède le plus souvent pas. C'est perdre en autonomie et devoir accepter que d'autres fassent ce qu'autrefois, l'individu pouvait faire seul, en touchant parfois aux parties les plus intimes du corps humain. Vu sous cet angle et malgré les nombreux efforts, et la qualité souvent affichée d'un personnel sous pression, une part de déshumanisation est inévitable. Ce constat appelle, plus que partout ailleurs sans doute, à un souffle d'humanité dans cet environnement dur, non pas par manque de conviction ou de qualité des gens qui y travaillent, mais de par la nature même des activités et des rapports humains qui s'y produisent. Et qui, mieux que le volontaire, peut incarner ce souffle, ce vent d'humanité tant nécessaire et tant revendiqué.

On le comprend dès lors, les besoins, aussi implicites soient-ils, sont peu quantifiables tant ce besoin d'humanisation n'a pas de limite. Le premier chapitre de ce document a permis d'identifier l'importance du secteur. Et si, au seul niveau des hôpitaux, 10% de la population déclare une hospitalisation classique durant l'année écoulée, cela représente environ 450.000 personnes pour les Régions bruxelloise et wallonne et un nombre encore plus important de proches concernés. Et ces chiffres ne concernent pas les autres structures de soins.



Rendre à l'être humain sa dignité d'homme ou de femme, lui montrer de l'intérêt, de la compassion, se soucier de son individualité, de son histoire, de sa vie, de ses rapports aux gens et aux choses, c'est lui rendre son identité, son unicité. Lui apporter une information sous un angle différent, par exemple sous celui du vécu propre dans le cas des associations de patients, c'est compléter l'information médicale souvent plus ardue, c'est donner à cette information une part d'humanité et c'est lui attacher une part d'espoir. C'est aussi éclairer des décisions à prendre, si décisions il faut prendre. C'est donc rendre le patient et ses proches plus aptes à cette responsabilisation si souvent réclamée.

Ecouter, échanger, discuter, soutenir, simplement être là, c'est injecter de la chaleur humaine dans un environnement qui en manque parfois, c'est reconnaître l'importance des sentiments et des ressentis du patient face à son état de santé, c'est veiller à maintenir un lien social, un lien avec l'extérieur. En bref, c'est aller à contre courant des comportements déshumanisants développés ci-avant, modestement et avec réalisme, pour rendre une part d'humanité à ces lieux de vie si particuliers. On n'imagine pas trouver aujourd'hui dans le chef d'un non professionnel une solution à un problème à la fois psychosociologique et organisationnel. Le volontaire doit-il être considéré comme une personne sans expérience, ni expertise, parce qu'il est un « non professionnel » dans une structure dominée par l'hyperspécialisation technique ?

### 3.1.2. Des besoins de présence et de service

#### A. Les patients

Si au départ d'une relation avec le volontaire, le patient n'exprime pas ou peu d'attentes explicites, le patient développe au gré de cette relation qui s'installe avec un volontaire des besoins que l'on pourrait qualifier de deux ordres :

... Un besoin de présence et de réconfort où, dans la rencontre du volontaire qui représente la vie civile, le patient retrouve une dimension sociale que le déséquilibre naturel et obligatoire entre lui et les professionnels de la santé tend à enfouir. Il ne peut y avoir d'égalité naturelle dans la relation thérapeutique, confrontant à la fois la souffrance des uns et le savoir des autres. Une patiente dans un service d'oncologie nous traduisait son sentiment: « *Beaucoup de gens aimeraient avoir une petite visite, car c'est un moment différent* ».

L'écoute et le dialogue sont évidemment des manifestations de ce besoin de présence et de réconfort, mais celui-ci peut se faire également dans le silence ou le monologue auprès de patients dysphasiques par exemple. Le geste aussi peut répondre à ce besoin de présence, particulièrement valorisé auprès de patients en soins palliatifs. Un article de la revue « Contact » de l'Aide et des Soins à Domicile<sup>40</sup> exprimait très bien l'origine de ce besoin lié au sentiment de solitude, tant face à l'épreuve que de manière générale au sein d'une société devenue individualiste: « Il reste encore beaucoup à faire pour que celui qui meurt se sente encore appartenir à une entreprise, à une rue, à un voisinage, à une commune... » (p.3, N°104).

Bien sûr, derrière cette recherche d'appartenance se glissent des phénomènes d'identification et des limites qui lui sont associées. Mais comme dans bien des situations, on peut appliquer au patient hospitalisé le concept de « déterritorialisation » du philosophe Gilles Deleuze. Il y a en effet perte d'un territoire, non seulement géographique, mais plus largement de ses habitudes et d'une partie de ce qu'il est, de son identité. Il se sent donc déshumanisé. Face à cette situation rarement consciente, l'homme va éprouver le besoin implicite de retrouver une part de son « territoire », de ce qu'il est, notamment par l'échange et la présence d'autrui. Mais, en aucun cas, le corps professionnel ne pourra rencontrer seul ce besoin, puisse-t-il y mettre toute l'attention voulue, vu qu'il incarne lui-même une part de cette « déterritorialisation ».

... Un besoin de service, d'aide au vécu du patient, parfois bien en peine de pouvoir compter sur un proche ou sur le personnel pour accomplir des tâches de divertissement, de confort, de réinsertion ou de première nécessité parfois (déplacement, alimentation,...). Les tâches peuvent varier fortement entre patients et organisations, mais il est crucial de garder en mémoire les bouleversements d'habitudes provoqués par la pathologie et la prise en charge d'un patient en dehors de son environnement habituel. Ces bouleversements peuvent créer une rupture avec ce que l'on était, avant la maladie, avec nos sensations de vie, tout en gardant un espoir de récupérer un état qui semble perdu. En parlant de son apprentissage pictural avec une volontaire de l'ASBL Topaz, centre de jour pour patients en phase terminale, un patient interrogé par La Ligue des Familles<sup>41</sup> disait :

<sup>40</sup> Source : Contact, Revue de l'association Aide et Soins à Domicile, n°104, 2005.

<sup>41</sup> Le Ligueur, 2007, n°23, p.6

« Hilde, une des volontaires m'a parlé des grands peintres, de leurs techniques, et je me suis lancé. C'était formidable! Bien sûr, je n'étais pas Rembrandt, mais j'oubliais tout, même ma tumeur. »<sup>42</sup>

Bien entendu, les besoins ne sont pas exclusivement centrés sur les patients aux pathologies lourdes. La palette est large, et les évolutions de l'activité médico-hospitalière, comme le raccourcissement des durées de séjour, font également apparaître de nouveaux besoins pour les patients, comme celui de son accompagnement vers son domicile ou son nouveau lieu de vie.

Ajoutons que ces deux types de besoin se rejoignent plutôt qu'ils ne s'opposent. La réalisation d'une tâche comme l'aide au repas dans un service de dialyse, le café ou la lecture apportée au chevet du patient, contribue généralement au besoin de présence. Ainsi une patiente nous disait : « Je n'aime pas leur café mais je suis tellement contente de la voir arriver dans ma chambre que je n'oserais le lui dire. J'aurais tellement peur qu'elle ne vienne plus ».

Dans le même ordre d'idée, une autre patiente expliquait qu'elle avait oublié ses lunettes de lecture à son domicile, mais qu'elle n'aurait pas voulu le signaler à la bibliothécaire, de crainte qu'elle ne passe plus. Ceci traduit bien l'idée que, dans certains cas, la tâche est un prétexte à la présence.

De la même manière, la présence d'un volontaire peut aussi l'amener à réaliser certaines tâches comme ramasser un vêtement, appeler une infirmière, déplacer un vase, ranger un plateau,... - n'oublions pas que nous sommes dans un contexte de santé, et donc de danger d'actions inopportunes -, autant de petites choses qui paraissent élémentaires pour un bien-portant mais qui peuvent représenter des montagnes pour un souffrant.

## B. Les proches

Rares sont les familles à ne jamais avoir vécu un événement de santé d'un proche modifiant l'équilibre de l'espace privé. Dans une vision systémique, le patient est une personne dont le changement d'état apporté par sa situation sanitaire bouleverse la vie de son entourage familial, social et professionnel.

La façon dont les proches vont être confrontés au changement dépend bien entendu de multiples facteurs, dont certainement la personnalité, la proximité entre les individus, la durée du change-

ment vécu, les perspectives d'évolution de la santé du patient et la capacité d'adaptation des proches à ces changements.

### **Dans ce contexte, le proche peut également exprimer de manière implicite des besoins de présence et de service :**

- ... le besoin de présence et de réconfort face à sa propre difficulté à vivre le changement, à l'accepter, et la solitude qu'il peut éprouver dans cette situation. Le besoin d'écoute et de dialogue pour exprimer son ressenti et grandir à son tour dans la difficulté, comprendre, apprendre pour évoluer dans la nouvelle vie qui est la sienne, se sentir moins seul face aux épreuves. La maladie et la souffrance ne touchent pas que le patient, et obligent les proches à trouver à leur tour de nouveaux équilibres ;
- ... le besoin de service et d'aide est certainement également présent dans le chef des proches, pris dans une nouvelle tourmente pour laquelle la société laisse peu de répit. La présence d'un volontaire auprès d'un patient peut répondre en même temps à un besoin de services des proches, incapables de soutenir le patient comme ils souhaiteraient le faire. Une personne proche d'une patiente en fin de vie nous disait : « Je me sens coupable de ne pas pouvoir venir davantage. Maman va mourir mais je ne me sens pas la force d'en faire plus, je suis épuisée... je suis contente qu'elle ait de la visite ».

Le besoin de service du proche est tout aussi précieux à domicile lorsque celui-ci accueille le patient en convalescence, en lente dégénérescence ou en fin de vie. Il faut apprendre à vivre concrètement sa vie, dans sa sphère privée, avec la maladie, le traitement et leurs conséquences parfois très lourdes.

« Maman prend soin de papa du mieux qu'elle peut mais c'est très lourd. Avec sa maladie, il fait des bêtises sans arrêt... ».

La présence des volontaires au chevet des patients permet à ces proches de souffler, de pouvoir s'évader un petit peu,... pour mieux s'occuper des leurs par après. C'est la volonté des ASBL Apepa et Auti Ressources qui visent à former des personnes capables de baby-sitter des enfants autistes afin d'offrir quelque répit à leurs parents. Au-delà du temps offert et des menus services des gestes de la vie, c'est une forme de soulagement recherché pour mieux continuer à se battre ou, tout simplement, accompagner.

<sup>42</sup> Ibidem

### 3.1.3. Profil de patients et appréciation de l'action volontaire

Dans nos rencontres, nous n'avons jamais entendu parler de rejet de volontaires ou de freins à leur présence dans le chef de patients, ce qui ne signifie pas qu'il n'y en ait définitivement pas. Un sentiment d'indifférence a pu être décelé chez certains patients, mettant ainsi en évidence que le mouvement volontaire ne sera pas perçu de la même manière par tous les patients. Analysant la satisfaction des patients dans le secteur hospitalier en Régions wallonne et bruxelloise, il nous a paru intéressant d'identifier les profils de patients pour lesquels l'action des volontaires est mieux appréciée au cours de leur séjour hospitalier.

**En 2006, près de 16.000 patients des services d'hospitalisation classique ont répondu à une enquête de satisfaction pilotée par BSM, comprenant une évaluation de l'action volontaire à leur égard. Il en est ressorti que :**

- ... les patients plus âgés ont davantage préféré le contact avec les volontaires, en particulier les 60-80 ;
- ... le type de séjour (moins de 4 jours – 4 à 7 jours – plus de 7 jours d'hospitalisation) n'a pas d'impact sur l'appréciation de l'action des volontaires, ce qui tend à montrer que les activités des volontaires peuvent être suffisamment multiples pour être appréciées ;
- ... le fait que le patient ait programmé son séjour entraîne une appréciation plus élevée de la prise en charge par les volontaires, en comparaison de ceux qui sont venus de manière urgente à l'hôpital. Plus que l'action du volontaire, ce sont probablement les conditions d'hospitalisation dans lesquelles se trouve le patient dont le séjour n'est pas programmé qui entraînent une perception moins bonne de l'ensemble du séjour hospitalier ;
- ... les patients séjournant en chambres multiples (3 ou 4 lits) apprécient moins bien l'accueil et le soutien des volontaires que ceux qui résident en chambre individuelle ou double. L'intimité particulière de la relation entre le patient et le volontaire doit probablement disparaître quelque peu dans des chambres où séjournent trois, voire quatre patients ;
- ... ce sont les patients des services de chirurgie qui apprécient le plus le contact avec les volontaires ; à l'inverse, c'est en maternité que les volontaires semblent somme toute fort logique-

ment les moins attendus. Un département de chirurgie, aussi important puisse-t-il être dans l'amélioration de la santé de la société, est un lieu de déshumanisation naturellement plus fort par le type de traitement subi par le patient. A l'inverse, un service de maternité est le lieu où l'humanité est intrinsèquement la plus évidente dans un hôpital ;

... enfin, nous observons de grandes variations d'appréciations entre hôpitaux, révélant de fortes différences de pratiques de volontariat entre institutions hospitalières. C'est cette divergence de pratiques que nous allons tenter de comprendre dans la section suivante.

### 3.2. Point de vue des organisations de soins de santé

Toutes les organisations de soins, sans exception, se définissent naturellement comme étant centrées sur les patients, voulant promouvoir une culture organisationnelle focalisée sur leurs besoins. Aucun professionnel hospitalier ne prétendra le contraire. « Produire la santé et la satisfaction telles qu'elles sont définies par une société particulière ou une sous-culture constitue la validité fondamentale de la qualité des soins », disait Donabedian<sup>43</sup>, l'un des pères de la réflexion sur la qualité dans les organisations de soins. Mais dans un contexte de tensions économiques, de pressions concurrentielles et sociales, de fragilité d'emploi, d'innovations technologiques et informatiques permanentes, d'augmentation des besoins d'une population vieillissante et d'incertitudes sur l'avenir à moyen terme, comment intégrer concrètement cette volonté de donner au patient toute la place qu'on souhaiterait lui offrir ?

Dans cette section, nous allons aborder le volontariat dans la perspective organisationnelle des institutions de santé dans leur ensemble, faisant place à la diversité des structures de soins et des professions qui l'occupent, illustrant les bonnes pratiques identifiées autant que les difficultés évoquées par les acteurs.

#### 3.2.1. La collaboration avec des volontaires : « ça (r)apporte quoi ? »

Les raisons, pour une organisation de soins de santé, de collaborer avec des volontaires sont assez évidentes. En cette période de pénurie d'une certaine main d'œuvre, de contraintes budgétaires fortes, de durcissement de la concurrence et de demande accrue de la part de la patientèle d'une prise en charge plus

<sup>43</sup> DONABEDIAN A., Evaluating the Quality of Medical Care, Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966.

humaine, tout apport non rémunéré par l'organisation et pouvant concourir au bien-être des patients, des résidents ou de leurs proches, ou au bon fonctionnement de l'organisation ou de certains de ses services, est le bienvenu.

La porte n'est toutefois pas pour autant toujours grande ouverte aux volontaires. Ainsi, parmi les institutions de soins de santé interrogées, toutes, loin s'en faut, ne collaborent pas avec des volontaires.

#### **Les motifs rencontrés divergent :**

- ... Méconnaissance ou minimisation de l'apport des volontaires au sein d'une organisation de soins de santé
- ... Méconnaissance par le volontaire de la réalité du terrain et du vécu des organisations, des patients et des résidents, conduisant à un décalage entre l'attitude du volontaire et les comportements attendus par l'organisation
- ... Expérience précédente peu concluante avec des volontaires ayant commis des gestes inappropriés, ayant entraîné des tensions entre professionnels au sein de l'organisation ou de l'insatisfaction dans le chef des patients ou des résidents. Dans la même idée : incapacité du volontaire à adopter une position de neutralité en réponse, par exemple, à certaines critiques émises par le patient ou par le résident à l'égard de l'organisation de soins
- ... Manque de légitimité de leur présence aux yeux des professionnels de la santé
- ... Menace d'une rupture d'équilibre syndical au sein de l'organisation (où le volontaire serait perçu comme un « bouffe-boulot »)
- ... Incapacité à organiser le volontariat au sein des organisations par manque de structure adéquate ou de personnel. Dans la même idée, crainte que l'encadrement des volontaires fasse perdre plus de temps qu'il n'en fera gagner
- ... Manque d'information disponible sur la possibilité de collaborer avec des volontaires: à qui s'adresser, où les trouver, comment les former, ...
- ... Risque accru lié à la responsabilité des établissements de soins à l'égard de leurs volontaires et, plus généralement, peur et méconnaissance de l'implication de la nouvelle loi sur le volontariat.

Les divergences d'opinion et d'intégration de volontaires au sein des organisations de soins de santé témoignent d'une absence de consensus sur l'apport du volontariat dans les institutions. Et même au sein des organisations qui collaborent avec des

volontaires, l'importance qui leur est accordée et les moyens mis en œuvre pour développer un partenariat efficace peuvent varier fortement selon le degré d'implication plus ou moins important de la direction.

L'efficacité, le mot est lancé, est bien une des variables en question dans les décisions institutionnelles que prennent les dirigeants. L'époque actuelle ne permet plus de gérer une organisation, quelle qu'elle soit, sans évaluer le rapport coût - bénéfice de chaque projet. Et le volontariat n'échappe pas à cette règle, même si, heureusement, ces notions ne doivent pas être considérées sur le seul plan financier. Tout l'enjeu du développement du volontariat passera par une reconnaissance commune des coûts et des moyens à mettre en œuvre pour organiser l'action volontaire, afin d'en dégager des avantages supérieurs pour l'organisation. Sans confondre objectifs de qualité et de quantité, refuser ce débat par principe desservirait la cause même du mouvement volontaire.

Comme le disait le Directeur des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, le choix du volontariat s'apparente d'abord à un choix de valeurs. En effet, derrière la question de l'apport du volontariat, se pose la question des valeurs que l'organisation veut défendre. La valeur qu'un hôpital comme celui de Mont-Godinne cherche à promouvoir, c'est de produire de la qualité. Et la question de la qualité est particulière dans un hôpital. Dans une organisation marchande classique, la qualité est un moyen au service du profit financier. Au sein d'un hôpital, la logique est différente. L'objectif final est de faire de la qualité ; et pour la produire, on cherche des moyens. C'est donc le paradigme inverse. Vu sous cet angle, il restera toujours quelque chose de plus à apporter au patient pour promouvoir davantage de qualité. Dans ce contexte, la question de la plus-value du volontariat devient évidente, puisqu'elle apporte des dimensions supplémentaires à cette recherche de qualité.

Les soins globaux sont entièrement pris en charge par le personnel soignant, mais tout ce qui entoure la qualité de vie des patients n'est pas nécessairement subsidié. Dès qu'une tâche peut être subsidiée, l'emploi doit être privilégié au volontariat. Mais lorsque cela ne l'est pas, soit la tâche est confiée à des volontaires, soit elle ne peut tout simplement pas être offerte aux patients. Or, ces tâches peuvent grandement concourir à un plus grand confort physique et mental des patients.

A la question de savoir si l'on peut se passer des volontaires, la réponse est donc clairement non, car le volontariat répond à des demandes de patients qui ne trouveraient tout simplement pas de réponse en l'absence de volontaires. Ainsi, toujours dans cet hôpital, il y a des bénévoles, qui se chargent de coraquer les gens, de les accueillir, de les guider, ... Il n'y aura jamais de personnes rétribuées pour faire cela, or c'est un service immense pour les patients ou les proches.

Aujourd'hui, le personnel est très bien organisé, mais pas assez nombreux. En conséquence, le personnel s'organise pour que la prise en charge classique - c'est-à-dire centrée sur les soins - soit assurée sans les volontaires. Mais même dans l'hypothèse idéale où l'organisation disposerait d'un personnel en suffisance pour rencontrer tous les besoins des patients, les volontaires auraient encore leur place, car ils insufflent un esprit différent dans l'organisation, contribuant intrinsèquement à sa qualité de vie. Ils peuvent donner de leur temps gratuitement et représente ce lien à la vie civile. Une proche de patient s'exprimait ainsi :

*« Certes, les soignants donnent de leur temps, et ils doivent être chaleureusement salués et remerciés. Mais le fait d'avoir des personnes volontaires qui venaient m'écouter, me remonter le moral, à toute heure, a une valeur inestimable. Ils parlent avec les mêmes mots que moi... On se sent soutenu, compris, écouté, même si c'est juste pour pleurer, pour se tenir la main. Le personnel ne sait pas avoir cette disponibilité, surtout auprès des proches. Les volontaires donnent du temps pour rien, et cela, c'est chapeau bas. C'est un grand cadeau ».*

Certes, des coûts sont associés à la mise en place de volontaires au sein d'une organisation. A tout le moins, nous pouvons notamment citer :

- ... Les assurances à prévoir pour se prémunir de tout risque, et pour être en conformité avec la loi
- ... Les frais liés au recrutement et à l'encadrement des volontaires, condition semble-t-il indispensable au succès de l'action volontaire
- ... Les coûts de formation des volontaires afin qu'ils s'intègrent harmonieusement et qualitativement dans l'organisation.

Mais ces coûts ne sont en aucune mesure comparable aux services rendus. La question du coût ou de l'investissement ne semble donc pas inutile, mais le volontariat ne devrait pas s'envisager en ces termes, du moins dans des organisations de taille aussi importante que l'hôpital. Il en est toutefois

tout autre pour de petites associations pour lesquelles ces mêmes coûts peuvent signifier un frein extrêmement important dans la poursuite des missions associées.

### 3.2.2 Le recrutement des volontaires dans les organisations

#### A. Le recrutement

Puisse-t-on être convaincu de l'intérêt de collaborer avec des volontaires, encore faut-il savoir comment les recruter ? Nous avons identifié trois modes de recrutement de volontaires dans les organisations de soins rencontrés :

- ... La candidature spontanée : une personne désireuse d'œuvrer dans l'organisation s'adresse spontanément à celle-ci pour lui proposer ses services. Ainsi, par exemple, des organisations de soins palliatifs comme l'ASBL Domus ou l'ASBL Sarah refusent à l'heure actuelle toute autre forme de collaboration que le recrutement spontané, vu la particularité du volontariat qu'elles proposent, ce qui peut éventuellement les pénaliser en termes de disponibilité de volontaires sur certaines zones géographiques. En outre, l'application de critères stricts de sélection peut encore faire chuter le nombre de personnes qui intégreront l'équipe des volontaires. Ainsi, à l'ASBL Sarah par exemple, le candidat volontaire doit avoir au minimum 25 ans, attendre au moins un an en cas de décès d'un proche survenu récemment, ne pas montrer de signe de dépression ou être atteint d'une maladie grave, comme le cancer par exemple, et monter un intérêt fort pour l'implication volontaire. Il doit en outre s'engager à suivre des formations, tant avant sa première action sur le terrain que de manière continue par la suite (2 jours de formation par an). A la réception d'une candidature spontanée, un processus de sélection intégrant différentes étapes est mis en œuvre. Ainsi, chez Domus, après avoir rencontré la directrice de l'association pour discuter du cadre de la mission et s'assurer que celle-ci correspond aux attentes du volontaire, le candidat rencontre un psychologue de la plate-forme Pallium des soins palliatifs. Si directrice et psychologue s'entendent sur la collaboration du candidat, celui-ci passera encore un stage de 6 mois au cours duquel il suivra une formation et participera à des réunions avec d'autres volontaires et infirmières sur le terrain.



Ce mode de recrutement spontané semble d'autant plus efficace que l'organisation fasse connaître au grand public sa mission en tant qu'organisation de soins, mais également ce que les volontaires font en son sein et comment ils participent à cette mission, ce qui entraîne curiosité et bouche-à-oreille dans la région avoisinante. Les grandes organisations ayant « pignon sur rue » ou une notoriété naturelle (comme les hôpitaux par exemple), sont donc favorisées par ce mode de recrutement.

- ... L'appel à candidat volontaire : faute de candidats suffisants, l'organisation peut faire appel à des candidats via les médias, la presse, un site web, des associations de personnes, ... Ainsi, par exemple, les mutualités libérales ont lancé un appel via un petit document cartonné placé dans des organisations de soins pour trouver des volontaires prêts à aider les patients dans le transport entre domicile et lieu de soins. Le Centre Neurologique William Lennox, hôpital spécialisé, s'adresse quant à lui à l'association de l'Université des Aînés pour sensibiliser d'éventuels candidats volontaires. Le journal « En Marche », publié par les Mutualités Chrétiennes, relaye de nombreux appels à volontaires. Le Centre Hospitalier Régional de Tournai fait un appel à volontaire via son site web, etc.
- ... Le recrutement via une association relais : certaines institutions ont décidé de confier le recrutement de volontaires à des associations relais telles qu'Entraide et Amitié, la Croix-Rouge ou l'Association pour le Volontariat. Ainsi, le Centre Hospitalier Notre Dame et Reine Fabiola de Charleroi, bien qu'il reçoive également des candidatures spontanées, a décidé de collaborer avec l'antenne régionale d'Entraide et Amitié pour assurer une bonne sélection des candidats volontaires, afin d'éviter de recruter des personnes dont le profil pourrait être plus adapté à d'autres secteurs d'activités que celui de la santé. Bien qu'ayant une tradition de collaboration avec le volontariat, la Clinique et Maternité Ste Elisabeth à Namur a décidé de collaborer à l'avenir uniquement avec la Croix-Rouge, qui coordonnera le volontariat au sein de l'institution et aura pour mission de recruter les candidats. L'hôpital Erasme collabore lui aussi avec la Croix-Rouge pour le recrutement et la formation des volontaires. La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile s'appuie fortement sur les Mutualités Chrétiennes, sur la Croix-Rouge et sur Télé-Service pour trouver des personnes susceptibles de

pouvoir effectuer du transport de patients ou de matériel. Elle s'appuie également sur le réseau d'associations régionales pour relayer certaines demandes dans certaines régions en particulier.

A travers ces exemples, nous observons des pratiques différentes, dépendantes souvent du réseau préexistant autour de l'organisation et de l'exigence en termes de profil, qui peuvent donner des idées nouvelles en la matière à certaines institutions.

## **B. Le contrat moral de collaboration**

### **Les institutions de soins rencontrées et collaborant avec des volontaires formulent généralement des exigences en vue d'une collaboration future, au-delà de l'exercice gratuit de leurs activités.**

- ... Communément à d'autres types de volontariat, le respect de l'engagement pris en termes de disponibilité et de respect des horaires est une condition sine qua non, permettant une bonne coordination, au sein de l'organisation, entre volontaires, professionnels et patients. La charte de l'ASBL Sarah stipule ainsi que « l'accompagnement est exercé par des non-professionnels, mais doit être accompli avec professionnalisme ». Plus généralement, il est parfois demandé au volontaire de prendre conscience qu'il fait partie d'une équipe, ce qui suppose un souci constant de solidarité envers chacun.
- ... La discrétion, la confidentialité et le respect du secret médical, pour peu qu'il soit évoqué dans la relation patient-volontaire, constituent une autre condition indispensable. Il n'est pas envisageable que le volontaire, délibérément, enfreigne ce droit du patient, ce qui serait absolument contraire au besoin implicite d'humanisation auquel il tend à participer.
- ... Le respect de l'autre, de ses convictions philosophiques ou religieuses, de la maladie et des failles de la maladie est une autre condition spécifique du volontaire en soins de santé. Il entre dans une relation où l'autre est une personne fragilisée et dont l'évolution est parfois incertaine.
- ... Le respect de la vie intime du patient est une autre condition essentielle et spécifique. En tant que représentant de la société civile, le volontaire est engagé auprès du patient sur un plan social et non privé ou thérapeutique. Il ne peut en aucun cas franchir cette barrière de son propre chef. Ainsi, il ne peut établir de projet en lieu et place de la personne accompagnée, et ne peut chercher à prendre la place de la famille ou d'un(e) ami(e).

Il doit pouvoir écouter sans poser de questions et doit être capable de prendre le recul nécessaire pour se prémunir lui-même. A cette fin, et en fonction de la mission qui lui est confiée, il doit bien se connaître, avoir un bon équilibre émotif, une vie personnelle équilibrée (ceci est particulièrement important dans les soins palliatifs) et ne pas attendre du volontariat une réponse à ses propres problèmes.

- ... Enfin, l'organisation demande l'engagement formel que l'état de santé du volontaire ne puisse pas nuire à la santé des autres personnes qu'il côtoie.

Selon les institutions, d'autres exigences ont été exprimées à l'égard du volontaire actif en santé, sans qu'elles ne soient l'apanage d'une seule organisation. Par exemple, chez Domus, il est demandé au volontaire de poursuivre sa formation ainsi que de participer aux réunions mensuelles pour débriefer et garder le contact, car les volontaires prestent au domicile du patient et pourraient perdre progressivement le lien avec l'association. Au Centre Hospitalier Notre Dame et Reine Fabiola, il est demandé aux volontaires d'exprimer leurs difficultés directement auprès de la coordinatrice institutionnelle, de même qu'il leur est demandé de prévenir d'une éventuelle fin de collaboration, afin de préparer le relais. Au Centre William Lennox, il est demandé aux volontaires de se référer au personnel en cas de difficulté avec le patient. Chez Entraide et Amitié, le volontaire s'engage également à participer à une réunion d'évaluation déterminée bien à l'avance. Aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, ancrées profondément dans les valeurs chrétiennes, il est rappelé au volontaire qu'il doit veiller à une stricte neutralité et éviter toute forme de propagande religieuse ou politique. Les conditions de fin de prestation ou de suspension temporaire des activités sont également bien préétablies, de manière à clarifier la notion d'engagement au nom de l'institution. A l'ASBL Sarah, des exigences pratiques sont formulées (porter son badge, accepter la formation continue, informer un responsable de l'ASBL en cas de perte d'un proche, participer à des réunions de coordination ou d'échanges,...). La Seniorie de Braine-le-Château veille plus spécifiquement au style général de la personne, notamment vestimentaire, pour qu'il ne heurte pas les résidents âgés.

On sent à travers ces exemples que les exigences, au-delà de considérations propres à la notion d'engagement dans un secteur aussi particulier que celui de la santé, sont adaptées en fonction du profil des patients, de l'organisation hôte et à la manière de prodiguer les soins à leur chevet. Le volontaire collabore avec les équipes en place en s'adaptant à la réalité rencontrée. Le rappel des conditions d'engagement à travers une charte du volontariat ou une convention de collaboration a le grand mérite de préciser les engagements respectifs des parties. A titre illustratif sont présentées en annexe la charte du volontariat des cliniques universitaires de Mont-Godinne, ainsi que la convention entre les volontaires et l'ASBL « Volontariat d'Entraide et Amitié ».

### 3.2.3. Missions, rôles et tâches confiés aux volontaires

Au même titre que les engagements peuvent varier en fonction de la mission de l'organisation de soins, les rôles confiés aux volontaires vont être adaptés à l'organisation, au type de patient, à son état de santé, à sa personnalité et au profil du volontaire. Une coordinatrice de volontaires nous disait : « *Dans mon institution, il y a des volontaires extraordinaires. Mais jamais, je n'oserais confier l'ensemble des tâches à l'ensemble de l'équipe. Je choisis en fonction de ma perception de leur personnalité et de ce qu'ils souhaitent faire et l'expérience m'aide à faire moins d'erreurs qu'auparavant* ».

On peut distinguer deux grands rôles confiés aux volontaires dans les organisations de soins. Ces rôles correspondent aux besoins de présence et de service souhaités par le patient. Le premier est un rôle « d'être », correspondant au besoin de présence et de réconfort, et le second est un rôle « d'agir », répondant au besoin de service et d'aide du patient et de ses proches. Chaque rôle peut concerner une multitude de tâches, mais il serait dangereux de les dichotomiser, tant les rôles peuvent évoluer de l'un vers l'autre en fonction des situations, au même titre que les besoins de présence et de services se rejoignent souvent, plutôt qu'ils ne s'opposent.



**Voici une liste des tâches de volontaires qui ont pu être identifiées au sein des organisations de soins de santé rencontrées. A nouveau, cette liste n'a pas d'objectif d'exhaustivité, de plus elle ne concerne que les organisations de soins par opposition à toutes les associations de secteur de la santé, mais elle souligne la diversité et la richesse de ce que peut représenter la collaboration avec des volontaires, et donner certaines idées de projets.**

- ... L'accueil et le guidage : ces volontaires ont pour mission d'accueillir et de guider les patients et leurs proches. Souvent situés dans les halls d'entrée ou dans des unités à forte fréquentation (radiologie par exemple), ils vont indiquer le chemin, renseigner la présence d'un service,...
- ... L'accompagnement : dans ce cas-ci, le volontaire ne se contente pas de guider, il accompagne le patient hospitalisé vers sa chambre, l'aide à s'installer, lui communique certaines informations pratiques relatives à son séjour.
- ... Le transport extra- et intra-muros : le volontaire va conduire un patient en dehors de l'institution vers un autre centre de soins pour un examen, le raccompagne à son domicile, etc. Le transport de patients ou de matériel est ainsi l'une des activités les plus importantes des volontaires actifs dans les organismes d'Aides et de Soins à Domicile. A l'intérieur de l'organisation, il va l'accompagner ou le brancarder vers un lieu d'examen, de traitement ou de détente, et va l'y récupérer.
- ... La bibliothèque : le volontaire gère un stock de livres ou de revues (de plus en plus prisées vu le raccourcissement de la durée de séjour) qu'il prête au patient durant son séjour. Poursuivant le même objectif, le volontaire peut organiser le prêt d'ouvrages dans des organisations ne disposant pas de bibliothèque en allant chercher et en ramenant les livres dans les dépôts, et en organisant leur distribution auprès des résidents.
- ... Le service de collation/boisson : souvent représenté par la tasse de café ou de thé, le volontaire propose une petite collation au chevet du patient. La collation est plus souvent un prétexte pour créer un espace d'échange.
- ... L'aide à l'alimentation : le volontaire aide le patient ou le résident à prendre son repas.
- ... La cafétéria : le volontaire gère un espace convivial où patients/résidents et proches peuvent venir échanger ou se divertir.
- ... La boutique : le volontaire gère et met à disposition des produits de première nécessité pour le patient ou le résident.
- ... La visite en chambre ou à domicile : le volontaire se rend au chevet du patient pour l'écouter, dialoguer, le reconforter, dans l'échange verbal et non-verbal. C'est aussi l'occasion d'accomplir des gestes anodins, pour autant qu'aucun de ceux-ci ne soit considéré comme dangereux par les équipes de soins.
- ... Les activités de divertissement : le volontaire offre aux patients des moments de récréation au travers d'activités communes ou individuelles, comme des activités ou animations artistiques, culturelles, ludiques, voire sportives, visant tant la stimulation et l'évasion et que la recherche de dignité.
- ... Les activités de services aux patients / aux résidents, comme par exemple l'aide pour se coiffer, se maquiller... Entre également ici la réalisation, pour des patients ou des résidents, de menues courses ou de menus services, comme l'achat d'une paire de pantoufles, le dépôt ou le retrait de courrier, ...
- ... La prise en charge partielle de tâches pratiques pour l'organisation. Il ne s'agit plus ici d'un service au patient/résident, mais bien d'un service offert à l'organisation, tel que l'aide à l'entretien d'un jardin par exemple
- ... Les activités d'apprentissage : le volontaire offre aux patients l'occasion de s'initier ou de se perfectionner dans une discipline comme la peinture, l'informatique,... visant des objectifs d'épanouissement et de socialisation.
- ... L'hébergement des proches : dans certaines circonstances d'hospitalisation longue et/ou lointaine, les volontaires permettent aux proches du patient d'être hébergés à proximité de ce dernier (mais en dehors de sa chambre) au prix coûtant.
- ... L'écoute des proches : dans un espace réservé, le volontaire est à l'écoute des proches. C'est un service plus souvent identifié en soins palliatifs que curatifs.
- ... Le soutien à des manifestations ponctuelles : le volontaire offre son temps lors d'occasions particulières comme la fête annuelle de l'institution, des sorties, des excursions ou des voyages, ...
- ... Le soutien à des moments ponctuels de l'année, comme par exemple :
  - pendant les vacances, assurer une présence plus importante lors de l'éloignement temporaire des familles
  - pendant les périodes de forte chaleur, aider à la bonne hydratation des patients ou des résidents

- ... L'accompagnement d'actions d'aide médicale urgente, ainsi que la participation aux organisations de secours ou à des cellules de première prise en charge sur le terrain, lors d'évènements particuliers (par exemple un poste de prévention-secourisme lors de festivités populaires de grande envergure, ...) sont des activités pouvant également être prestées par des volontaires dans le secteur des soins de santé. Nécessitant des aptitudes reconnues en matière de prise en charge du patient, ce type de volontariat particulier impose l'acquisition d'une expertise par la formation, comme par exemple le Brevet Européen de Premier Soins et le Brevet de Secouriste.
- ... Une autre forme particulière d'activités volontaires dans l'univers des soins de santé, comme dans beaucoup d'autres secteurs d'activités d'ailleurs, est celle prestée par les personnes venant en support des associations. Il peut s'agir de tâches liées à l'organisation, l'administration ou à la gestion des associations. Cela peut également correspondre à des rôles de formation confiés à des volontaires en vue d'initier ou de perfectionner d'autres volontaires. Même si ces volontaires en support de l'organisation ne sont pas nécessairement en contact avec le bénéficiaire final que serait le patient ou un proche dans le secteur qui nous concerne, l'importance de leurs missions est cruciale dans l'existence du mouvement associatif et dans l'action volontaire.

De manière générale, toutes ces tâches génériques peuvent se décliner sous formes très variées. Par exemple, les activités de divertissement peuvent signifier un récital musical, une animation de clowns, une participation à des jeux de société, un accompagnement pour une promenade, la mise sur pied d'une chorale, l'animation d'activités sportives adaptées, des ateliers de rencontres intergénérationnelles, ... chaque activité s'adapte en fonction des capacités et attentes des personnes auxquelles elle s'adresse, et des moyens mis à disposition. A travers l'évocation de ces tâches, on ressent l'importance des deux rôles d'être et d'agir des volontaires et le danger qu'il y aurait de n'être que dans l'agir face au besoin implicite d'humanisation.

#### 3.2.4. La formation nécessaire au bon exercice de la mission confiée

Comme préalablement cité, si le volontariat est exercé par des non-professionnels, il doit néanmoins être accompli avec « professionnalisme » dans le sens de la qualité attendue, et donc nécessiter une

expertise particulière, fonction du travail à accomplir. Si certaines tâches demandées aux volontaires ne nécessitent pas de compétences ou de connaissances spécifiques, d'autres au contraire peuvent requérir une formation préalable. Cette condition de formation préalable a été mise en évidence par la très grande majorité des acteurs rencontrés, comme étant une condition préalable primordiale au bon déroulement de l'action volontaire.

Faisant le plus souvent partie des conditions au recrutement ou du contrat moral passé avec les candidats volontaires, la formation est évidemment liée au type de mission confiée aux volontaires et au lieu dans lequel elle prend place. Elle touche tant la dimension « être » que « faire » de leur action, la dimension « être » nécessitant des aptitudes et des techniques toutes particulières, la dimension « faire » touchant davantage à une compréhension d'un mode de fonctionnement ou du comportement attendu.

De manière générale, les coordinateurs de volontaires souhaitent à tout le moins une courte formation, pas toujours formelle d'ailleurs, sur la connaissance du milieu dans lequel le volontariat va prendre place. Le volontaire connaît-il le fonctionnement général d'une maison de repos et de soins, les contraintes du personnel, les réactions des personnes âgées ? Certaines personnes rencontrées ont également fait part de leur souhait d'intégrer une séance de formation ou d'information sur la loi sur le volontariat, de manière à ce que le volontaire connaisse ce qui peut entrer dans le cadre de son action, et ce qui n'y entre pas. Cette demande est d'ailleurs formulée par les gestionnaires d'établissement eux-mêmes.

#### **A cette formation généraliste s'ajoutent des besoins spécifiques en fonction des tâches exercées par les volontaires. Citons à titre d'exemple :**

- ... La formation à l'écoute active (celle-ci doit notamment permettre aux volontaires de pouvoir identifier des besoins ou des problèmes sous-jacents à ce qui est directement exprimé par le patient ou le résident)
- ... Etablir ou améliorer la communication verbale et non verbale avec les personnes désorientées, confuses ou démentes
- ... Etablir le contact avec des personnes inconscientes
- ... Présence à soi, présence à l'autre
- ... Ecoute et accompagnement des patients en fin de vie, des familles et des proches

- ... L'enfant face à la mort
- ... Reconnaître, comprendre et prévenir l'agressivité
- ... Formation à l'accueil
- ... ..

Cette liste illustre que, dans bien des cas, les formations spécifiques touchent davantage à la dimension « être » de l'action volontaire qu'à sa dimension « faire ».

Selon le type d'organisation, la formation est assurée en interne ou confiée à des associations externes. L'ASBL Sarah, par exemple, estimant que la formation fait partie intégrante de sa mission, gère elle-même la formation de ses volontaires. L'Hôpital Erasme, pour sa part, confie majoritairement la formation de ses volontaires à la Croix-Rouge. De plus, elle peut s'organiser lors du recrutement du volontaire ou s'inscrire davantage dans un parcours de formation continue. Finalement, elle peut également prendre la forme d'un accompagnement, par un salarié ou un volontaire expérimenté, du nouveau volontaire dans les premières semaines de son arrivée.

### 3.2.5. L'intégration des volontaires au sein des organisations

Parmi les facteurs de résistance à la présence de volontaires au sein des institutions, trois au moins concernent l'intégration au sein de l'organisation : les conflits avec les syndicats liés au fait qu'ils occuperaient des postes revenant à des professionnels, la légitimité de leurs actions aux yeux des professionnels et le danger de gestes ou attitudes potentiellement dangereux dans un contexte dominé par les compétences et la technique.

#### A. Les relations volontaires - syndicats

Les syndicats ont, par essence, une position délicate à l'égard du volontariat. Organismes de défense sociale, ils sont coincés entre la reconnaissance de l'utilité sociale du volontariat dans le secteur des soins de santé et la défense des droits et des intérêts des salariés.

Les résistances syndicales à l'égard du travail volontaire s'expliquent en partie par la main d'œuvre potentielle, non rémunérée, que représente le volontaire au sein de l'organisation. Accorder au volontaire la possibilité d'œuvrer, signifie que le syndicat autorise la direction à utiliser une main d'œuvre non considérée comme employée, raison pour laquelle certains syndicalistes qualifient les volontaires de « bouffe-boulot ». En période de

déficit d'emploi, on peut concevoir que ce principe soit a priori peu acceptable.

**Afin d'éviter que cette offre volontaire ne se substitue au travail salarié, les syndicats énoncent généralement plusieurs principes. Ces principes sont généralement clairs, mais c'est leur mise en œuvre concrète qui s'avère souvent imprécise, la frontière entre ce qui paraît acceptable et inacceptable pouvant être perçue comme floue. Parmi ces principes, nous retrouvons :**

- ... Le principe de non concurrence, basé sur l'idée que le volontariat ne peut constituer un obstacle à l'emploi. Ce principe en sous-tend d'autres : la reconnaissance de la professionnalisation du secteur, soulevant le problème de la formation, la gestion des risques et la protection de la qualification des travailleurs. Ce principe est clair et légitime. Ainsi, on peut questionner la logique selon laquelle, dans une équipe de sept brancardiers, quatre soient salariés et trois soient volontaires. Néanmoins, la mise en œuvre de ce principe est plus complexe, car elle présuppose qu'il soit possible de dresser une frontière claire entre les missions et les tâches acceptables pour un volontaire et celles qui ne le sont pas. C'est là toute la difficulté et il semble quasiment impossible de dresser cette liste de manière précise. Ainsi, le principe de qualification brandi par certains syndicats, qui veut que, si une qualification est nécessaire, le volontariat n'est pas adapté, n'est pas entièrement satisfaisant. Il peut en effet laisser penser que la formation du volontaire n'est pas nécessaire, ou à tout le moins pas souhaitable, ce qui est contraire à ce qui a été préalablement discuté. Lorsque le volontaire est positionné dans la perspective d'une plus grande humanisation auprès des patients, la position syndicale, certes, valorise cet objectif, mais souhaite défendre prioritairement l'idée d'une plus grande disponibilité du personnel soignant pour participer à ce souhait d'humanisation accrue, le volontaire agissant alors en appui au salarié. Mais professionnaliser ces tâches pourrait les détourner de leur sens premier. En effet, à la lecture du besoin implicite d'humanisation des structures de soins, on comprend que professionnaliser l'échange entre un volontaire et un patient détournerait, par nature, le sens même de la rencontre. Nous le voyons, la question n'est pas simple, et toute la difficulté pour l'acteur syndical réside dans ce délicat équilibre à trouver entre utilité sociale du volontariat et défense des intérêts des travailleurs salariés.
- ... Le principe de non permanence du volontariat,

qui souligne que les tâches du volontaire doivent s'inscrire dans un schéma non permanent et non récurrent. Les syndicats défendent en effet l'idée selon laquelle un travail récurrent et permanent occupé par un volontaire devrait évoluer vers un emploi structurel. Ce principe est compréhensible, mais davantage sujet à débat, car une des conditions de succès de l'action volontaire est précisément la fidélité dans l'engagement. Si le volontaire ne peut se positionner que sur des projets transitoires et limités dans le temps, quelle est sa véritable utilité pour l'organisation, au-delà du simple dépannage ? L'application de ce principe de non permanence dans son sens strict conduirait sans doute à rendre impossible toute action volontaire au sein des organisations de soins, puisque la plupart des tâches et des missions confiées à des volontaires répondent à des besoins permanents des patients, des résidents, des proches et de l'organisation. Or, sans la présence de volontaires, certaines tâches exercées, non subsidiées et jugées insolubles, ne seraient jamais remplies, au détriment de la société, des patients, de leurs proches et des valeurs qu'une société souhaite prôner. Une personne de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile rappelait en effet que, si les volontaires disparaissaient, cela ne se traduirait pas en gain d'emplois, mais en perte de services pour les bénéficiaires finaux: « *Certains besoins non satisfaits par des volontaires ne le sont tout simplement pas* ». En outre, ce principe, plus sujet à débat que le précédent, soulève également toute une série de questions dans sa mise en œuvre. Un visiteur de malade qui vient au chevet de patients hospitalisés une fois par semaine, 38 semaines par an, depuis 10 ans, s'inscrit dans un projet permanent et récurrent, et il n'est ni souhaitable ni réaliste qu'il évolue vers un emploi structurel. Des exemples de la sorte ne manquent pas.

Si la formalisation de prescrits généraux clairs et précis sur la place du volontaire dans l'organisation de soins semble utopique, il existe néanmoins une solution privilégiée par les centrales syndicales rencontrées: encourager le travail de concertation sur le terrain entre les différentes parties, pour qu'elles construisent ensemble des projets respectueux de chacun. Il semblerait que la stimulation du dialogue entre les parties soit véritablement un facteur clé de succès de la bonne intégration des volontaires au sein des organisations de soins. Un bon exemple d'intégration de l'action syndicale avec l'action volontaire nous vient des Cliniques Universitaires

de Mont-Godinne, qui ont choisi d'en faire des partenaires de terrain. Plutôt que d'attendre les réactions des syndicats lors de la mise en place d'une action volontaire, ceux-ci sont consultés proactivement dans toutes décisions institutionnelles concernant les projets des volontaires. Ainsi, la transparence voulue permet d'œuvrer dans le sens des valeurs recherchées, et les balises sont directement dressées de manière à ne pas casser les dynamiques mises en place. Cette ouverture et cette collaboration constructive améliorent également la proactivité des différents acteurs. C'est ainsi qu'un service de transport visant le retour à domicile de certains patients, a été imaginé à la demande d'un syndicat. D'autres institutions, par contre, ont reconnu avoir perdu la confiance syndicale à l'égard de projets volontaires, et il en a résulté une disparition progressive ou immédiate de toute action de cette nature.

Une focalisation excessive des syndicats sur le volontariat - qui n'a pas été notée chez les personnes rencontrées - pourrait masquer d'autres enjeux et d'autres menaces pour les salariés. Un responsable syndical nous rappelait ainsi que, davantage que le volontariat, la priorité consiste à dénoncer le travail au noir et le travail de faux indépendants ou à favoriser les contrats temporaires aux contrats intérimaires. Une personne de la FASD mentionnait que, davantage que le volontariat, les personnes actives via les titres-services constituent un enjeu de taille pour le personnel salarié des aides familiales. Enfin, il n'est pas exclu que des initiatives de volontariat puissent se transformer ou créer de l'emploi, de manière directe ou indirecte. L'exemple des postes de coordinateur et de formateur de volontaires en est la preuve dans un certain nombre d'organisations. Un autre exemple est celui de l'association Infor-Home qui a débuté ses activités en comptant exclusivement sur l'action de volontaires. Ce volontariat initial a permis une structuration de l'activité et une mise à l'emploi de sept personnes.

## **B. Les relations volontaires - professionnels**

**Autant la bonne collaboration entre volontaires et professionnels peut être bénéfique pour l'ensemble de l'organisation, autant certaines relations volontaires - professionnels peuvent connaître certains écueils parmi lesquels :**

... La légitimité de la présence des volontaires aux yeux des professionnels de la santé dans la réalisation de la mission de l'organisation : au travers

<sup>44</sup> DREYER P., op.cit.

de la présence de volontaires, certains professionnels s'opposent à une forme de reconnaissance explicite d'une incapacité à exercer seuls l'art de guérir dans l'intégralité de la prise en charge du patient. Ils s'opposent également à une forme de récupération de leurs tâches par des acteurs non professionnels. Ce conflit, bien que techniquement légitime, peut également traduire un manque d'humilité des acteurs professionnels dans la prise en charge globale du patient au sens holistique du terme. C'est également une désignation de non expertise attribuée au volontaire associée à l'absence de titre de profession, qui serait alors le seul signe de compétences acquises. Mais croire que l'expertise d'humanisation des soins équivaut à une compétence professionnelle, revient à renoncer à une partie de ce besoin d'humanisation. Cependant comme le signale Alain Thomasset, cité dans Dreyer<sup>44</sup>, les professionnels ont aussi accès à la gratuité dans leur pratique, au même titre que les volontaires (p. 207, 2006) : « Les professionnels... envient la liberté des bénévoles et ce qu'ils identifient comme leur appartenant en propre : la gratuité. Pourtant, même si certains professionnels le refusent, il y a aussi de la gratuité dans leur pratique ! Il y a forcément de la gratuité dans l'activité des travailleurs sociaux, dans la mesure où ils inscrivent leur pratique dans une relation humaine. Et toute relation humaine comporte de la gratuité ». Il ne devrait donc pas y avoir de conflit à cet égard. C'est probablement la difficulté à accéder à cette forme de gratuité qui peut générer la difficulté entre les individus, difficulté exacerbée dans une société de consommation où la gratuité est rare au point d'en devenir suspecte.

- ... Le danger d'interférences inappropriées dans lesquelles rentreront les « mauvais gestes » ou « les commentaires inadéquats sur des soins ou des traitements » : ce travers peut avoir des conséquences très néfastes pour le patient et pour l'organisation toute entière. Il faudra donc prévenir le volontaire des limites strictes de son interaction et veiller à ce qu'aucun commentaire ne soit fait sur les choix et pratiques thérapeutiques des équipes de soins. Une coordinatrice de volontaires nous signalait toutes les précautions qu'elle prenait auprès des volontaires qui étaient eux-mêmes d'anciens soignants, afin que ceux-ci ne dépassent pas les limites conférées à leur nouveau statut, sous peine de desservir la cause du volontariat.
- ... Une forme d'abus de pouvoir du professionnel sur le volontaire, autant que l'outre-passement

des rôles et des fonctions par le volontaire : ces abus peuvent se traduire par des demandes hors cadre du volontariat et remettre en cause son bien-fondé. Les arrangements régissant la bonne interaction entre des individus collaborant ensemble, peuvent nuire progressivement à l'action du volontaire qui verra sa zone d'actions à ce point écartée de son objet qu'elle n'en sera plus légitime, voire qu'elle en deviendra critiquable par des acteurs comme les syndicats, jugeant que le volontaire remplace alors une partie de la main d'œuvre salariée.

- ... Une gestion différente du temps, qui peut induire des tensions entre volontaires et personnel salarié. Ainsi, même si le temps du volontaire est limité dans son étendue, et qu'il s'inscrit généralement dans un créneau horaire déterminé, le volontaire a tout le temps dans le temps qu'il donne. Le rapport au temps est donc différent face à la compression du temps, et au manque de temps ressenti par le personnel salarié dans l'exercice de son travail. Cela peut induire frustration, et même parfois jalousie, de la part des professionnels à l'égard des volontaires. Cela peut également induire de la frustration dans le chef du volontaire, qui pourrait exiger du professionnel qu'il adopte à son égard une attitude de disponibilité et d'échange dans une proportion et une qualité de temps comparable au sien, ce qui est bien évidemment impossible. Cet écueil peut être partiellement levé par la formation des volontaires sur la connaissance du milieu dans lequel ils évoluent, ainsi que sur les contraintes du personnel qui les entourent.

Heureusement, les regards et commentaires des professionnels sur les volontaires sont loin d'être tous négatifs ou envieux. Ces deux acteurs se complètent et se valorisent sans qu'il ne faille chercher à quantifier les plus-values respectives. En outre, la grande majorité des professionnels, conscients des limites imposées par la lourdeur des tâches qu'ils ont à accomplir, reconnaissent manquer de temps ou de ressources pour se consacrer comme ils le souhaiteraient au relationnel, ou plus généralement au besoin de présence et d'écoute des patients. Ils valorisent donc, pour le bénéfice de leurs patients ou de leurs résidents, que ces tâches puissent être accomplies néanmoins par les volontaires, au risque qu'elles ne le soient tout simplement pas. A nouveau, cela souligne cette prise de conscience que, bien souvent, l'action des volontaires ne remplace pas une activité salariée, mais la rend tout simplement disponible et lui permet donc d'exister au sein de l'organisation.



Il existe une synergie dans l'accomplissement des tâches respectives qui donne plus de force et d'enthousiasme à chacune d'entre elles. Cela s'identifie particulièrement bien dans le délicat exercice des soins palliatifs où, à la fin d'un combat thérapeutique, naît une nouvelle complémentarité entre des actions de soins et de volontariat. Qui a participé à cette expérience peut ressentir cette collaboration presque fraternelle face à l'exigeant et douloureux rappel de notre condition humaine, pour laquelle aucun statut, aucune expertise, ne nous privilégie.

Un élément central favorisant la bonne intégration des volontaires dans l'organisation repose sur l'implication des dirigeants dans cette intégration. Les moyens mis en œuvre par la direction d'une organisation au profit de la collaboration des volontaires, sont un signal fort pour l'ensemble des acteurs concernés. Autoriser le volontariat sans s'en préoccuper n'a rien de commun avec le fait de s'investir concrètement dans son développement. Dans nos rencontres, l'implication perçue dans le chef des directions était un révélateur évident de la présence et du rôle actif des volontaires que nous allions identifier au sein des organisations.

**Autre élément déterminant dans la bonne et saine relation entre les professionnels et les volontaires : la délimitation claire et précise des tâches de chacun. Cela requiert plusieurs niveaux d'actions ou d'attitudes, directement reliés à ce qui a été dit préalablement :**

- ... une vision claire des dirigeants sur le rôle et la mission des volontaires au sein de l'organisation. L'association Infor-Home, à Bruxelles, invite les MR/MRS à inclure le volontariat dans le « Projet de vie » des institutions. Pour les institutions qui investissent réellement dans ce « Projet de vie », au-delà de la contrainte administrative qu'il représente, ce document est porteur d'une réflexion profonde sur le lien entre les personnes et les projets au sein de l'établissement. Le volontariat peut donc s'intégrer dans le tissu même de ce projet organisationnel ;
- ... la formation du volontaire sur ce qu'il peut et ne peut pas faire est primordiale, et rejoint les éléments déjà évoqués ci-avant. Si certains cas de figure sont très clairs à exprimer (un volontaire ne peut pas s'impliquer dans l'acte de soins, réservé au professionnel), d'autres présentent parfois une frontière plus floue. Ainsi, entre le travail de l'aide familiale auprès de la personne âgée dépendante à domicile et celui du volontaire, la frontière est parfois ténue. La ligne directrice est alors de considérer que le volontariat doit

d'inscrire dans une véritable plus-value pour son bénéficiaire, le service ne pouvant pas continuer à être assuré en l'état si le volontaire venait à disparaître ;

- ... la coordination avec les équipes, lorsqu'elle s'avère nécessaire. Cette coordination peut prendre différentes formes : des réunions de coordination avec les membres d'un service, la tenue d'un carnet de liaison entre le volontaire et les professionnels, voire une discussion informelle régulière, lors de l'arrivée du volontaire, sur certains éléments nouveaux dans l'institution, pouvant influencer l'action du volontaire.

Finalement, la valorisation, auprès des professionnels, du travail des volontaires est également importante. Il y a tout d'abord l'apport d'un enthousiasme et d'une énergie au sein de l'établissement, qui immanquablement retombe sur le professionnel qui veut bien le voir, directement ou indirectement, par le biais de patients ou de résidents plus satisfaits. Il peut également y avoir une valorisation directe du travail du volontaire par le professionnel y voyant le bénéfice d'un allègement du travail. Et si cet allègement n'est pas le plus souvent d'ordre technique, il l'est incontestablement sur un ordre psychologique et humain. Comme le dit Dreyer (2006), le salarié n'est plus seul face à un projet.

### 3.2.6. L'évaluation et la reconnaissance des volontaires au sein des organisations

L'évaluation de l'action des volontaires au sein de l'organisation est apparue comme une pratique très disparate au sein des institutions rencontrées. Evaluer quelqu'un avec qui l'organisation n'a qu'un contrat moral semble être une tâche peu réalisée par une majorité. Il est vrai que l'évaluation des employés n'est déjà pas chose commode. Néanmoins, l'évaluation au sens de la sanction, voire du renvoi du volontaire, existe, si nécessaire. L'évaluation au sens de l'amélioration semble cantonnée dans une perspective beaucoup plus informelle, quand elle existe, par le biais de réunions ou de rencontres avec le personnel. Nous avons cependant identifié des pratiques plus constructives, permettant au volontaire et à son tuteur dans l'organisation de progresser ensemble sous le regard d'un tiers en la personne du coordinateur.

Si l'évaluation formelle est rare, la recherche d'amélioration des pratiques est, quant à elle, davantage présente. Elle peut prendre différentes formes. Ainsi, si le volontaire est tenu d'adopter une position de neutralité face au patient ou au résident émettant une critique ou une plainte sur l'institution, il lui

est généralement demandé de relayer cette plainte ou cette critique, si elle s'avère pouvoir faire l'objet d'un vrai projet d'amélioration (attention toutefois à organiser cette remontée d'information dans un esprit constructif, et non dans un esprit de délation, qui ferait perdre toute crédibilité et toute confiance au volontaire). Sans véritablement parler d'évaluation, la tenue de réunions de coordination est mise en place par plusieurs organisations. L'ASBL Sarah mentionne ainsi dans son contrat moral l'obligation, pour les volontaires, de participer à des réunions de coordination et de partages d'expériences, en vue d'améliorer la pratique de chacun. Quelle que soit la méthode choisie, il importe de montrer au volontaire que son action prend place parmi d'autres et, qu'à ce titre, elle est source de réflexion et d'amélioration.

La reconnaissance de l'action des volontaires est également une pratique diversement appliquée selon les organisations rencontrées. De l'absence de toute reconnaissance formelle à l'assimilation des volontaires aux avantages non rémunérés du personnel, en passant par la grande journée annuelle des volontaires ou la rencontre de la direction, le degré de reconnaissance témoigné aux volontaires varie selon l'implication des dirigeants institutionnels.

Nous ne pouvons que recommander de marquer une reconnaissance à ces personnes qui, tout au long de l'année, offrent une part parfois non négligeable de leur temps et de leur énergie, sans la moindre rémunération, pour améliorer la qualité de vie dans les institutions. Et, bien que les volontaires n'agissent pas dans l'attente de cette reconnaissance, l'importance qui lui sera donnée, sera porteuse de motivation.

La reconnaissance ne signifie pas seulement un repas annuel ou une autre manifestation du genre, c'est aussi la formation et l'expertise que l'institution peut leur offrir, le sentiment d'appartenance à un projet organisationnel fort, l'accès aux services offerts aux membres du personnel. Si l'adhésion du volontaire se veut spontanée et libre, sa motivation comme celle de tout individu fluctue au gré de son parcours et peut s'amplifier. Il faut néanmoins poser un risque à la reconnaissance. Certaines organisations rencontrées mentionnaient le danger d'offrir une trop grande compensation - repas, accès aux services du personnel, ... - aux volontaires, car cela pouvait détourner la motivation réelle de l'engagement volontaire, au détriment du mouvement lui-même. Il semble donc qu'il faut raison garder dans l'octroi d'avantages aux volontaires.



### 3.3. Point de vue des associations de volontaires et des volontaires

#### 3.3.1. Diversité des associations et des volontaires

Au même titre que nous avons souligné la diversité des organisations de soins, des prestataires, ainsi que des patients, il est nécessaire de souligner la grande variété parmi les associations et les volontaires qui la composent, pour exprimer correctement leurs points de vue. Loin de vouloir en dresser un panel exhaustif, il nous paraît essentiel de prêter attention à la composition des associations, qu'elles soient entièrement composées de volontaires ou qu'elles intègrent à la fois des profils mixtes, des professionnels et des volontaires. Il est indéniable que les missions, responsabilités et fonctions à remplir seront fortement influencées par cette distinction, de même que la nature des enjeux et difficultés qu'elles rencontreront.

Deux responsables de l'Association des Transplantés Cardiaques et Hépatiques, association composée entièrement de volontaires qui a notamment pour mission de promouvoir le don d'organes et de soutenir les personnes en attente comme celles qui vivent la transplantation, nous exprimaient toute la difficulté d'assurer la continuité de leur association, tout en veillant à sa bonne gestion et au développement de ses activités. Force est de constater que cette configuration nous éloigne des problèmes de concertation syndicale ou d'intégration avec d'autres professionnels. Et ceci ne signifie pour autant pas qu'ils ne sont pas préoccupés, directement ou indirectement, par ces types de difficultés également.

Une deuxième distinction majeure concerne le lieu d'expression et la nature même de l'activité remplie par l'association. Est-elle au cœur de l'organisation de soins ou en dehors, est-elle liée au secteur curatif ou palliatif, voire préventif ? Il n'est pas rare que ces dimensions s'enchevêtrent. Ainsi, la directrice de la Ligue des Usagers de Services de Santé (LUSS), qui est une fédération d'associations de patients actives à la fois dans et en dehors des institutions de soins, relatait le rôle d'ordre préventif que peuvent également jouer ces associations, notamment dans l'information qu'elles apportent auprès des patients, de leurs proches et de la société, tout

en expliquant la difficulté que ces associations pouvaient rencontrer à faire valoir cette action auprès des instances dirigeantes du pays. Il serait pourtant faux de croire qu'il n'y a pas de prévention santé à faire auprès d'un patient et de ses proches.

Cette grande variété se retrouve également à travers les profils de patients dont la diversité reflète la richesse de la société. Pour mieux parler du volontaire dans le secteur des soins de santé et des rencontres que nous avons eu l'occasion de réaliser auprès de volontaires, la Loterie Nationale nous a accordé le droit d'exploitation des données de son étude menée en 2007 sur « Les Belges et le Bénévolat ». Parmi les personnes interrogées, nous avons sélectionné celles répondant strictement aux critères correspondant au cadre de l'étude. Cette sélection, certes rigoureuse, ne peut être considérée comme conduisant à un échantillon représentatif. Néanmoins, elle offre un regard intéressant sur les profils, les motivations et les activités de ces catégories de volontaires.

Après sélection, l'échantillon se compose de 234 répondants, tous volontaires francophones actifs dans des organisations appartenant au secteur des soins de santé curatifs et palliatifs, y compris les secours, ayant mentionné leurs tâches et ayant exercé au cours des 12 derniers mois écoulés. En fonction de leurs activités déclarées dans le secteur de la santé, nous avons classé les volontaires selon trois grandes catégories :

- 1°) Les volontaires qui, au sein des organisations de soins, sont au service des patients ou de leurs proches. Cette catégorie regroupe des profils encore assez variés en termes de tâches puisque nous pouvons avoir des volontaires en fonction d'accueil, d'écoute, de visite, de brancardage, ... 65 personnes sont classées dans cette catégorie et ils représentent 28% de notre échantillon. Nous les appellerons les « volontaires-patients ».
- 2°) Les volontaires actifs dans des organisations de secourisme ou d'aide médicale urgente, composent le deuxième groupe. 104 personnes élargissent à cette catégorie et ils représentent 44% de l'échantillon. Nous les appellerons les « volontaires-secouristes ».
- 3°) La dernière catégorie comprend les volontaires qui sont au service de l'organisation elle-même, soit en qualité de gestion administrative et/ou organisationnelle (rôle dirigeant ou de soutien),

soit en tant que formateur d'autres volontaires. Précisons cependant que ces volontaires ont bien souvent une double fonction : à la fois organisationnelle et active sur le terrain. Vu la particularité qu'ils ont d'être aussi au service des autres volontaires, nous avons jugé important

de les intégrer dans une catégorie spécifique. 65 volontaires entrent dans cette catégorie qui représente également 28% de notre échantillon. Nous les appellerons les « volontaires-organisations ».

### 3.3.2. Profil des volontaires par catégorie

La classification selon ces trois grandes catégories de volontaires nous permet de faire apparaître des profils relativement distincts entre chacune d'entre elles.

	Volontaires-patients	Volontaires-secouristes	Volontaires-organisations
Age moyen	51 ans	36 ans	46 ans
Age médian (50% de la population à - de/à + de)	57 ans	33 ans	43 ans
Genre	37% masculin	62% masculin	75% masculin

Si l'âge moyen de l'ensemble de l'échantillon est de 43 ans, avec 60% d'hommes, la distinction par catégorie permet de constater que les femmes sont davantage actives au service des patients (63%) avec un âge moyen pour cette catégorie de 51 ans. L'âge médian permet de constater que la moitié des répondants dans cette catégorie ont en réalité plus de 57 ans. De manière contrastée, dans la catégorie des volontaires-secouristes, nous avons davantage d'hommes (62%) et un âge moyen nettement plus jeune (36 ans). 50% de la population volontaires-secouristes de l'étude a moins de 33 ans. Enfin, la catégorie volontaires-organisations est celle qui comprend le plus d'hommes (75%) avec un âge moyen intermédiaire de 46 ans.

Ces distinctions ont également été observées lors des différentes rencontres menées avec des volontaires et coordinateurs de volontaires, spécifiquement dans les institutions de soins soulignant l'âge moyen souvent élevé des volontaires-patients, et soulevant par la même occasion une certaine inquiétude sur le renouvellement des personnes dans un avenir proche. Cela pose aussi la question de l'âge limite pour l'exercice de certaines activités de volontaires.

La position partagée par un panel de personnes interrogées lors de la deuxième table ronde sur le volontariat, semble assez unanime sur cette question : il ne convient pas d'adopter un âge limite de façon linéaire. Il faut plutôt envisager la question de l'âge au cas par cas, de personne à personne, dans un dialogue ouvert et constructif, en le contextualisant au type de mission du volontaire. Ainsi, certaines fonctions ou tâches gagnent à être encadrées par des limites d'âge, tant pour la sécurité des patients que pour celle des volontaires. Dans l'accompagnement de handicapés lourds en voyage de vacances par exemple, la limite est fixée par certaines associations à 70 ans, vu la lourdeur des tâches consécutives à cet engagement.

Mais il semble qu'il serait contre-productif de fixer arbitrairement une limite d'âge pour tout type de prestations. L'écoute à domicile peut ainsi se faire par des personnes de 90 ans. En outre, les aptitudes des uns et des autres varient de personnes à personnes. Certains chauffeurs volontaires véhiculant des patients ont 80 ans et sont encore très alertes, alors que d'autres à 70 ans prennent conscience de leurs limites et n'osent plus conduire en ville par exemple. La mission ou le cadre de la mission peuvent alors être adaptés, comme pour cette dame de 90 ans, encore active au sein d'une institution de soins et dont les tâches ont évolué au fil du temps.

Proposer un âge limite peut donc exclure inadéquatement certaines personnes du volontariat et, a contrario, maintenir dangereusement d'autres personnes dans leurs rôles car non atteints par la limite d'âge imposée. Il convient dès lors de pouvoir évaluer chaque situation personnelle, l'état de santé physique et psychique du volontaire en regard de sa mission, en tenant compte des risques associés pour l'ensemble des parties prenantes : le patient, l'organisation et le volontaire lui-même.

Si l'âge moyen des volontaires est plutôt élevé, principalement au sein des volontaires-patients, cela ne signifie pas pour autant que nous n'avons pas rencontré de jeunes en institutions, ou des personnes plus âgées parmi les volontaires-secouristes, loin s'en faut. Ainsi, parmi les répondants de l'échantillon retenu pour l'étude « Les Belges et le Bénévolat », 28% des volontaires-patients interrogés ont moins de 40 ans et 41% des volontaires-secouristes ont plus de 40 ans. L'intérêt même des plus jeunes à l'égard du volontariat, en recherche d'expériences, d'envie de donner de soi autrement, en quête d'authenticité dans les relations aux autres, est manifeste. Mais il est probablement nécessaire de révéler ces besoins implicites qui peuvent dormir au plus profond de chacun de nous.

### 3.3.3. Durée d'engagement et fréquence des prestations

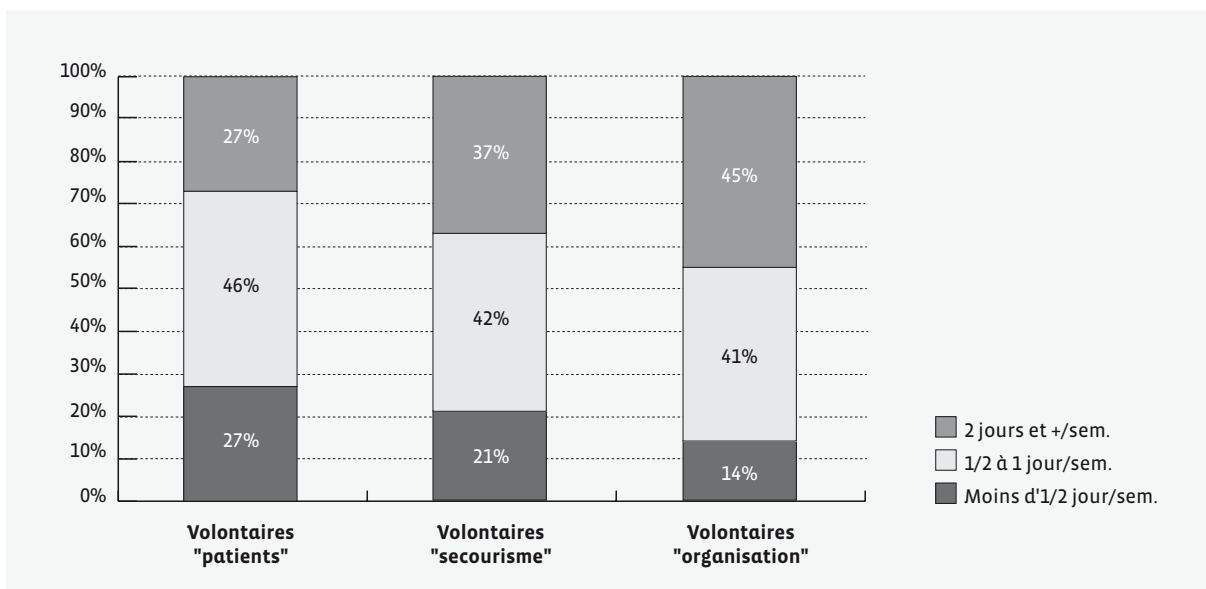
Si pour l'ensemble de l'échantillon, plus de 70% des volontaires francophones en soins de santé le sont au moins depuis 3 ans, ces chiffres sont également à contraster selon les trois profils mis en évidence comme le montre le tableau suivant. Parmi les répondants, les volontaires-patients et les volontaires-secouristes sont respectivement 57% et 70% à être actifs depuis au moins 3 ans, ils ne sont plus que 26% et 35% à l'être depuis au moins 10 ans, ce qui est très différent du profil des volontaires-organisations qui sont eux 88% à être actifs depuis au moins 3 ans mais aussi 62% à l'être depuis plus de 10 ans.

D'après les entretiens menés, l'expérience du terrain semble être une bonne porte d'entrée à des postes à responsabilité dans les organisations de volontaires. Par ailleurs, endosser des responsabilités dans ce type d'organisation semble engager les volontaires pour une durée plus longue, poussant même certaines personnes interrogées à poursuivre leur fonction de responsable au-delà d'un terme qu'ils auraient souhaité. Mais, faute de remplaçant à leur fonction, ils ne souhaitent pas prendre le risque de voir l'association disparaître avec leur éventuel désengagement.

	Volontaires-patients	Volontaires-secouristes	Volontaires-organisations
Actif en tant que bénévole			
- depuis au moins 3 ans	57 %	70 %	88 %
- depuis au moins 10 ans	26 %	35 %	62 %

Concernant la fréquence des prestations pour l'échantillon, plus de deux volontaires sur trois consacrent en moyenne au moins une demi-journée par semaine à leur engagement : un volontaire sur trois consacre d'un demi-jour à un jour complet par semaine et plus d'un volontaire sur trois y consacre davantage de temps encore. L'engagement dans le volontariat nécessite du temps, variable selon le profil occupé.

Ainsi, sans grande surprise, l'engagement des volontaires-organisations invite plus naturellement à un disponibilité hebdomadaire plus conséquente. Observons que plus de 70% des volontaires-patients et plus de 60% des volontaires-secouristes consacrent au maximum un jour par semaine à leurs activités de volontaire. Et même si nous avons rencontré des volontaires dont l'engagement était très important et dirigé vers plusieurs organisations dans certains cas, plusieurs d'entre eux ont fait part de leur volonté de limiter cette durée par semaine, tant par souci de préserver un équilibre et une saine collaboration, que pour éviter des situations de dépendance du volontaire à l'égard de son activité et des personnes qu'il côtoie, comme l'expliquent par ailleurs certains coordinateurs de volontaires.



### 3.3.4. Volontariat et croyances religieuses

Si longtemps certaines tâches aujourd'hui exercées par les volontaires ont été l'apanage des religieux et religieuses dans l'histoire du secteur de la santé, il est intéressant de constater que 45% des répondants de notre échantillon ne sont pas croyants, que 17% sont croyants et pratiquants et 38% se disent croyants mais non pratiquants, sans distinction de religion. Par profil, nous constatons que les volontaires-patients sont plus croyants dans l'ensemble (60%) et plus fréquemment pratiquants que les autres profils (27%).

	Volontaires-patients	Volontaires-secouristes	Volontaires-organisations
Croyant et pratiquant	27 %	13 %	15 %
Croyant mais non pratiquant	33 %	42 %	35 %
Non croyant	40 %	45 %	50 %

### 3.3.5. Motivations à la pratique du volontariat

Les participants à l'étude ont été invités à reconnaître parmi une liste de propositions, les raisons qui les incitent à faire du volontariat. En moyenne, chaque volontaire exprimait 5 motivations différentes parmi lesquelles « rendre service et être utile » était celle la plus exprimée (75%), devant l'aspect relationnel (60%), le plaisir de faire plaisir (57%), le sentiment de solidarité envers les autres (51%), l'épanouissement personnel (48%) et le fait d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences (46%).

MOTIVATIONS	Volontaires-patients	Volontaires-secouristes	Volontaires-organisations	Total
Rendre service et être utile	70%	77%	77%	75%
Le relationnel : les contacts humains, les rencontres, le partage, l'amitié, ...	57%	59%	63%	60%
Le plaisir de faire plaisir : procurer du bonheur	68%	51%	53%	57%
La solidarité: le devoir d'aider ceux qui sont dans le besoin	52%	50%	52%	51%
L'épanouissement personnel	44%	54%	42%	48%
Acquérir de nouvelles connaissances/compétences	22%	65%	41%	46%
M'investir dans une action, mener des projets, obtenir un résultat	25%	39%	55%	39%
Passer de bons moments qui m'apportent joie et bien-être	22%	48%	36%	37%
Défendre une cause qui me tient à cœur/participer à une cause d'intérêt public	32%	31%	39%	33%
Partager mon expérience	17%	35%	39%	31%
M'occuper, ne pas rester inactif, garder un rythme de travail	29%	27%	25%	27%
Me valoriser personnellement	11%	21%	16%	17%
Réaliser ce que mon activité professionnelle ne me permet pas	6%	19%	11%	13%
Faire respecter mes droits ou ceux des autres	5%	7%	2%	5%
Par tradition familiale	3%	3%	8%	4%
Me donner bonne conscience	2%	0%	8%	3%
Un de mes proches est malade/handicapé/dans le besoin	5%	2%	0%	2%
Par intérêt, j'attends quelque chose en retour	3%	1%	3%	2%
Obligatoire pour bénéficier des activités de l'association	2%	0%	0%	0%
Je ne sais pas	0%	0%	0%	0%
<b>TOTAL REpondants</b>	<b>63</b>	<b>101</b>	<b>64</b>	

### La comparaison par profil permet de dégager quelques petites différences :

- ... le plaisir de faire plaisir est davantage présent chez les volontaires-patients (68%), que chez les autres volontaires ;
- ... l'acquisition de nouvelles connaissances/compétences (65%), l'épanouissement personnel (54%) et passer de bons moments qui m'apportent joie et bien-être (48%) sont davantage présents chez les volontaires-secouristes;
- ... l'investissement dans une action, la conduite d'un projet et l'obtention d'un résultat (55%) et partager mon expérience (39%) relèvent davantage d'une motivation chez les volontaires-organisations que chez les autres volontaires.

Concernant plus spécifiquement les jeunes, il convient de ne pas être angélique sur leurs motivations, mais également plus terre à terre. Un grand nombre de témoignages ont insisté sur le fait que l'acte gratuit est un leurre et qu'il est plus important de comprendre le mécanisme de « don et contre-don » pour aider les volontaires dans la rencontre de leurs propres besoins, partiellement implicites également. Ainsi, le besoin de rendre service n'est-il pas lié au besoin de ne pas se sentir soi-même inutile dans une société qui valorise l'utilitarisme ? Pour certains, le volontariat est une façon de se situer dans la société. Ainsi, le volontariat peut favoriser sa propre intégration sociale, sa propre valorisation sociale. Pour d'autres, il s'agit de conserver un lien qui fut apprécié pendant l'activité professionnelle, une fois que celle-ci s'interrompt (par exemple, un lien avec un milieu, avec une structure, avec des personnes, avec une finalité,...).

Les besoins d'appartenance et de reconnaissance sont également souvent évoqués en filigrane des discours des volontaires, raison pour laquelle être identifié(e) comme volontaire au sein d'une organisation dont l'image est elle-même positive a de l'importance. Certains volontaires nous exprimaient avec une fierté non dissimulée leur appartenance à la Croix-Rouge, tout en exerçant leur volontariat à l'hôpital Erasme ou à l'hôpital Brugmann.

En tant qu'organisation volontaire, il faut oser afficher son identité, ses valeurs, ses actions, pour faciliter l'adhésion, quel que soit le type de volontaires considérés. Dans une société aux contours kaléidoscopiques, l'être humain est à la recherche de repères sociaux forts. Dans cette quête d'authenticité et de vérité qu'il peut mener dans le propre exercice de son volontariat, il est essentiel d'offrir aux volontaires ces repères recherchés au sein desquels pourra s'exprimer sa générosité.

Bien entendu, il serait incomplet de subdiviser les motivations sur la seule base du secteur d'activités dans lequel le volontaire en soins de santé s'implique. D'autres critères comme l'âge, le statut familial, l'activité professionnelle, les antécédents familiaux ou un contexte particulier (comme le fait de sortir de prison par exemple) peuvent être à la base de motivations diverses.

Par exemple, les jeunes peuvent décider de s'engager dans du volontariat pour vivre une expérience de vie en vue d'atteindre l'âge adulte. Cette expérience peut passer par le fait de découvrir une organisation, de prendre conscience de l'acte social, ... Autre motivation retrouvée également chez les jeunes sans qu'elle leur soit propre : la recherche personnelle, le rapport à l'autre, mais aussi une quête de l'authenticité des rapports humains, dans une forme de désintéressement financier.

Par ailleurs, certains jeunes cadres ayant des responsabilités professionnelles, mais pas encore de charge familiale, cherchent à s'engager dans l'action volontaire pour donner une dimension supplémentaire à leur existence. Leur constat consiste à dire que leur vie professionnelle en entreprise manque de contacts humains, au sens profond du terme, et qu'ils veulent dès lors aller au contact de patients, de personnes handicapées ou âgées, pour restaurer ces liens humains particuliers.

Pour certains jeunes, vouloir accomplir une expérience de volontariat est aussi guidé par le fait qu'ils veulent savoir ce qu'il y a derrière leurs illusions, et mettre ainsi en lumière ces illusions, les confronter à la réalité.

Finalement, une coordinatrice de volontaires témoignait de la motivation d'anciens détenus à s'engager dans l'action volontaire. Certains cherchent par l'action volontaire à payer une forme de dette morale à l'égard de la société, suite à leurs méfaits.

### 3.3.6. Difficultés rencontrées dans la pratique du volontariat

Pour aider le volontaire à poursuivre son action, il paraît également essentiel d'identifier les difficultés qu'il peut associer à l'exercice de ses activités. Parmi les difficultés rencontrées par les volontaires interrogés, combiner l'ensemble des dimensions de sa vie avec celle du volontariat représente la difficulté principale pour l'échantillon global (49%), suivie par la motivation sur le long terme (47%).

DIFFICULTES RENCONTREES	Volontaires-patients	Volontaires-secouristes	Volontaires-organisations	Total
Combiner vie professionnelle, familiale...	21%	67%	49%	49%
Rester motivé sur le long terme	37%	51%	51%	47%
Conserver de la distance par rapport à la détresse à laquelle on est confronté	44%	36%	25%	35%
Limiter le temps qu'on y consacre	25%	36%	33%	32%
Limiter son implication dans l'association	30%	23%	29%	26%
Garder le bénévolat parmi ses priorités alors que c'est une activité non rémunérée	13%	23%	33%	23%
Gérer des éléments pratiques (par exemple les déplacements)	13%	14%	11%	13%
Trouver un domaine qui nous intéresse et dans lequel on est compétent	13%	11%	6%	10%
Rien	3%	1%	6%	3%
<b>TOTAL REpondants</b>	<b>63</b>	<b>101</b>	<b>63</b>	

**Cependant, nous pouvons constater que ces difficultés peuvent varier selon les profils :**

- les volontaires-patients expriment comme difficulté la plus significative le fait de conserver de la distance par rapport à la détresse à laquelle on est confronté (44%), mettant en évidence la relation avec le patient dans ce qu'elle peut avoir de plus délicat ;
- deux volontaires-secouristes sur trois expriment la difficulté de combiner la vie professionnelle, familiale,... avec leurs activités de volontaires (67%). Ceci doit aussi être mis en lumière avec le profil plus jeune de ce groupe de personnes ;
- rester motivé sur le long terme est la difficulté principale exprimée par les volontaires-organisations (51%), signifiant notamment l'absence de relais ou de personne à qui confier le projet pour qu'il perdure à l'avenir, comme nous avons pu le constater au travers de certains entretiens individuels. Comme souvent exprimé, le projet est porté par des personnes plutôt que par une structure, et le danger de le voir disparaître existe si le volontaire arrête son activité.



### 3.3.7. Freins à la pratique du volontariat

Ces mêmes volontaires ont été invités à identifier, parmi une liste de propositions, les différentes raisons pour lesquelles les gens ne feraient pas de volontariat. A leurs yeux, il ressort que les freins exprimés à l'engagement volontaire de leurs concitoyens relèvent principalement de l'égoïsme et de l'indifférence (57%), du manque de temps (53%), du refus de s'engager de manière constante (51%), du manque d'information sur la façon dont ils pourraient contribuer à l'action volontaire et des démarches à entreprendre pour y parvenir (50%).

FREINS A L'ENGAGEMENT BENEVOLE	Volontaires-patients	Volontaires-secouristes	Volontaires-organisations	Total
Par égoïsme, indifférence aux autres	56%	47%	75%	57%
Par manque de temps	46%	59%	49%	53%
Refus de s'engager de manière constante	48%	43%	67%	51%
Par manque d'information (comment contribuer, quelles démarches)	57%	50%	43%	50%
Pas d'affinités particulières pour une cause	27%	44%	30%	35%
Malaise face à la détresse des gens et à la misère	44%	27%	22%	30%
Peur d'être pris pour une bonne poire	21%	37%	30%	30%
Peur de ne pas être remboursés pour leurs frais	8%	23%	22%	19%
Peur qu'on leur retire leur pension/ leurs allocations/aides	16%	16%	13%	15%
Pour des raisons de santé	13%	19%	10%	15%
Amateurisme du bénévolat	14%	16%	10%	14%
Par principe, le bénévolat c'est la tâche du gouvernement	14%	12%	11%	12%
Par principe, le bénévolat doit être fait par des chômeurs	8%	11%	8%	9%
Peur de ne pas être couvert par une assurance	3%	9%	3%	6%
Je ne sais pas	6%	2%	5%	4%
<b>TOTAL REpondants</b>	<b>63</b>	<b>101</b>	<b>63</b>	

**La comparaison entre les différents profils nous permet de relever quelques nuances assez révélatrices de la position occupée par les volontaires selon cette classification, et par là-même des freins qu'il faudrait lever pour développer chaque type de volontariat :**

- ... les volontaires-patients mettent davantage l'accent sur le manque d'information (57%) et le malaise face à la détresse des gens et à la misère (44%). Offrir de la visibilité à l'action volontaire et les aider à faire face à la détresse via la formation, la préparation et l'échange, pourraient contribuer à lever certains freins associés à ce type de volontariat ;
- ... les volontaires-secouristes stigmatisent davantage le manque de temps (59%), l'absence d'affinité pour une cause (44%) et la possibilité d'être pris pour une bonne poire (37%). Cette question du temps consacré au volontariat a été révélée à de multiples autres occasions, notamment lors de rencontres avec des associations de patients et des groupes d'entraide. Il est ici question d'une reconnaissance du temps consacré, non pas dans une logique de rémunération qui serait totalement antagoniste aux principes du volontariat, mais dans un souhait de se voir accorder un peu de souplesse vu la contribution à l'intérêt général. Il n'est pas rare que ces volontaires doivent consacrer tout ou partie de leurs vacances personnelles à leur engagement ;

... enfin, les volontaires-organisations soulignent l'égoïsme et l'indifférence aux autres (75%) et le refus de s'engager de manière constante (67%). C'est tout un débat de société qui est sous-jacent à ces freins exprimés. Avant même le refus de s'engager dans le temps vient la question de s'engager. En réponse à ce frein, toute action mettant en valeur le volontariat viendra participer à la reconnaissance de sa valeur.

### 3.3.8. Incitants à la pratique du volontariat

Les volontaires ont eux-mêmes exprimé les moyens qu'ils estimaient utiles à mettre en œuvre pour inciter les gens à s'engager dans le volontariat. Ils signalent en priorité le besoin d'informer sur ce qu'il est possible de faire en tant que volontaire (61%), d'informer les jeunes à l'école (57%), de leur montrer les aspects positifs en terme de contacts sociaux et de partage d'intérêt (48%), de faire une campagne d'information média (44%) et de leur montrer le bonheur que l'on apporte à ceux que l'on aide (41%). Deux thèmes émergent très clairement : donner de l'information et de la visibilité aux réalisations des volontaires, ainsi qu'à l'apport personnel du volontariat à ceux qui le pratiquent.

INCITANTS A L'ENGAGEMENT BENEVOLE	Volontaires-patients	Volontaires-secouristes	Volontaires-organisations	Total
Plus d'infos sur ce qu'il est possible de faire en tant que bénévole	71%	56%	60%	<b>61%</b>
Informer les jeunes dès l'école	44%	59%	67%	<b>57%</b>
Leur montrer que l'on peut avoir des contacts sociaux enrichissants, rencontrer des gens avec les mêmes centres d'intérêt	56%	52%	37%	<b>48%</b>
Une campagne d'information dans les médias	41%	46%	44%	<b>44%</b>
Un meilleur statut pour le bénévole	22%	56%	49%	<b>44%</b>
Leur montrer le bonheur que l'on apporte à ceux que l'on aide	54%	37%	35%	<b>41%</b>
Leur assurer qu'on ne leur retirera rien de leur pension/leurs allocations/aides	29%	34%	25%	<b>30%</b>
Instaurer un service civil obligatoire (jeunes)	25%	26%	33%	<b>28%</b>
Avoir le soutien de son entreprise	13%	26%	29%	<b>23%</b>
Que leurs employeurs les encouragent à faire du bénévolat	13%	24%	29%	<b>22%</b>
Proposer une aide (contrepartie) financière	10%	20%	16%	<b>16%</b>
Venir directement leur demander d'aider pour un projet près de chez eux	11%	15%	17%	<b>14%</b>
Un meilleur soutien de la part des proches	2%	7%	6%	<b>5%</b>
Rien	0%	1%	0%	<b>0%</b>
<b>TOTAL REpondants</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	

Un meilleur statut pour le volontaire est également un moyen incitatif préconisé (44%), essentiellement chez les volontaires-secouristes (56%) et les volontaires-organisations (49%). Rassurer les personnes sur le fait qu'on ne leur retirera pas leurs droits éventuels (pensions, allocations, aides) est évoqué par 30% des volontaires interrogés. Pratiquement autant seraient pour l'instauration d'un service civil obligatoire (28%). Notons cependant que le caractère obligatoire d'un service civil est en contradiction avec la définition même de l'engagement volontaire. L'encouragement de l'employeur (22%) et la contrepartie financière (16%) sont également évoqués avec des insistances diverses selon les profils.

### 3.3.9. L'expertise du volontaire dans le secteur des soins de santé

Parler d'expertise, c'est poser la question de l'adéquation entre un volontaire et la mission, le rôle et les tâches qui lui sont confiés. De manière sous-jacente, se pose la question d'éventuelles limites ou contraintes à imposer aux volontaires, pouvant garantir leurs « aptitudes » à toujours agir pour le bien-être des patients. Avant toute chose, il est nécessaire de garder à l'esprit que la présence d'un volontaire n'a pas la même finalité que celle d'un professionnel de la santé. Un volontaire n'a à proprement parler rien à résoudre pour le patient, il n'a rien à solutionner, alors qu'un soignant est attendu sur ce terrain. Certes, la médecine n'a pas obligation de résultats, mais bien de moyens. Le patient attend néanmoins du professionnel qu'il lui apporte des solutions à ses problèmes ou à ses difficultés.

Parler d'expertise du volontaire a choqué certaines personnes, alors que d'autres trouvent cette question légitime et essentielle. Si la question est si controversée, c'est peut-être parce que tous, nous ne plaçons pas le même sens derrière le mot « expertise ». Celui-ci doit être compris dans sa dimension d'action qualitative. La qualité de l'action du volontaire, n'est-ce pas là tout son enjeu ?

Parler d'expertise, c'est également aborder la question de la variabilité des individus et de leurs comportements. Il y a très certainement des besoins de standardisation à mettre en place : la sécurité, la manutention du patient,... mais il est également essentiel de laisser intacte la grande variabilité émotionnelle qui caractérise l'engagement de nombreux volontaires.

Parler d'expertise, c'est encore parler des sources d'expertise. Qu'est-ce qui peut conférer de l'expertise à des volontaires ? Qui, parmi les experts, sera capable de former d'autres experts ? Plusieurs éléments sont à prendre en considération :

... L'expertise du vécu ou de l'expérimentation : ayant personnellement vécu une situation comparable à celle d'un patient, le volontaire peut porter un regard éclairé sur cette situation. Il s'agit d'une source d'expertise préalable pour s'investir dans des associations de patients par exemple.

... L'expertise par l'apprentissage : on entre alors dans l'aspect formation. On attend de tout volontaire de développer des aptitudes d'accueil, d'ouverture, de poser les bons gestes, ... Une bonne formation peut y aider. Attention toutefois, il ne s'agit pas de formater les individus ou de rechercher une standardisation complète des volontaires. C'est de la pluralité et de la diversité des volontaires que naît sa richesse.

A nouveau, il est sans doute nécessaire de faire preuve de prudence et de mesure face à un thème comme celui de la formation. Ainsi, est-ce que la bonne volonté est suffisante ? Formulée telle quelle, la question n'est sans doute pas complète. La bonne volonté est-elle suffisante pour faire quoi ? Il faut répondre à cette question complète car, à nouveau, en fonction du rôle et de la mission du volontaire, la réponse peut varier. Les compétences d'un volontaire actif dans un conseil d'administration ne sont pas les mêmes que celles requises pour s'investir dans l'accompagnement des mourants par exemple, et donc la question de la formation ne se pose pas dans les mêmes termes.

Se pose également la question des outils didactiques pour former les volontaires. Sont-ils toujours adaptés ? Comment mettre les volontaires en situation ? Il ne faut donc pas discuter seulement de la finalité, mais aussi des moyens à mettre en œuvre dans d'éventuels programmes de formation, pour qu'à la sortie, tout en gardant sa spécificité, les volontaires puissent compter sur un bagage de savoir-faire commun.

Aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne par exemple, les volontaires sont tenus de suivre une formation de base dont l'objectif principal est de faire réfléchir sur « qu'est-ce qu'on fait avec sa disponibilité, et comment allons-nous vers l'autre ? ». Il ne s'agit pas de les inonder de savoir, mais de réfléchir à ses propres mécanismes et aux mécanismes des autres, notamment en matière de communication et d'écoute. Un bon volontaire est un volontaire qui réfléchit à ces dimensions.

Ce chapitre a permis la mise en évidence de besoins, de motivations, de freins et de belles réalisations observées ou décodées en matière de volontariat au sein des organisations de soins. Il s'est structuré autour des trois grandes catégories d'acteurs interagissant dans la prise en charge d'un patient.

Les patients et leurs proches, en tant que bénéficiaires de l'action volontaire, ne manifestent le plus souvent pas de besoins explicites à l'égard du volontariat. Néanmoins, le souhait implicite d'humanisation de leur prise en charge appelle à des besoins forts, basés sur une approche relationnelle et humaine de qualité. Besoins de présence et besoins de services peuvent ainsi être déclinés de manière variée pour améliorer cette prise en charge humanisante des patients et pour soutenir les proches dans des moments souvent intenses et pénibles.

Les organisations de soins au sens large, en tant que prestataires de prise en charge des patients, cherchent, quant à elles, à produire la santé et la satisfaction dans le délicat arbitrage des moyens limités et des contraintes souvent lourdes auxquelles elles doivent faire face. L'analyse du volontariat à travers son prisme organisationnel a permis la mise en évidence d'un grand nombre de bonnes pratiques, appelant à une formalisation de l'intégration et de l'encadrement des volontaires dans les institutions. Penser le volontariat stratégiquement, mettre en place des processus de recrutement clairs, établir un contrat moral avec les volontaires, définir clairement leurs missions, leurs rôles et leurs tâches, les former, les encadrer, en pensant les interactions entre les différentes catégories d'acteurs que sont les professionnels, les volontaires, les syndicats, les patients et leurs proches, évaluer le travail volontaire et, finalement, valoriser leurs actions, sont autant d'étapes favorisant le bon fonctionnement du volontariat au sein des institutions.

Les associations de volontaires et les volontaires présentent une telle diversité qu'il est délicat et sans doute dangereux de chercher à établir des conclusions générales sans chercher à les distinguer les uns des autres. Les motivations d'un engagement volontaire sont nombreuses et variées, en tête desquelles nous pouvons citer la volonté de rendre service et d'être utile, ainsi que le plaisir d'un contact relationnel authentique. Ces motivations variées font clairement apparaître la dynamique du don et du contre-don, basant la relation sur un échange davantage que sur un acte purement altruiste de soi. Si l'engagement volontaire apporte incontestablement beaucoup à celles et ceux qui le pratiquent, tout n'est pas aisé pour autant. La contrainte temporelle, pour ne citer qu'elle, reste très présente dans nos sociétés pressées, pouvant affecter la motivation sur le long terme. La difficulté à maintenir une distance psychologique à l'égard de la détresse parfois grande des personnes aidées est également mise en évidence. Finalement, lorsque ces mêmes volontaires se prononcent sur les freins à ne pas pratiquer le volontariat, ce sont l'indifférence ou le manque de temps, mais aussi le manque de connaissance ou d'information qui sont les plus souvent mentionnés et qui appellent à des actions de promotion à entreprendre en ce sens.

# CHAPITRE 4 :

## Perspectives et recommandations pour le volontariat dans le secteur des soins de santé

### Introduction

Au gré de ces pages, le lecteur aura sans doute établi quelques constats. Peut-être aura-t-il trouvé certaines réponses à d'éventuelles questions qu'il se pose en matière de volontariat, étant lui-même volontaire, patient ou proche, professionnel de la santé, représentant de travailleurs, représentant d'une institution, acteur en action sociale, ou simple curieux. A l'inverse, ce rapport a peut-être fait naître d'autres questions, de nouveaux enjeux, des prises de conscience différentes ou élargies par rapport aux positions passées.

L'enjeu de ce dernier chapitre vise à systématiser ces questions, ces enjeux, en tentant de les synthétiser d'une part, et de les traduire en recommandations d'autre part.

Le secteur des soins de santé est un secteur très particulier : lieu de souffrance, de mort, de peine ou d'exclusion, il est aussi un lieu de naissance, de vie, de joie, d'émotions, bref c'est un lieu social à la fois riche et étrange. Ce préalable est important car, trop souvent, ce secteur souffre d'un déficit d'images, positives du moins, étant associé à la maladie, à la mort, à la fin, bref à tout ce que la société préfère ne pas trop regarder en face.

Au sein de ces lieux particuliers que sont les organisations de prise en charge d'êtres humains, hommes et femmes de tout âge et de toute condition, les besoins d'humanité sont particulièrement importants à la mesure des émotions et souffrances ressenties. Les professionnels de la santé font tout ce qu'ils peuvent pour y répondre, dans des conditions rendues difficiles par les pressions inhérentes au cadre de leur travail soumis à des contraintes budgétaires fortes face à la croissance des dépenses en soins de santé, à des luttes concurrentielles plus présentes chaque année dans une ère de rationalisation des moyens, à des attentes de la part des patients plus exprimées que jamais au moment où leur quote-part dans le paiement des soins augmente dans une société en pleine évolution technologique où le « tout et tout de suite » tend à devenir le credo ; tout cela se traduisant et s'accompagnant de pressions toujours plus nombreuses en termes d'efficacité et d'efficience. C'est alors que le volontaire trouve une place toute particulière au sein de ces organisations et qu'en complémentarité avec le personnel, il peut contribuer à ces besoins d'humanité, en se positionnant comme un lien social avec le monde extérieur.

Si un grand nombre de bonnes pratiques en matière de volontariat ont été rapportées lors des entretiens et distillées au gré des pages de ce document, il faut aussi reconnaître les expériences plus négativement ressenties par des patients ou leurs proches, qui ont vécu le volontariat comme une intrusion, une forme d'imposition, par des organisations qui ont dû gérer des difficultés nouvelles et inattendues en lien avec des attitudes inadaptées de certains volontaires, ou encore par le personnel, qui n'a pas toujours compris le sens de l'engagement de ces volontaires qui avaient sur eux l'avantage de disposer de temps

dans le temps consacré. Le succès du volontariat ne va donc pas de lui-même, il n'est pas garanti par la beauté de sa finalité intrinsèque. Il est au contraire nécessaire de créer les conditions de ce succès, à différents niveaux d'intervention, du niveau politique au niveau organisationnel. En outre, toutes ces conditions favorables au succès des volontaires présupposent qu'il y a des volontaires en suffisance dans ce secteur si particulier des soins de santé. Or, si les besoins sont immenses, le nombre de volontaires est insuffisant, et le secteur des soins de santé n'est pas le plus attractif pour des personnes en recherche d'engagement volontaire. Il y a donc là un incontestable travail à accomplir.

Ceci appelle donc à des recommandations, certes pas dans un souci normatif ou moralisateur, mais visant à promouvoir efficacement le volontariat dans le secteur des soins de santé. Ces recommandations, détaillées ci-dessous, sont structurées sous plusieurs niveaux, allant du supra-organisationnel vers le patient, en passant par l'organisation de soins et par les professionnels qui y travaillent.

#### **4.1. Quel paradigme comme grille de lecture du volontariat ?**

Avant de détailler les recommandations, il est important de se poser la question de la grille de lecture à adopter pour comprendre et agir dans le vaste monde du volontariat.

Le monde occidental dans lequel nous vivons, fonctionne sur un paradigme dominant : le paradigme de l'économie de marché, où les rapports entre les acteurs sont caractérisés par des échanges, traduits en termes d'offre et de demande, l'objectif étant l'adéquation entre cette offre et cette demande, le plus souvent dans un cadre d'échange monétarisé.

De ce paradigme naît une véritable représentation du lien social qui unit les acteurs, autour de marchés variés : le marché du travail, le marché des biens, des services, des capitaux, des ressources, ... Incontestablement, cela influence le rapport à l'autre, en le plaçant principalement dans un rapport de force, un rapport hiérarchique, de domination, fonction de la position occupée dans ces différents marchés. Cela ne doit pas être perçu comme un constat négatif ou engagé, mais bien davantage comme une grille de lecture qui régit les rapports sociaux entre individus.

La question fondamentale dans le cadre d'une étude comme celle-ci est d'évaluer la pertinence de cette grille de lecture pour aborder le volontariat. Le paradigme de l'économie de marché offre-t-il une représentation satisfaisante du rapport au monde et à l'autre pour comprendre la nature même de l'engagement volontaire ? Ne faut-il pas au contraire envisager le volontariat sous un angle nouveau ?

Au gré de nos rencontres, un constat s'est progressivement imposé : le sens du volontariat ne peut pleinement s'envisager qu'en passant du paradigme de l'économie de marché au paradigme de l'économie du don. Il ne s'agit certes pas d'adopter la conception anarcho-communiste de l'économie du don. Au contraire, l'économie du don propose une autre représentation du lien social, basée sur l'échange libre, non calculé et non monétarisé, visant à produire prioritairement une plus-value sociale et sociétale. Cela ne veut pas dire que la plus-value individuelle est absente, mais elle n'est pas omniprésente. Au centre de sa dynamique, l'économie du don concentre son énergie sur la personne humaine, en distinguant l'argent de la richesse humaine. Le lien à l'autre ne se place plus dans un contexte hiérarchique de domination, mais bien au contraire dans une approche de coopération, d'écoute, de respect, d'empathie et d'échange<sup>45</sup>.

Ce préalable est important, et va bien au-delà des mots ou des idées. Tout projet humain, quelle que soit son ampleur et son étendue, gagne à produire du sens pour les acteurs qui s'y impliquent pour évoluer favorablement. Le volontariat n'échappe pas à cette règle, en tant que macro-projet sociétal. S'il veut se développer et s'élargir, il est primordial qu'il produise le sens recherché explicitement ou implicitement par tous ceux qui peuvent y contribuer. Or, la question du sens passe nécessairement par la représentation du cadre dans lequel le projet évolue, à savoir cette fameuse grille de lecture. Comment en effet produire un sens en adoptant le mauvais paradigme ? Les positions deviennent alors inconfortables, et de la tension naît entre les protagonistes. Envisager le volontariat sous l'angle de l'économie du don, c'est assurer des fondations solides pour bâtir un projet solide. C'est en outre créer une passerelle avec l'organisation et ses professionnels, qui s'inscrivent bien davantage dans l'économie de marché, même s'il s'agit de l'économie non-marchande. Cette passerelle offre une compréhension de la logique des uns et des autres et, par

<sup>45</sup> Le lecteur intéressé pourra trouver des informations pertinentes sur le paradigme de l'économie du don dans des travaux s'inscrivant dans l'économie sociale et solidaire. Cf. en bibliographie par exemple NEYRET et al (2006); BARDOS-RELTORONYI (2005); JETTE et al. (2000).

essence, elle est porteuse de complémentarité et non de concurrence.

Le lecteur est donc invité à adopter cette grille de lecture pour lire les recommandations qui suivent.

## 4.2. Recommandations sur un plan politique

Les acteurs politiques sont en charge d'une mission courageuse et délicate : celle de veiller à la bonne organisation et au bon fonctionnement de la vie en société. Leurs champs d'intervention sont donc extrêmement nombreux, complexes, et ils entrent parfois – pour ne pas dire souvent – en compétition les uns avec les autres. Le volontariat n'échappe pas à cette règle.

Que pourraient faire les politiques pour agir en faveur du volontariat ? Vaste question, qu'il faut aborder avec humilité. Deux grands axes peuvent être prioritairement dégagés :

- ... Améliorer les conditions parfois lourdes et difficiles des personnes déjà actives en matière de volontariat.
- ... Favoriser l'émergence de nouvelles « vocations », en contribuant à accroître l'attractivité du volontariat au sens large, et dans le secteur des soins de santé en particulier.

Analysons ces deux axes plus en détails, sans prétendre toutefois à l'exhaustivité des suggestions, sans doute illusoire.

### 4.2.1. Améliorer les conditions d'exercice du volontariat

- ... La loi sur le volontariat a été saluée par un grand nombre d'acteurs rencontrés, car elle crée un cadre jugé nécessaire pour mieux structurer le volontariat. Les avis diffèrent cependant en fonction de la taille des associations, et certains petits acteurs (des associations de patients actifs sur une base totalement volontaire par exemple) ont stoppé leurs activités ou envisagent tout simplement de le faire en raison de cette loi. La raison est la complexité accrue que la loi génère, ainsi que les nouvelles charges financières qu'elle impose, notamment en matière d'assurances à souscrire. Ne serait-il donc pas opportun de créer des conditions de simplification ou de souplesse administrative pour ces petites organisations, ou de leur apporter un plus grand soutien effectif ? Il est en outre indispensable de veiller à ce que ces

acteurs soient informés des mesures déjà existantes en matière de soutien, ces informations semblant faire cruellement défaut. Il est en effet dommage qu'une loi censée agir en faveur du volontariat, induise des effets pervers réduisant les initiatives en cours ou à venir.

- ... Certaines petites associations fonctionnant sur une base exclusivement ou, très majoritairement, volontaire peuvent éprouver des difficultés à assurer la continuité des activités en cas de problème ou de passage à vide de l'un de leurs membres. En outre, comme discuté, la loi a créé des effets pervers pour ces associations. Plusieurs représentants volontaires de petites associations de patients soulignent ainsi l'intérêt qu'il y aurait à créer au niveau régional ou communautaire une équipe de personnes rémunérées par le secteur public, pouvant se mettre à la disposition d'associations pour les aider sur différents aspects de leurs activités (notamment sur l'assurance d'une continuité sur une période temporaire donnée, sur une assistance administrative, ...).
- ... Certains acteurs, les syndicats en tête, regrettent que la loi sur le volontariat n'aborde pas la question des missions, rôles et tâches confiées aux volontaires, et ce tant dans la perspective de la défense des professionnels que des volontaires eux-mêmes. S'il semble difficile de créer un cadre légal strict et général pour encadrer l'ensemble de ce qui entre ou n'entre pas dans le champ de l'action volontaire, il semblerait néanmoins opportun d'apporter une réponse claire à ce que le volontariat ne peut dans tous les cas pas faire. Ainsi, comme déjà discuté, il est légitime de questionner la logique selon laquelle une organisation met en place des équipes mixtes en tous points identiques sur le plan des compétences et des tâches à accomplir, mais dont certains membres seraient employés, alors que d'autres seraient volontaires. Dans d'autres contextes, certaines associations, parfois importantes, ne font aucune distinction dans la définition des missions et des rôles entre certains professionnels et des volontaires. Les mêmes tâches et donc les mêmes attentes sur le terrain, sont assignées à ces deux profils. Cela pose question, et peut créer des effets pervers à tous niveaux. Un volontaire disait ainsi son inconfort à devoir agir sur le terrain comme un professionnel, alors qu'il n'en a ni toutes les compétences, ni la légitimité. Une clarification du législateur pourrait s'avérer nécessaire pour exclure du champ du volontariat



des missions qui n'y trouvent pas forcément leur place, pouvant potentiellement dénaturer l'engagement volontaire, ou créer d'inutiles tensions au sein des organisations. Précisons que ce débat devrait dans tous les cas passer par un processus de concertation avec les acteurs.

- ... Si certains volontaires ont cessé toute activité professionnelle (à la retraite par exemple) ou sont sans-emploi, d'autres donnent de leur temps en exerçant parallèlement des activités professionnelles. Volontaires auprès des patients ou volontaires en charge du fonctionnement d'organisations d'aide (par exemple une association de patients, une association d'aide aux personnes handicapées, ...), ils éprouvent parfois des difficultés à mener de front cet engagement avec leur vie professionnelle. Des facilitateurs pourraient être mis en place pour les aider. Ainsi, par exemple, à l'instar de pays voisins qui ont créé un cadre favorable à certaines missions volontaires, comme l'octroi de journées de congé pour des volontaires actifs au sein de conseils d'administration d'hôpitaux, des mesures de crédit-temps pourraient être envisagées.
- ... Nous avons discuté de l'importance de la reconnaissance du travail du volontaire par son institution. Cette reconnaissance pourrait également être élargie à la sphère de l'Etat, qui pourrait mettre en place des mécanismes de valorisation des acquis d'expérience à travers le volontariat. Ceci est plus largement détaillé dans le point suivant.

#### 4.2.2. Favoriser l'émergence de nouvelles « vocations »

- ... Les sociologues font souvent état de l'origine culturelle de l'engagement, qu'il soit politique, syndical ou associatif. La transmission des valeurs familiales constitue ainsi un moteur non négligeable poussant un individu à s'investir bénévolement. « Se pose alors la question des lieux d'éducation pour tous ceux qui n'ont pas la chance de bénéficier de cette tradition familiale. Historiquement, d'autres moteurs ont joué: le patronage d'avant-guerre, les mouvements d'action catholique, le scoutisme, les mouvements politiques, ont joué un rôle important et ont constitué des creusets éducatifs essentiels. Paradoxalement, l'Éducation nationale n'a joué quasiment aucun rôle en la matière, contrairement à ce qui se passe à l'étranger, et tout particulièrement dans les pays anglo-saxons. Le Canada constitue à cet égard une référence de choix ; les élèves y sont incités,

parfois de façon obligatoire, à prendre un engagement associatif au sein du Programme d'action communautaire»<sup>46</sup>. Si l'obligation de volontariat soulève un grand nombre de questions et de scepticisme - le volontariat ne perdrait-il pas son essence en devenant obligatoire -, il est par contre intéressant de questionner le rôle des établissements d'enseignement à l'éducation citoyenne. L'Etat, en tant qu'acteur encadrant l'éducation scolaire, ne se prive-t-il pas là d'une formidable occasion de proposer aux jeunes une sensibilisation à l'éducation et à la conscience citoyenne, les ouvrant entre autre chose à la dimension du volontariat ?

- ... Encourager le volontariat devrait également passer par une plus grande promotion du volontariat auprès du grand public. Plus généralement, il semble nécessaire de mieux faire connaître du grand public le mouvement associatif au sens large, et les nombreux bienfaits qu'il apporte à la société. En guise de promotion du volontariat dans le secteur des soins de santé, il y aurait donc deux chantiers à entreprendre : d'une part, revaloriser le secteur en lui conférant une image davantage conforme à ce qu'il est, et, d'autre part, valoriser le travail volontaire dans ce secteur. Une partie des budgets de communication alloués par l'Etat aux missions d'information et de communication qui sont les siennes, gagnerait à être affectée à la promotion directe du volontariat ou au soutien à des associations plateformes (cfr. infra) qui prendraient en charge ce travail. Cette promotion manque en effet aujourd'hui cruellement de moyens et, par extension, de visibilité. Or, il y a en matière de volontariat tant de choses à dire et à faire valoir auprès du grand public.
- ... Comme déjà discuté, le volontariat peut contribuer à la propre intégration sociale de l'individu qui le pratique. Ne pourrait-il dès lors pas constituer un moyen de redynamisation sociale pour les demandeurs d'emploi les plus en difficulté ? A ce jour, le volontariat n'est pas véritablement encouragé, ni valorisé pour des personnes en recherche d'emploi. Il est même parfois mal perçu, considérant que l'engagement volontaire distrait le chercheur d'emploi de son travail de recherche. N'y aurait-il pas là une opportunité de mesures concrètes à adopter, visant à trouver des sources de valorisation de l'action volontaire dans le processus de recherche d'emploi, notamment des personnes en chômage de longue durée ? Les différents plans en faveur de l'emploi ne devraient-ils pas intégrer une réflexion de fond sur le rôle que le volontariat pourrait

<sup>46</sup> Thierry D. (2007), L'engagement des jeunes dans le bénévolat associatif, document édité par France Bénévolat

jouer dans un premier pas vers une éventuelle remise au travail ? Des collaborations avec le Forem ou l'Orbem et les plateformes de promotion du volontariat ne gagneraient-elles pas à être encouragées dans ces plans ? Le volontariat ne pourrait-il pas s'intégrer dans un processus de formation pour les candidats chercheurs d'emplois (tout en restant basé sur un engagement volontaire, essence même du volontariat) ? Certes, il ne peut être question de considérer les structures accueillantes comme des lieux de formation, mais au contraire comme un lieu de révélation de certaines dimensions du potentiel humain, parfois insoupçonnées, ou comme un lieu de reconnexion à l'organisation. Ceci tout en gardant à l'esprit que le volontariat doit profiter à des tiers ou à l'ensemble de la société, et que les activités qui profiteraient uniquement aux volontaires, ou porteraient préjudice à la société, ne répondraient pas aux principes du volontariat. En outre, qu'en est-il de la valorisation d'une expérience acquise lors d'un travail volontaire ? La France a par exemple mis en place un système de valorisation des acquis de l'expérience, dont le champ a été étendu par la loi de 2002 à l'expérience acquise lors du volontariat. Cela ne pourrait-il pas inspirer une telle mesure chez nous, face à la proportion importante de gens sans qualification reconnue, et donc confrontés à un véritable handicap dans le cadre de la recherche d'un emploi ?

### 4.3. Les acteurs supra-organisationnels

Beaucoup de personnes rencontrées lors des entretiens ou durant les tables rondes, ont fait état d'une réelle méconnaissance des possibilités offertes par le volontariat ou, plus spécifiquement, des moyens pour y accéder ou pour se renseigner : « J'aurais tant besoin de volontaires mais je ne sais pas où je dois m'adresser », a été ainsi souvent entendu.

Pour pallier à ce constat, une piste a été évoquée de manière récurrente : la mise en œuvre d'une plateforme centralisatrice dédiée au secteur des soins de santé, organisée sous le modèle du guichet unique et destinée à assurer une meilleure synchronisation entre l'offre et la demande de volontaires.

Certes, il existe à ce jour des initiatives pouvant s'apparenter à une telle plateforme, sans qu'elles ne soient identifiées comme telle, ou sans qu'elles n'aient semble-t-il une visibilité suffisante. A la question de savoir s'ils connaissaient l'Association pour

le Volontariat par exemple, un certain nombre d'organisations et d'acteurs rencontrés ont répondu par la négative. Si les organisations ne la connaissent pas, qu'en est-il alors du grand public ?

Quelles devraient être les missions d'une telle plateforme ? En tant qu'interface entre les besoins des organisations et les bonnes volontés des (candidats) volontaires, ses missions et tâches devraient s'articuler autour de trois dimensions : le support aux organisations, le support aux (candidats) volontaires et la relation entre ces deux catégories d'acteurs. Outre ces trois dimensions, décrites ci-après, la plateforme gagnerait également à devenir le référent pour tout acteur traitant ou réfléchissant à la question du volontariat, les décideurs politiques en tête, mais également d'autres catégories d'acteurs comme, par exemple, les organisations syndicales. En se positionnant comme l'organisation experte, elle pourrait se faire le relais des besoins émanant tant au niveau des (candidats) volontaires que des organisations de soins, et du lien entre les deux. Et ce rôle devrait aussi s'envisager de manière proactive, notamment en matière de lobbying auprès des décideurs politiques.

#### 4.3.1. Support aux organisations de soins

Il y a tout d'abord incontestablement un besoin de visibilité accrue auprès des acteurs organisationnels. Une telle plateforme ne pourra pleinement jouer son rôle que si elle est connue et identifiée par les acteurs du secteur des soins de santé, ce qui implique un plan de communication conséquent.

Cette communication doit certes permettre de faciliter l'expression d'une demande par les organisations de soins. En amont, elle doit aussi sensibiliser les acteurs aux enjeux du volontariat et, surtout, à la plus-value indéniable qu'il peut présenter pour l'organisation. Comme discuté, cette plus-value ne va pas forcément d'elle-même et certaines directions peuvent être réticentes à recourir à des volontaires, pour de bonnes ou de moins bonnes raisons. Sensibiliser à la plus-value du volontariat et aux conditions de succès de l'action des volontaires sur le terrain, peut permettre de lever certains freins ou de repenser autrement sa relation aux volontaires.

Cette communication devrait être bidirectionnelle et interactive: davantage que de l'information, la plateforme gagnerait à développer des relations de quasi services avec les acteurs, en agissant proactivement pour faire connaître des opportunités non connues de tous, mais également en écoutant

les acteurs pour identifier des bonnes pratiques au sein de certains établissements et ainsi pouvoir leur donner davantage de visibilité, en vue de permettre leur généralisation. Certains établissements ont ainsi créé avec des équipes de volontaires des services permettant de dégager des moyens (cafétéria, boutique, ...) intégralement ou partiellement mis au service du développement du volontariat en leur sein. Voilà un bel exemple d'une pratique qui gagnerait à avoir plus de visibilité.

Cette communication permettrait aussi de favoriser une vraie créativité, et éventuellement de stimuler l'envie d'essayer, de tester, d'innover. Une personne rencontrée nous parlait ainsi de la nécessité, pour certaines maisons de repos, d'ouvrir leurs portes à la communauté avoisinante, de sortir d'une logique de ghetto ; et ce, pour le plus grand bénéfice de tous. Et le volontariat semble être une porte à ces initiatives, puisqu'il insuffle un vent venu de l'extérieur dans des environnements parfois naturellement peu tournés vers l'extérieur.

La plateforme gagnerait également à se positionner comme centre de services pour les acteurs : information ou formation à la loi, support à la mise en place d'une équipe de volontaires, suggestion d'une « méthodologie » faisant état des conditions propices au succès du projet, formation pour les volontaires administrateurs, aide au recrutement, mise à disposition de projets de convention de collaboration standard, de contrat moral, centralisation des possibilités de formation à destination des volontaires,...

La formation mérite d'être approfondie. Au gré de l'étude, il est apparu de manière très nette les grands besoins des organisations en matière de formation. Par ailleurs, la formation apparaît nettement comme un facteur clé de succès de l'action volontaire au sein d'une organisation. Finalement, il est nécessaire d'envisager la formation sous différents niveaux :

- ... La formation des volontaires « au chevet du patient »
- ... La formation de l'encadrement des volontaires (cfr. infra pour une discussion sur cette fonction d'encadrement)
- ... La formation des volontaires « gestionnaires ». Il s'agit de ces volontaires qui siègent au Conseil d'Administration d'une association, ou qui participent à sa gestion.

Un grand nombre d'acteurs organisationnels n'ont tout simplement pas les ressources pour organiser de telles formations en interne. Le secteur dans sa globalité se verrait donc apporter une forte plus-value par la création d'une « Académie du Volontariat », portée par un acteur supra-organisationnel, et proposant des programmes de formation adaptés à ces différents niveaux.

#### 4.3.2. Travail au niveau du grand public et des (candidats) volontaires

Tout comme il est nécessaire que la plateforme soit connue des acteurs, il est nécessaire qu'elle soit connue du grand public, de sorte qu'en cas de souhait de s'investir dans le volontariat, elle puisse devenir un interlocuteur de référence.

La première mission de la plateforme serait d'organiser des actions de promotion du volontariat dans le secteur des soins de santé. Informer sur les motivations des volontaires, organiser des journées de rencontre entre volontaires actifs et grand public, partager des expériences, des vécus, participer à des salons grand public pertinents, ... devraient permettre de promouvoir plus efficacement et, surtout, de valoriser le volontariat au sein du secteur. Comme au niveau des acteurs, faire prendre conscience de l'existence de possibilités probablement largement ignorées du grand public est également un enjeu d'importance. S'engager dans un hôpital ne veut pas forcément dire s'engager auprès de mourants, loin de là. Les possibilités de tâches sont multiples, et le retour est généralement à la hauteur de l'investissement. Parler du don, mais surtout du contre-don, expliquer les réalisations, aider les candidats volontaires à éclaircir leur projet, ... sont autant de tâches connexes et liées à ce besoin de promotion.

Cette promotion du volontariat gagnerait à se faire dans une approche résolument nouvelle. Une approche différenciée, segmentée, est nécessaire : le volontariat ne doit pas être présenté aux jeunes comme aux personnes plus âgées ou aux chercheurs d'emploi. Comme discuté, il est indispensable de produire du sens pour ces acteurs, or le sens recherché implicitement ou explicitement varie de catégories de personnes à catégories de personnes. Ensuite, il est nécessaire d'aborder la promotion du volontariat sous l'angle de l'émotion. Rappelons-nous que nous nous inscrivons dans le paradigme du don, plaçant l'échange humain au cœur de la dynamique.

<sup>47</sup> [www.dossier-benevolat.ch](http://www.dossier-benevolat.ch)

Une communication rationnelle, passant exclusivement par le mental, ne produira jamais un effet comparable à une communication interactive, véhiculant des émotions. Les tables rondes organisées dans le cadre de ce projet en attestent, puisqu'une forte plus-value de ces rassemblements résidait précisément dans l'émotion qui s'en dégageait. Il faut donc repenser les outils et les modes de promotion du volontariat auprès du grand public, pour en améliorer l'efficacité et l'impact.

Outre la promotion, il est important de créer les conditions favorables à l'attrait du secteur pour des candidats volontaires. A l'instar de la Suisse, où l'organisation phare de promotion du volontariat a créé l'attestation du bénévolat, la plateforme pourrait également agir sur la reconnaissance du volontaire et de l'expérience acquise. Ainsi, en Suisse, le « dossier du bénévole » consiste en un instrument que l'on trouve en allemand, italien et français, qui permet de relever dans un seul document l'ensemble des tâches effectuées, de mentionner les compétences acquises lors de formations continues et les compétences requises pour certaines activités. Ce dossier est d'abord conçu comme signe de reconnaissance du travail accompli. Mais il peut aussi servir à une personne qui entend faire valoir des compétences acquises dans ses activités de bénévole.

Le « dossier bénévolat »<sup>47</sup> commence à être remarqué en Suisse romande. Il l'est tout particulièrement par les personnes responsables des bénévoles dans les grandes organisations sociales. Ces personnes ont compris qu'elles disposaient là d'un magnifique outil pour valoriser l'expérience bénévole, et aussi pour promouvoir le bénévolat auprès d'une partie de la population qui hésite encore à s'engager dans de telles activités. En outre, ce dossier peut ouvrir des droits ou des avantages dans certains domaines. Ainsi, les volontaires suisses peuvent bénéficier d'un service appelé le « bonus culturel », qui consiste à bénéficier de réduction pour le prix de certains événements ou lieux culturels.

Attention toutefois à ne pas créer des effets pervers en cas de maximisation des facteurs d'attrait. La motivation du volontaire doit en effet rester prioritairement l'engagement désintéressé. Or, si la liste des avantages est importante, la motivation de certains candidats volontaires peut alors être dénaturée.

#### 4.3.3. Travail de synchronisation entre les besoins des organisations de soins et la disponibilité offerte par les (candidats) volontaires

Il s'agit là pour la plateforme de créer le pont véritable entre la multitude de bonnes volontés émanant de candidats volontaires d'une part, et la multitude de besoins émanant des institutions d'autre part. Que ce soit pour des aides ponctuelles ou plus durables, il s'agirait de mettre en relation les différents acteurs pour faciliter l'émergence ou la récurrence de telles aides. Ainsi, une institution faisant face à un problème ponctuel de transport de malades du domicile vers le lieu de soins pourrait faire appel à la plateforme qui, de part sa maîtrise du tissu local en matière de volontariat, pourrait soit trouver une solution directe au problème, en cas de volontaires disponibles, soit relayer la demande à des associations actives en transport de malades, ayant leur propre structure. Il s'agirait donc d'agir à l'instar d'organisations comme les Responsible Young Drivers par exemple, qui démontrent une efficacité importante dans la coordination et la structuration des initiatives locales. Leur cartographie de la Belgique sous l'appellation « près de chez toi » permet ainsi en quelques clics de souris via leur site Internet de prendre connaissance des initiatives près de chez soi, des personnes à contacter, de l'agenda, des partenaires locaux, ... Le forum accessible via leur site permet en outre un échange informel entre personnes intéressées par le sujet et favorise ainsi la mise en relation ou simplement le partage, pouvant convaincre une personne en recherche d'information sur le volontariat de s'y investir concrètement.

Cette mise en relation serait sans conteste bénéfique pour tous, mais plus particulièrement sans doute pour les organisations de taille modeste, ou pour celles chez qui le volontariat n'est pas « inscrit dans les gènes », et qui ne savent donc pas comment l'aborder.

Cette synchronisation gagnerait également à s'envisager dans une démarche proactive. Ainsi, par exemple, si un groupe de jeunes manifeste auprès de la plateforme son envie de s'investir dans sa communauté locale, il est possible d'aller vers l'organisation de soins pour lui proposer un projet émanant de l'extérieur, et non de l'intérieur. De tels exemples existent aujourd'hui, mais sont marginaux puisque non structurés. Ainsi, la directrice d'une maison de

repos rapportait qu'un jour, un groupe de jeunes a poussé les portes de son établissement pour proposer d'organiser une chorale avec les résidents. Le projet s'est concrétisé à la grande satisfaction générale. Un bel exemple de pro activité réussie donc !

#### 4.4. Les acteurs organisationnels

Comme discuté dans le chapitre 3, nous avons vu que les organisations de soins détiennent dans leurs mains des leviers pouvant faire toute la différence en matière de qualité de l'action des volontaires en leur sein. En effet, la finalité positive du volontariat ne garantit pas son succès sur le terrain. Et si ce succès ne peut en aucun cas être garanti à 100%, il peut néanmoins être favorisé par l'application de plusieurs conditions.

La première condition passe par une réflexion profonde sur le rôle stratégique du volontariat au sein de l'établissement de soins et sur la place qu'il convient de lui donner en son sein. Cette condition implique un corollaire : celui d'agir en concertation et en dialogue avec les différents acteurs (personnel, syndicat, direction, représentant de volontaires, patients/proches). Intégrer la logique volontaire au sein du projet de vie d'une institution, en faire un véritable projet organisationnel au-delà d'un projet ponctuel, fait toute la différence d'entrée de jeu. Partager ce projet avec les différents acteurs - et notamment avec les professionnels de la santé qui ignorent encore trop le rôle, l'apport, voire même la présence des volontaires dans leur organisation -, user de la concertation pour bâtir le projet, sont autant d'éléments qui vont faciliter l'adhésion de l'organisation et de ses professionnels à la démarche volontaire.

Certes, la conviction de l'intérêt de collaborer avec des volontaires est déterminante, encore faut-il savoir comment les recruter. Un support de la plateforme peut alors se mettre en place, afin d'assurer que des personnes adéquates se retrouveront à des missions et des tâches qui leur conviennent. Parler d'adéquation entre volontaire et travail à accomplir ne doit en effet pas être un tabou, tant dans l'intérêt du patient, que du personnel, de l'organisation, et du volontaire lui-même. Ainsi, demander à une personne n'ayant pas achevé un travail de deuil d'accompagner des personnes en fin de vie pourrait

avoir des conséquences psychologiques désastreuses pour ce candidat volontaire.

Afin de clarifier les attentes et les exigences entre parties, l'organisation gagne à passer avec le volontaire un contrat moral de collaboration, reprenant les conditions de l'engagement volontaire, les droits et les obligations qu'il engendre auprès des patients, mais aussi au niveau de l'organisation dans son ensemble, ainsi qu'un descriptif précis de ce que le volontaire peut faire et ne pas faire au sein de l'organisation. Ce contrat moral détaille également les types d'interactions souhaitées et souhaitables avec le personnel soignant et avec la personne en charge de l'encadrement des volontaires.

L'encadrement des volontaires, voici certainement un maître mot dans les conditions de succès de l'action volontaire sur le terrain. De manière quasi unanime, les personnes rencontrées ont reconnu l'importance d'une personne référente au sein de l'organisation de soins, qui encadre et coordonne les volontaires. Si la question de l'expertise du volontaire peut faire débat, celle de la personne encadrant est unanimement reconnue comme étant essentielle. Cette personne peut être salariée - ce qui ne veut pas forcément dire que tout son emploi du temps est dédié à ces tâches d'encadrement -, ou être volontaire pour les structures de petites tailles. Mais, dans ce dernier cas, elle doit impérativement être formée et assurer un lien étroit entre les volontaires d'une part, et l'organisation d'autre part. Elle gagne donc à trouver une place au sein de l'organigramme de la structure.

L'encadrement vise à atteindre plusieurs objectifs, détaillés ci-après. En amont de tous ces objectifs, il semble essentiel que cette fonction d'encadrement assure la concertation entre les différentes catégories d'acteurs, pour participer à cette volonté d'inscrire l'action volontaire dans un véritable projet d'organisation. Ainsi, il est opportun de prêter attention aux relations entre volontaires et professionnels, ainsi qu'avec leurs représentants syndicaux, pour définir ensemble le sens et le cadre qu'il convient de dresser pour le volontariat. Lorsque les gens sont associés à une réflexion et qu'un projet découle de cette réflexion commune, la motivation de toutes les parties qui en résulte, favorise grandement le succès des initiatives mises en place.

**Parmi les objectifs de l'encadrement, il faut citer les éléments suivants :**

- ... Veiller à ce que chaque « talent » puisse s'exprimer au meilleur endroit. Il s'agit donc en concertation avec le volontaire, mais aussi avec les équipes en place, de trouver le lieu de son action le plus adéquat pour lui, en fonction du sens qu'il place à sa démarche, de ses qualités intrinsèques, de sa personnalité et de ses aptitudes. Il s'agit aussi de dresser la frontière de ce qu'il peut faire et ne pas faire, afin de créer la synergie et non la concurrence avec les équipes de professionnels.
- ... Définir ensemble les éventuels plans de formation. Ce sujet fait débat, et il est utile de souligner que la formation ne vise pas à standardiser les pratiques et l'échange relationnel, bien au contraire. Il vise plutôt à assurer une action qualitative du volontaire dans son champ d'actions. Il vise à clarifier ses rôles et missions. Il vise à lui transmettre un savoir-faire en lien avec ce qu'il a à accomplir. Il vise à lui permettre de comprendre la spécificité de l'organisation dans laquelle il entre, avec ses contraintes et ses opportunités. Il vise à créer les conditions d'une synergie maximale avec le personnel en place. Il vise surtout à éveiller le questionnement et le recul sur certaines pratiques ou échanges, de façon à ouvrir un espace de dialogue intérieur propice au développement du volontaire, et à la remise en question de son travail.

Faut-il rendre la formation obligatoire ? Cette question semble être incomplète, puisqu'elle doit être mise en lien avec les tâches et missions que le volontaire accomplit. La plupart des acteurs rencontrés ont mentionné le rôle déterminant de la formation comme préalable au bon déroulement de l'action volontaire. Il ne s'agit évidemment en aucun cas de chercher à singer le personnel, mais de donner aux volontaires les moyens - tant au niveau du savoir-faire que du savoir-être - d'assurer le plus qualitativement possible leurs missions. Dans tous les cas, il semble néanmoins opportun d'assurer une formation ou une information sur le fonctionnement général et les spécificités de l'organisation et de ses différents publics - tant au niveau des bénéficiaires que des prestataires de soins. A cet effet, l'Académie du Volontariat serait comme discuté une véritable plus-value pour le secteur.

... Assurer le suivi journalier de l'action des volontaires, organiser la remontée d'information entre les acteurs, en vue de créer ces synergies tant recherchées, identifier et désamorcer d'éventuels problèmes ou difficultés, être à l'écoute et favoriser pro activement le dialogue avec les différentes catégories d'acteurs - professionnels, syndicat, volontaires, mais aussi patients et proches de patients, évaluer ou réévaluer l'adéquation du volontaire à sa mission dans le temps, ... Il s'agit aussi pour l'encadrant d'être le garant des frontières du volontariat, pour ne pas qu'apparaissent des demandes illégitimes de certaines unités de soins par exemple, pour développer ou confier aux volontaires des tâches qui ne sont clairement pas de leur ressort. Cette évaluation - et plus largement ce suivi - ne doivent pas forcément s'inscrire dans un formalisme excessif, mais peuvent selon les spécificités de l'organisation prendre des formes plus informelles. Mais dans tous les cas, ils gagnent à être mis en place. En outre, la recherche de sources d'amélioration des pratiques est vectrice de dynamisme et d'amélioration continue, qui ne peut que bénéficier à l'ensemble des parties prenantes. Attention toutefois, il ne s'agit pas de reproduire un cadre évaluatif comme il pourrait en exister dans la sphère professionnelle, et qui pourrait s'avérer contre-productif, puisque pouvant alors engendrer une pression non souhaitable sur les volontaires. Le maître mot doit rester l'humain, et c'est dans cette approche humaine qu'il convient de porter un regard de suivi.

... Finalement, reconnaître l'action des volontaires et la valoriser au sein de l'organisation, est porteur de motivation pour des gens qui investissent parfois une part importante de leur temps et de leur énergie, sans la moindre contrepartie financière, dans l'amélioration de la qualité de vie dans les institutions. Cela peut prendre des formes diverses et variées, comme l'organisation d'une journée annuelle des volontaires, une rencontre animée avec la direction, le sentiment d'appartenance à un projet organisationnel fort, l'accès aux services offerts aux membres du personnel, ... Bref, il s'agit de leur faire savoir qu'ils sont importants pour l'organisation dans laquelle ils s'impliquent.



Toutes ces conditions ne doivent pas être vues comme étant normatives, ou garantissant à coup sûr la pertinence de l'action des volontaires sur le terrain. Mais toutes ont été mentionnées au gré de nos rencontres comme illustratrices de bonne pratique.

#### 4.5. Les patients et les proches

Le contexte de ces recommandations aux patients et aux proches est celui qui doit permettre d'agir vers une plus grande promotion et une plus grande visibilité du volontariat dans les structures de soins.

La grande majorité des patients ou des proches rencontrés, ayant eu un lien avec un ou plusieurs volontaires, soulignent la richesse de l'échange et de l'apport, et la très grande satisfaction ressentie en matière d'aide, d'assistance, d'écoute, de partage, ... N'est-ce pas là le meilleur moment pour les sensibiliser, une fois rétablis, à s'engager eux-mêmes dans la cause volontaire ?

Les associations de patients ne fonctionnent que sous ce mode de « recrutement », puisqu'il est indispensable d'avoir été soi-même patient pour s'engager dans une association de patients. Mais plus globalement, n'y-a-t-il pas là des idées à développer en termes d'information sur le volontariat ? A nouveau, il est indispensable de tenir compte du contexte personnel dans lequel le patient ou le proche se place. Il ne peut évidemment pas être question de profiter d'une faiblesse émotionnelle ou de jouer sur un devoir de reconnaissance pour inviter ces personnes à rejoindre le mouvement volontaire.

Si cette information ne se prolonge pas vers un engagement nouveau, elle gagnerait à inciter à tout le moins les patients et/ou les proches à parler de leur expérience avec les volontaires à l'extérieur. Il s'agit de générer ce que les experts en communication appellent le bouche à oreille. Les études démontrent que spontanément, le bouche à oreille est rare, mais qu'il peut être soutenu par une information adaptée et efficace. Et une fois enclenché, il devient sans doute le plus formidable outil de promotion qui soit, puisqu'il est vecteur de vécu, et donc de crédibilité. Il se place sous l'angle de la communication chaude, vectrice d'émotions, et non sur la communication rationnelle. Pourquoi donc se priver d'une si belle opportunité de contribuer à façonner une image positive du volontariat dans le secteur des soins de santé ? Et cela peut passer par une action toute simple. Il suffirait que les volontaires, lors des

au-revoir ou des remerciements, évoquent auprès des patients et des proches qu'une belle façon de les remercier serait de témoigner auprès de leurs proches, familles, amis et collègues, pour valoriser l'action volontaire auprès du plus grand nombre.

Finalement, il y a un vrai travail de changement de mentalité à mettre en chantier, et qui pourrait se résumer par un mot auprès des patients : osez ! Osez exprimer vos besoins de solitude, osez exprimer vos besoins de réassurance, d'écoute, de partage. A force de s'enfermer dans le paradigme de l'économie de marché et de la représentation du rapport à l'autre qui en découle, l'être humain a perdu une part spontanée de son humanité. Les besoins strictement humains sont ainsi souvent associés à des fragilités, pour ne pas dire des faiblesses. Oser partager un sentiment de solitude, exprimer une inquiétude, affirmer que le langage technique du médecin n'est pas clair, oser tout simplement exprimer ses besoins d'humain, tout cela ne va pas de soi, surtout dans un univers dominé par la science et la technique. Et que dire de la représentation sociale du malade, de la maladie, de la fin de vie ? Et avec elle la représentation de l'hôpital, de la maison de repos et de soins, de la maison psychiatrique ?

Humaniser les organisations de soins, c'est certes agir au niveau de l'organisation et des personnes qui s'y impliquent, mais c'est aussi rendre aux patients/aux résidents leur pleine humanité. C'est diminuer le niveau d'angoisse du patient, en vue de participer sûrement mais modestement aux chances de succès de sa thérapie – rôle que le volontaire n'aurait sans doute pas prévu. C'est créer les conditions favorables à l'expression de ces fameux besoins implicites des patients ou des proches. C'est leur faire savoir que l'expression de besoins humains n'est pas une faiblesse mais, au contraire, un cadeau, une richesse mise sur la table pouvant déboucher vers le partage. C'est montrer que le paradigme de l'économie du don n'est pas une utopie théorique, mais une réalité, certes contextuelle, mais bien présente.

Les effets de ce changement de mentalités sont loin d'être anecdotiques : ils replacent l'Homme dans sa pleine dimension d'humain, quels que soient sa situation, son contexte, son état. Et en agissant de la sorte, ils refont également des structures de soins des structures de vie, empreintes d'humanité. Ils redéfinissent le lien social entre les malades et les bien-portants, entre les personnes en fin de vie et les personnes en cours de vie, entre les gens en souffrance et les gens aptes à les reconforter.



Le présent chapitre a permis la mise en évidence d'une série de recommandations à destination de diverses catégories d'acteurs, visant à promouvoir le volontariat et à en accroître le bon fonctionnement dans un secteur aux besoins immenses. Ces recommandations sont synthétisées ci-après.

Préalablement, il est utile de rappeler tout l'intérêt d'envisager la dynamique du volontariat au travers du paradigme de l'économie du don. Celui-ci offre une grille de lecture adaptée à la compréhension des enjeux dans le domaine d'intérêt.

## RECOMMANDATIONS AU NIVEAU DES ACTEURS POLITIQUES

1. Améliorer les conditions d'exercice du volontariat.
  - ... Créer des conditions de simplification ou de souplesse administrative pour les petites organisations à l'égard de la loi sur le Volontariat ou leur apporter un plus grand soutien
  - ... Créer au niveau régional ou communautaire une équipe de personnes rémunérées par le secteur public, pouvant se mettre à la disposition d'associations pour les aider sur différents aspects de leurs activités
  - ... Apporter par les textes de loi une réponse claire à ce que le volontariat ne peut dans tous les cas pas faire dans l'exercice de ses tâches et missions
  - ... Créer des mécanismes de facilitation pour les volontaires exerçant une activité professionnelle (p.ex. du crédit-temps)
  - ... Mettre en place des mécanismes de valorisation des acquis d'expérience à travers le volontariat
2. Favoriser l'émergence de nouvelles « vocations » volontaires dans le domaine des soins de santé
  - ... Promouvoir l'éducation à la citoyenneté dans les réseaux d'enseignement
  - ... Revaloriser le secteur des soins de santé en lui conférant une image davantage conforme à ce qu'il est.
  - ... Valoriser le travail volontaire dans ce secteur, en menant des campagnes de sensibilisation et de communication efficace
  - ... Trouver des sources de valorisation de l'action volontaire dans le processus de recherche d'emploi ou au sein des personnes en chômage de longue durée

## RECOMMANDATIONS AU NIVEAU DES ACTEURS SUPRA-ORGANISATIONNELS

Mettre en place une plateforme centralisatrice dédiée au secteur des soins de santé, organisée sous le modèle du guichet unique, et destinée à assurer une meilleure synchronisation entre l'offre et la demande de volontaires au sein du secteur

Missions de la plateforme:

1. Supports aux organisations de soins (communication, sensibilisation, centre de services, organisation de formations)
2. Travail au niveau du grand public et des (candidats) volontaires (promotion du volontariat dans le secteur, mécanismes de valorisation des expériences)
3. Amélioration de la synchronisation entre les besoins des organisations de soins et la disponibilité offerte par les (candidats) volontaires

Parallèlement ou conjointement à cette plateforme, créer une « Académie du Volontariat » proposant des programmes de formation adaptés aux différents profils d'institutions, d'associations et de volontaires, afin de les aider à développer l'expertise utile au service de leurs missions et de leurs tâches.

## RECOMMANDATIONS AU NIVEAU DES ACTEURS ORGANISATIONNELS

Les acteurs organisationnels gagneraient à formaliser leurs processus à l'égard de l'intégration et du fonctionnement du volontariat dans leur établissement, en s'appuyant sur les axes suivants :

- ... Mener une réflexion profonde sur le rôle stratégique du volontariat au sein de l'établissement de soins et sur la place qu'il convient de lui donner en son sein
- ... Prôner le dialogue et la concertation avec les différentes parties prenantes (professionnels, syndicats,...) pour intégrer au mieux le volontariat dans l'institution et faire évoluer son action
- ... Formaliser des processus de recrutement de volontaires avec une définition claire des missions, des rôles et des tâches confiées
- ... Formaliser l'engagement du volontaire dans un contrat moral entre les parties
- ... Mettre en place une cellule ou une personne en charge de l'encadrement des volontaires, dont les objectifs sont les suivants :
  - Assurer la concertation entre les différentes catégories d'acteurs, professionnels et volontaires
  - Veiller à ce que chaque talent puisse s'exprimer au meilleur endroit
  - Définir et coordonner les éventuels plans de formation des volontaires
  - Assurer le suivi journalier de l'action des volontaires
  - Reconnaître et valoriser institutionnellement l'action des volontaires

## RECOMMANDATIONS AU NIVEAU DES PATIENTS ET DES PROCHES

Le contexte des recommandations menées au niveau des patients et des proches est celui qui doit permettre d'agir vers une plus grande promotion et une plus grande visibilité du volontariat dans les structures de soins. Celle-ci peut passer par :

- ... La sensibilisation des patients ou des proches qui, une fois rétablis ou sortis du processus de prise en charge, pourraient
  - soit envisager l'engagement volontaire
  - soit le promouvoir indirectement en relatant leur expérience
- ... Mener un vaste projet visant à faire évoluer les mentalités des patients et des proches, pouvant se résumer par : osez faire valoir votre humanité !

# Conclusion générale

Être volontaire à l'aube du 3<sup>ème</sup> millénaire est devenu une activité partagée par des centaines de milliers de Belges, permettant aux uns d'aller à la rencontre des autres, d'apprendre, de se développer, de s'épanouir, de rechercher des contacts et des moments privilégiés que le quotidien a parfois du mal à offrir.

Être volontaire dans le secteur des soins de santé, c'est probablement intensifier cet échange avec les autres et avec soi-même, dans des circonstances qui nous conduisent, en tant que patient ou proche, au plus profond de notre humanité, au moment où nos masques tendent à disparaître, au moment où notre ouverture à l'homme est peut-être la plus grande.

Dès lors, envisager le volontariat en termes socio-économiques sous forme d'une comparaison entre offre et demande, nous est finalement apparu comme la moins bonne manière d'en faire son étude et sa promotion. Les quelques chiffres mis en évidence démontrent en suffisance la modestie de cette action volontaire dans le secteur des soins de santé, raison pour laquelle nous avons choisi de la présenter en profondeur, en exprimant ce que le « terrain » recelait d'exemples, de bonnes pratiques, de difficultés, d'enthousiasme et d'enjeux. Cette approche a conféré aux chiffres une envergure toute autre, d'une intense richesse, qui nous a amenés à proposer diverses recommandations pour soutenir le volontariat dans le secteur de la santé.

Collaborer avec des volontaires dans le secteur de la santé, c'est reconnaître avant tout que la prise en charge globale du patient recèle tant de dimensions que, seuls, les professionnels ne peuvent intrinsèquement y parvenir. C'est accorder au volontaire une place unique, le privilège de la représentation du monde extra-hospitalier et ce qu'il signifie pour le patient, sous des contours bien divers : ce lien citoyen sous forme d'humanité qui renforce l'action des professionnels.

Intégrer le volontaire dans un contexte de pressions budgétaires, de rationalisation des moyens, de luttes concurrentielles, c'est aussi privilégier la dimension non marchande dans laquelle s'inscrit le secteur de la santé mais dont l'évolution tend parfois à en perdre l'essence. C'est redécouvrir le sens du service gratuit, gracieux, derrière des besoins qui bien souvent ne s'explicitent pas. C'est aussi une manière de parvenir à être réellement centré sur le patient, ce que nos structures de soins proclament toutes sans qu'on puisse toujours en identifier la réalité.

Alors, ayant fait nous-mêmes l'expérience du volontariat au chevet du patient, pourrions-nous terminer ce travail par un encouragement personnel à vous qui nous lisez : osez tenter l'expérience ou, du moins, soyez attentifs à ceux qui la vivent. Quels que soient ses qualités et son profil, le volontaire vit une aventure extraordinaire, ressent au travers d'échanges les plus simples une rare intensité de vie et apporte aux autres des instants souvent inespérés qu'ils lui rendent sans compter.

Le 27 décembre 2007

# Bibliographie

- ARCHAMBAULT E. (2002), Le bénévolat en France et en Europe, Rapport de l'Unité mixte de recherche CNRS- Université Paris I, n°8595
- BARDOS-FELTORONYI N. (2005), Comprendre l'économie sociale et solidaire : Théories et pratiques, Vie Ouvrière, 159 p.
- BAZIN C., DUROS M. et MALET J. (2006), Le baromètre du bénévolat, Rapport édité par France Bénévolat
- D'HOUTAUD A. et FIELD M.G. (1984), "The Image of Health Variations in Perception by Social Class in French Population", *Sociology of Health Illness*, 6, pp.30-60
- DAVIS K., SCHOENBAUM S.C., AUDET AM. (2005), "A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care", *Journal of General Internal Medicine*, 20, pp.953-957
- DE WALT D.A. et PIGNONE M.P. (2005), "The Role of Literacy in Health and Healthcare", *American Family Physician*, August
- DEFOURNY J. et DEVELTERE P. (2005), Le secteur associatif en Belgique. Une analyse quantitative et qualitative, Fondation Roi Baudouin
- DONABEDIAN A. (1966), "Evaluating the Quality of Medical Care", *Milbank Memorial Fund Quarterly*
- DREYER P. (2006), *Etre bénévole aujourd'hui*, Editions Marabout
- GONÇALVES DE OLIVEIRA B.R., COLLET, N., SILVEIRA VIERA C. (2006), "Humanization in Healthcare", *Latino-Am. Enfermagem*, 14, 2 Ribeirão, Mar./Apr
- GOUDET E. et THIERRY D. (2004), Le bénévolat ailleurs... l'exemple du Canada, Rapport édité par France Bénévolat
- GOUDET E. et THIERRY D. (2005), Le bénévolat en Angleterre, Rapport édité par France Bénévolat
- GOUDET E. et THIERRY D. (2006), Le bénévolat ailleurs... la situation en Italie, Rapport édité par France Bénévolat
- HAMBACH E. (2006), *La loi sur le Volontariat : Questions pratiques*, Fondation Roi Baudouin
- HASLAM N. (2006), "Dehumanization: An Integrative Review, Personality and Social", *Psychology Review*, 10, 3, pp.252-264.
- Institut de Développement Durable (2004), *Capital Social et Bénévolat – Indicateurs pour un développement durable*, n°2004-4.
- JETTE C., LEVESQUE B., MAGER L. et VAILLANCOURT Y. (2000), *Economie sociale et transformation de l'Etat Providence dans le domaine de la santé et du bien-être*, Presses de l'Université du Québec, 202 p.
- MALET J. (2005), *La France bénévole*, Publication du Centre d'Etude et de Recherche sur la Philanthropie
- NEYRET G., CHOPART JN, RAULT D. et TIBERGHIE F. (2006), *Les dynamiques de l'économie sociale et solidaire*, Editions La Découverte, 288 p.
- PETCH E., RONSON B. et ROOTMAN I. (2004), *Rapport sur la littératie et la santé au Canada*, Publication de l'Institut de Recherche en Santé du Canada.
- SALOMON L et SOKOLOWSKI W. (2001), *Volunteering in Cross-National Perspective: Evidence from 24 countries*, Working Papers of the John Hopkins Comparative Non Profit Sector Project, Baltimore, John Hopkins University.
- THIERRY D. (2006), *Le bénévolat en Belgique*, Publication de France Bénévolat
- THIERRY D. (2007), *L'engagement des jeunes dans le bénévolat associatif*, France Bénévolat
- VANFRAECHEM-RAWAY R. et LEVARLET-JOYE H. (2005), *Le sport et le volontariat*, Fondation Roi Baudouin

## Revues, rapports, statistiques et autres sources

- CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTE (2006), Inventaire des bases de données de soins de santé
- Contact, revue de l'association Aide et Soins à Domicile
- DEPARTEMENT RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT DES MUTUALITES CHRETIENNES (2006), L'évolution des dépenses de soins de santé en Belgique
- En Marche, périodique des Mutualités Chrétiennes
- SPS SANTE PUBLIQUE, Enquête 2004, statistiques hospitalières annuelles,
- INSTITUT SCIENTIFIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE, Enquête de santé 2004
- INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUES, Enquête sur les forces de travail 2005
- EUROPEAN COMMISSION HEALTH & CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE GENERAL - Health information
- EUROPEAN VOLUNTEER CENTRE (2005), Le bénévolat en Europe et au niveau européen – réalités et défis dans l'Union des 25
- BANQUE NATIONALE DE BELGIQUE, Le compte satellite des institutions sans but lucratif, Institut des comptes nationaux
- Le Guide Social
- Le Ligneur
- Les Belges et le Bénévolat, Enquête Nationale 2007, enquête réalisée avec le soutien de La Loterie Nationale.
- OECD Health Data 2006
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde en 2006

## Statistiques

- INAMI
- Institut National de Statistiques
- Fédération des Institutions Hospitalières,
- Région wallonne
- SPF Santé Publique

## Sites Internet

- [statbel.fgov.be/figures/d34\\_fr.asp](http://statbel.fgov.be/figures/d34_fr.asp)
- [wallex.wallonie.be/](http://wallex.wallonie.be/)
- [www.cerphi.org/](http://www.cerphi.org/)
- [www.cev.be/](http://www.cev.be/)
- [www.clong-volontariat.org/](http://www.clong-volontariat.org/)
- [www.europeassociations.net./](http://www.europeassociations.net/)
- [www.fondation-benevolat.org/](http://www.fondation-benevolat.org/)
- [www.francebenevolat.org](http://www.francebenevolat.org)
- [www.iddweb.be/](http://www.iddweb.be/)
- [www.iriv.net/](http://www.iriv.net/)
- [www.ivr.org.uk/](http://www.ivr.org.uk/)
- [www.mc.be/](http://www.mc.be/)
- [www.organisationscaritatives.be/](http://www.organisationscaritatives.be/)
- [www.selfhelp.be/](http://www.selfhelp.be/)
- [www.volunteering.org.uk/](http://www.volunteering.org.uk/)
- [www.volunteering.org.uk/](http://www.volunteering.org.uk/)
- [www.vrijwilligerswerk.be/](http://www.vrijwilligerswerk.be/)
- [www.yaqua.org](http://www.yaqua.org)
- [www.dossier-benevolat.ch](http://www.dossier-benevolat.ch)
- [www.enviedagir.fr](http://www.enviedagir.fr)
- [www.guidesocial.be](http://www.guidesocial.be)
- [www.volontariat.be](http://www.volontariat.be)

# Annexes

## Tables des Annexes

<b>Annexe 1 :</b> Statistiques descriptives de l'offre hospitalière	82
<b>Annexe 2 :</b> Statistiques descriptives de l'offre en MRS	84
<b>Annexe 3 :</b> Statistiques descriptives de l'offre en centres de soins de jour	85
<b>Annexe 4 :</b> Statistiques descriptives de l'offre en maisons de soins psychiatriques	86
<b>Annexe 5 :</b> Statistiques descriptives de l'offre en habitations protégées	87
<b>Annexe 6 :</b> La charte du volontariat des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne	88
<b>Annexe 7 :</b> La convention entre les volontaires et l'ASBL « Volontariat d'Entraide et Amitié »	89

# Annexe 1 :

## Statistiques descriptives de l'offre hospitalière

Afin d'appréhender le secteur hospitalier à travers l'offre hospitalière, le tableau ci-dessous dresse le nombre d'hôpitaux et de lits correspondants par région et par province, en distinguant les sites principaux des sites secondaires :

Province / région	Nbre de sites	Sites principaux	Sites secondaires
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>93</b>	<b>48</b>
	Nbre de lits		
	29 301	22 728	6 573
<b>Hainaut</b>	<b>41</b>	<b>24</b>	<b>17</b>
	Nbre de lits		
	8 852	6 264	2 588
<b>Bruxelles</b>	<b>38</b>	<b>28</b>	<b>10</b>
	Nbre de lits		
	7 985	6 267	1 718
<b>Liège</b>	<b>32</b>	<b>19</b>	<b>13</b>
	Nbre de lits		
	6 945	5 408	1 537
<b>Namur</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
	Nbre de lits		
	2 739	2 709	30
<b>Brabant Wallon</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
	Nbre de lits		
	1 583	1 274	309
<b>Luxembourg</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
	Nbre de lits		
	1 197	806	391

Source : SPF Santé Publique – situation au 01/05/2007

La distinction entre site principal et site secondaire fait référence aux hôpitaux multi-sites, c'est-à-dire aux hôpitaux pour lesquels plusieurs sites existent et sont repris sous un même numéro d'agrégation.

Les statistiques pour Bruxelles reprennent tous les hôpitaux non mentionnés comme étant exclusivement néerlandophones (3 sites mentionnés comme 100% néerlandophones sont donc exclus des présentes statistiques). Ils sont le plus généralement repris sous un régime linguistique bilingue.

Les statistiques pour la Province de Liège reprennent l'ensemble des hôpitaux de la Communauté française, ainsi que les 2 institutions bilingues de la Communauté germanophone (Eupen et Saint-Vith).



Ce tableau reprend l'ensemble des organisations reprises sous le statut d'hôpital. Sous ce statut, nous retrouvons la classification plus fine suivante :

### Les hôpitaux généraux

- Aigus non universitaires
- Aigus universitaires
- Aigus à caractère universitaire

### Les hôpitaux psychiatriques

**Les hôpitaux Sp** (spécialisés en réadaptation fonctionnelle) et **G** (service de gériatrie et revalidation) isolés, c'est-à-dire les hôpitaux qui ne disposent que d'un service Sp et/ou G.

L'étude santé 2004 susmentionnée suggère que 76% des hospitalisations classiques ont lieu dans un hôpital général, 22% dans un hôpital universitaire, 2% dans un hôpital psychiatrique, et un pourcentage négligeable (0,3%) dans un autre établissement. Pour les hospitalisations de jour, 82% des passages sont situés dans un hôpital général, et 18% dans un hôpital universitaire. Des précautions sont toutefois nécessaires à adopter à l'égard de ces chiffres, car ils présupposent que le patient est capable lui-même de distinguer le type d'établissement dans lequel il a été admis (enquête déclarative).

**La ventilation du nombre de sites hospitaliers par classe d'hôpitaux est reprise dans le tableau ci-dessous:**

Province / région	Nbre de sites	Hôpital général	Hôpital universitaire	Hôpital à caractère universitaire	Hôpital psychiatrique	Hôpital spécialisé (RF)	Hôpital gériatrique
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>71</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>8</b>	<b>6</b>
Nbre de lits	29 301	14 534	2 777	5 130	5 352	653	855
<b>Hainaut</b>	<b>41</b>	<b>25</b>		<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	
Nbre de lits	8 852	5 737		1 559	1 550	6	
<b>Bruxelles</b>	<b>38</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
Nbre de lits	7 985	3 157	1 822	1 384	996	197	429
<b>Liège</b>	<b>32</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Nbre de lits	6 945	2 181	955	1 817	1 440	126	426
<b>Namur</b>	<b>12</b>	<b>7</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	
Nbre de lits	2 739	1 583		370	776	10	
<b>Brabant Wallon</b>	<b>10</b>	<b>4</b>			<b>4</b>	<b>2</b>	
Nbre de lits	1 583	878			391	314	
<b>Luxembourg</b>	<b>8</b>	<b>7</b>			<b>1</b>		
Nbre de lits	1 197	998			199		

Source : SPF Santé Publique – situation au 01/05/2007

A noter que le nombre d'institutions correspond au nombre de sites. Ainsi, par exemple, les 3 sites hospitaliers universitaires liégeois sont tout trois des sites du Centre Hospitalier Universitaire de Liège, le site principal étant au Sart-Tilman, et deux sites secondaires étant localisés l'un à Chênée et l'autre à Esneux.

## Annexe 2 : Statistiques descriptives de l'offre en MRS

Les tableaux suivants offrent une vision du nombre de maisons de repos et de soins dans les zones géographiques concernées par l'étude.

### En Région wallonne :

Nbre d'institutions	Province et Statuts	Nbre de lits
317	TOTAL	13 979
187	Etablissements privés	7 449
130	Etablissements publics	6 530
119	Province du Hainaut	5 903
72	Etablissements privés	3 394
47	Etablissements publics	2 509
108	Province de Liège	4 449
61	Etablissements privés	2 357
47	Etablissements publics	2 092
41	Province de Namur	1 770
27	Etablissements privés	1 006
14	Etablissements publics	764
28	Province du Brabant Wallon	1 117
19	Etablissements privés	425
9	Etablissements publics	692
21	Province du Luxembourg	740
8	Etablissements privés	267
13	Etablissements publics	473

Source : SPF Santé Publique – situation au 9/8/2006

### En Région de Bruxelles-Capitale :

Nbre d'institutions	Statuts	Nbre de lits
74	Institutions francophones présumées	3 836
50	Etablissements privés	2 123
24	Etablissements publics	1 713

Source : SPS Santé Publique – situation au 9/8/2006

## Annexe 3 :

### Statistiques descriptives de l'offre en centres de soins de jour

Le nombre de CSJ s'élève à 23 en Région Wallonne, et à 7 à Bruxelles (CSJ francophones). A eux 30, ils totalisent 303 places, comme le montre le tableau ci-dessous.

Nbre d'institutions	Région / Province	Nbre de places
7	Bruxelles Capitale	120
1	Brabant-Wallon	10
6	Hainaut	53
13	Liège	83
0	Luxembourg	0
3	Namur	37
<b>30</b>	<b>TOTAL</b>	<b>303</b>

Source : SPF Santé Publique - situation au 9/8/2006

## Annexe 4 :

### Statistiques descriptives de l'offre en maisons de soins psychiatriques

#### En Région wallonne :

Nbre d'institutions	Province	Nbre de places
7	Liège	361
3	Hainaut	191
2	Namur	174
1	Luxembourg	30
0	Brabant-Wallon	0
<b>13</b>	<b>TOTAL</b>	<b>756</b>

Source : SPF Santé Publique - situation au 15/12/2006

#### En Région bruxelloise :

Nbre d'institutions	Statut	Nbre de places
1	Institution francophone présumée	68

Source : SPF Santé Publique - situation au 15/12/2006

*Remarque : il faut noter qu'une structure de soins – ici psychiatrique – en tant que localisation géographique donnée, peut développer plusieurs types d'activités – p.ex. des activités de maison de soins psychiatriques et d'habitation protégée. Il est donc normal dans ce cas de figure qu'une institution puisse apparaître dans différentes catégories ci-développées. Ainsi, par exemple, à la même adresse, nous trouvons l'hôpital psychiatrique des Frères Alexiens et la MSP des Frères Alexiens, sachant que l'institution propose les deux structures d'accueil.*

## Annexe 5 : Statistiques descriptives de l'offre en habitations protégées

### En Wallonie :

Nbre d'institutions	Province	Nbre de places
10	Liège	243
8	Hainaut	251
4	Namur	180
3	Brabant-Wallon	31
2	Luxembourg	46
<b>27</b>	<b>TOTAL</b>	<b>751</b>

Source : SPF Santé Publique – situation au 15/12/2006

### En Région bruxelloise :

Nbre d'institutions	Statuts	Nbre de places
9	Statut d'ASBL - Institutions francophones présumées	317

Source : SPF Santé Publique – situation au 15/12/2006

# Annexe 6 :

## La charte du volontariat des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne

### LA CHARTE DU VOLONTARIAT.

#### A. ESPRIT DU VOLONTARIAT A MONT-GODINNE

1. Le volontariat à Mont-godinne, placé sous la responsabilité de l'asbl "*Participation et Solidarité*" est solidaire des efforts de la communauté hospitalière pour répondre aux besoins des malades et de leur famille
2. Il veille à offrir à chaque personne accueil, disponibilité et attention chaleureuse, sans distinction de race, de classe, d'appartenance politique ou religieuse et respecte des valeurs des autres.
3. Il manifeste ainsi son attachement aux valeurs qui fondent l'esprit de l'université catholique de Louvain et de l'alliance des mutualités chrétiennes.
4. Le volontariat au sein des cliniques universitaires de Mont-Godinne se positionne en partenaire et non en concurrent du monde professionnel.

#### B. ENGAGEMENT RECIPROQUE

##### 1. LE VOLONTAIRE:

- 1) entretient sa motivation dans l'esprit du volontariat des cliniques.
- 2) évite toute forme de propagande religieuse, philosophique ou politique.
- 3) respecte le secret professionnel et s'engage à ne pas divulguer ce qu'il a vu, entendu et appris dans l'exercice de son volontariat.
- 4) est capable de faire abstraction de soi et d'être à l'écoute.
- 5) possède le sens des responsabilités et respecte ses engagements.
- 6) fait preuve de régularité et de ponctualité.
- 7) contribue à créer et/ou à maintenir de bonnes relations interpersonnelles et à travailler en équipe avec ses collègues volontaires.
- 8) s'engage à travailler en équipe et à collaborer avec des professionnels dans le respect de leurs compétences et des règles institutionnelles
- 9) s'engage à participer (donc à prendre part) aux activités qui lui sont confiées, notamment par un écolage, par une ou des formations, par une ou des évaluations, et par une ou des réunions d'équipe.

##### 2. L'ASBL "PARTICIPATION ET SOLIDARITE" S'ENGAGE A:

- 1) contracter une assurance qui couvre la responsabilité civile du volontaire ainsi que les frais d'accidents corporels survenus pendant l'exercice de son volontariat.
- 2) encadrer le volontaire
- 3) assurer l'écolage et la formation pour favoriser le bon déroulement de ses activités.
- 4) susciter des rencontres entre volontaires pour favoriser un esprit de saine collaboration.

#### C. FIN DES PRESTATIONS.

- 1) Le volontaire qui souhaite mettre fin à ses prestations avertira par lettre la coordination du volontariat. A défaut de lettre, une absence non motivée à 2 prestations consécutives met fin automatiquement à la qualité de volontaire.
- 2) Le volontaire qui éprouve trop de difficultés sera amené par la coordination du volontariat à suspendre son activité ou à s'orienter vers un autre secteur ou vers d'autres structures.
- 3) L'asbl mettra fin aux activités du volontaire qui ne respecte pas la charte du volontariat à Mont-Godinne, selon la procédure établie.

Pour accord, le .....

Prénom et Nom.....

Signature.....

charte du volontariat, mai 2005

# Annexe7 :

## La convention entre les volontaires et l'ASBL «Volontariat d'Entraide et Amitié »



### Convention entre les volontaires Et l'A.S.B.L. « VOLONTARIAT D'ENTRAIDE ET AMITIE »

Il est convenu ce qui suit :

Entre le/la délégué(e) de l'asbl Volontariat d'Entraide et Amitié .....

Et le/la volontaire.....né(e) le.....

Domicilié(e) à .....

#### **A. Le/la volontaire s'engage :**

Dans l'institution.....

Située à.....

Pour .....prestations de quatre heures, réparties en semaine et/ou le week-end.

1. - à vivre une entraide suivant les indications proposées lors de la réunion de préparation ;  
- à respecter les conditions d'engagement qui y ont été décidées ;  
- à donner son aide à titre gratuit ;  
- à s'astreindre au secret professionnel ;  
- à ce que son état de santé ne puisse pas nuire à la santé des personnes qu'il côtoie;  
- à remplir les **documents reprenant les dates de prestation** :
  - a. la carte de prestations à renvoyer ou à remettre lors de l'évaluation
  - b. la feuille-relevé dans l'institution.

Ces documents sont nécessaires pour l'assurance et pour constituer le fonds de solidarité à des projets de développement.

- à participer à la **réunion d'évaluation** qui aura lieu le .....

2. - à signaler dans les 24 heures, au délégué régional ou à défaut au secrétariat national, tout accident lui étant survenu sur le chemin du travail ou durant celui-ci.

Volontariat d'Entraide et Amitié asbl - 43, rue de la charité - 1210 Bruxelles  
Tél. : 02/219 15 62 - Fax : 02/223 33 56  
info@entraideetamitie.be - www.entraideetamitie.be



**B. L’A.S.B.L. « Volontariat d’Entraide et Amitié » s’engage :**

1. à fournir au candidat les possibilités d’information, de préparation et de collaboration au sein de l’institution, pour la bonne marche de son engagement, suivant les buts de l’A.S.B.L. ;
2. à assurer les volontaires contre les risques :
  - d’accidents de travail suivant la législation appliquée par les contrats de travail ou d’emploi ;
  - de responsabilité civile, pour les torts causés à un tiers durant les prestations ;
3. à conclure avec chaque institution un contrat de collaboration permettant de respecter les possibilités et les limites de l’engagement des volontaires, notamment : ne pas exposer les volontaires aux dangers de maladies déclarées transmissibles ou aux rayons ionisants, et ne pas y faire appel pour des soins requérant du personnel qualifié ;
4. à transmettre la quote-part financière donnée par l’institution
  - d’une part au fonctionnement général de l’A.S.B.L.
  - d’autre part à des projets de solidarité, proposés et décidés par les volontaires.

C. Cette convention prend cours le ..... à .....

1. Elle se poursuit sans terme précisé si le/la volontaire le fait savoir.
2. Elle peut prendre fin après entretien entre le/la volontaire, le/la délégué(e) de l’asbl Volontariat d’Entraide et Amitié, le(la) chef de service de l’institution,

**Cette convention n’est ni un contrat de travail, ni un contrat d’emploi**

Les informations concernant la finalité sociale, le statut juridique de l’association, la couverture en assurance et le respect du secret professionnel sont remis au volontaires en même temps que cette convention.

Etablie en double exemplaire, le..... à .....

Signatures

le volontaire

Volontariat d’Entraide et Amitié asbl

Je soussigné(e).....souhaite <input type="checkbox"/> devenir membre effectif de l’ASBL Volontariat d’Entraide et Amitié <input type="checkbox"/> devenir membre adhérent de l’ASBL Volontariat d’Entraide et Amitié
--

Volontariat d’Entraide et Amitié asbl - 43, rue de la charité - 1210 Bruxelles  
Tél. : 02/219 15 62 - Fax : 02/223 33 56  
info@entraideetamitie.be - www.entraideetamitie.be



s'investir dans le bien-être et la prospérité