



HAL
open science

Les rapports sociaux de sexe comme déterminant de la santé des femmes au travail : le cas empirique du "care" aux personnes âgées

Hervé Polesi

► To cite this version:

Hervé Polesi. Les rapports sociaux de sexe comme déterminant de la santé des femmes au travail : le cas empirique du "care" aux personnes âgées. Sociologie. Université de Strasbourg, 2014. Français. NNT : 2014STRAG021 . tel-01220385

HAL Id: tel-01220385

<https://theses.hal.science/tel-01220385>

Submitted on 26 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

PERSPECTIVES EUROPEENNES – ED 519

Laboratoire Dynamiques Européennes – UMR7367

THÈSE présentée par :

Hervé POLESI

soutenue le : 25 septembre 2014

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Sociologie

**Les rapports sociaux de sexe comme
déterminant de la santé des femmes au
travail : le cas empirique du *care* aux
personnes âgées**

THÈSE dirigée par :

PFEFFERKORN Roland

Professeur, université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

BOUFFARTIGUE Paul

JACQUOT Lionel

Directeur de recherche, Aix-Marseille Université

Professeur, Université de Lorraine

AUTRES MEMBRES DU JURY :

BERCOT Régine

DIASIO Nicoletta

Professeure, Université Paris 8

Professeure, Université de Strasbourg

Remerciements

A l'issue d'une thèse, la liste des personnes qui ont directement ou indirectement œuvré en faveur de son achèvement est longue. J'aimerais donc remercier tous ceux et toutes celles qui m'ont accompagnés, ne serait-ce que par leur intérêt pour mes travaux, au cours de ces années. Je sais qu'ils et elles se reconnaîtront. J'ai en particulier la chance d'avoir des amis fidèles, trésor inestimable s'il en est.

Je tiens en particulier à remercier mon directeur de thèse, Roland Pfefferkorn, pour le formidable travail de compagnonnage dont il m'a fait bénéficier, qui va bien au-delà du seul travail de thèse. Il me semble que son encadrement propose toutes les conditions favorables à la formation de jeunes chercheurs. J'ai une pensée particulière pour Patricia Legouge avec qui j'ai partagé ces années de formation.

Il me faut également remercier les membres de mon jury, Paul Bouffartigue, Lionel Jacquot, Régine Bercot, Nicoletta Diasio, Magdeleine Brom et Annie Thébaud-Mony, dont certains accompagnent de leur regard bienveillant mon parcours depuis de longues années.

Il me serait difficile de passer sous silence tout ce que je dois à Karen Messing et à Françoise Hurstel, tant leurs encouragements ont été de puissants moteurs.

Je veux saluer les membres du laboratoire Dynamiques Européennes qui ont toujours été des interlocuteurs stimulants, ainsi que tout le personnel de l'UFR des sciences sociales de l'Université de Strasbourg.

Je songe à mes collègues du Centre d'études et de recherche en intervention sociale et à ceux de l'Observatoire régional de la santé d'Alsace. J'aimerais en particulier adresser mes remerciements à Anne Benaim et Laurence Moine pour leur aide, à mon directeur Frédéric Imbert et mon président le professeur Jean-Daniel Tempé pour leur soutien.

Il me faut enfin remercier ma fille, Evah, pour la compréhension dont elle a su faire preuve devant l'indisponibilité chronique de son père, ainsi que sa maman, Sandra, qui me fera encore longtemps douter de façon stimulante de ma légitimité à travailler sur la question de la santé des femmes.

J'aimerais pour finir souligner le rôle actif majeur de Laurianne Giguet, qui n'a économisé ni son temps ni son énergie dans l'aide et le soutien qu'elle m'a apportés, de corrections de coquilles en questionnements fondamentaux.

Ce travail est dédié à la mémoire de mon grand-père, Armand Polesi, qui m'a appris, peut-être sans le vouloir, que je ne savais rien.

Table des matières

1	Introduction.....	9
1.1	Notre problématique.....	10
1.2	Cadre théorique.....	12
1.2.1	Les rapports sociaux.....	12
1.2.2	La santé et ses déterminants.....	13
1.2.3	La santé au travail	15
1.2.4	Le care, concept et travail.....	17
1.3	Terrain et éléments empiriques.....	18
1.3.1	Les auxiliaires de vie à domicile	18
1.3.2	Les expositions liées au travail des auxiliaires de vie	20
1.3.3	Les pathologies liées au travail des auxiliaires de vie	21
1.3.4	Reconnaissance des pathologies professionnelles des auxiliaires de vie	21
1.3.5	Les rapports sociaux de sexe comme déterminant de la santé des femmes au travail 21	
1.4	Motivation personnelles à travailler la question	22
1.4.1	Les disparités sociales de santé chez les enfants de 6 ans.....	23
1.4.2	La santé des travailleurs et l'effet « travailleur sain »	25
1.5	Méthodologie.....	28
1.5.1	Données quantitatives.....	29
1.5.2	Traitement.....	35
1.5.3	Données qualitatives	36
1.5.4	Le positionnement de l'enquêteur.....	39
2	Les rapports sociaux de sexe, la santé et ses déterminants	42
2.1	Les rapports sociaux.....	43
2.1.1	Le rapport social comme tension.....	43
2.1.2	Les rapports sociaux de sexe	55
2.2	La santé et ses déterminants	64
2.2.1	Définition de la santé.....	64
2.2.2	La santé des femmes.....	71
2.2.3	Les déterminants de la santé	78

3	La santé au travail et le <i>care</i>.....	82
3.1	La santé au travail.....	83
3.1.1	Histoire de la santé au travail.....	83
3.1.2	Les enjeux limités de la connaissance scientifique.....	89
3.1.3	Les femmes et le système de reconnaissance.....	91
3.2	Le care.....	98
3.2.1	Le care, concept pragmatique.....	98
3.2.2	Le care, un travail invisible, genré, racisé.....	111
3.2.3	Le soin des vieux : elderly care.....	115
4	Les services à la personne et les auxiliaires de vie.....	124
4.1	Le contrainte sociale des personnes âgées et de la dépendance.....	125
4.1.1	Données démographiques.....	125
4.1.2	Les personnes en situation de dépendance.....	127
4.2	Le problème de la main d'œuvre.....	128
4.2.1	Une importante implication des proches.....	128
4.2.2	Les limites et contraintes de la mise au travail des proches.....	130
4.2.3	Une aide familiale principalement féminine.....	131
4.3	Le traitement politique de la question de la main d'œuvre.....	133
4.3.1	Le care drain.....	133
4.3.2	Le soutien public au recours à l'emploi d'aide à domicile.....	135
4.3.3	Les particularités du secteur de l'aide à domicile.....	138
5	Les auxiliaires de vie.....	140
5.1	L'aide à domicile, un champ hyperféminisé.....	141
5.1.1	Une proportion de femmes qui s'élève à 98 %.....	141
5.1.2	L'explication du sex ratio par le salaire.....	142
5.1.3	L'explication du sex ratio par la nature ménagère des tâches.....	144
5.1.4	Travail de femmes et faible reconnaissance sociale.....	146
5.2	Critique de la féminisation du métier.....	148
5.2.1	Usages et limites de la dimension relationnelle de la profession.....	148
5.2.2	Refus de l'essentialisation.....	149
5.2.3	Un acteur qui résisterait à la mixité : le bénéficiaire.....	151
5.2.4	Certaines conditions favorables à l'emploi d'hommes ?.....	153
5.3	Une présence élevée de femmes étrangères.....	156
5.3.1	Données objectives.....	156

5.3.2	Répartition des tâches selon l'origine et le contexte	157
5.3.3	La prise en compte du contexte historique national.....	160
5.4	L'emploi à domicile comme fin de parcours	162
5.4.1	Une structure d'âge différente de celle des autres salariées	162
5.4.2	Reconversions professionnelles, horizontalité des trajets.....	163
5.4.3	Peu de femmes quittent le métier	168
6	Les expositions physiques liées au travail.....	171
6.1	Une pénibilité physique globale	172
6.1.1	Reconnaissance des contraintes physiques par les salariées	172
6.1.2	La gestion des tâches lourde et les fin de carrière	174
6.2	La manutention des corps.....	176
6.2.1	Un environnement rarement adapté.....	176
6.2.2	Des réponses très partielles au problème de la manutention des corps.....	177
6.2.3	Rapports sociaux de sexe et accompagnement à l'effort physique.....	179
6.3	Les charges lourdes diverses	181
6.3.1	Une sollicitation régulière.....	181
6.3.2	L'absence de cadre réglementaire clair	182
6.3.3	Une réalité documentée mais ignorée	185
6.4	La fatigue « ordinaire »	186
6.4.1	La sollicitation permanente des corps.....	186
6.4.2	Une charge invisible pour les non-professionnels.....	188
6.5	Le risque biologique et le risque chimique	190
6.5.1	Le risque biologique	190
6.5.2	Le risque chimique.....	192
6.6	Les accidents.....	193
6.6.1	Les accidents vus comme incontournables.....	193
6.6.2	L'hypothèse d'accidents « éthiques »	197
6.6.3	Accidents « éthiques », care et rapports sociaux de sexe.....	198
7	Les expositions non-physiques liées au travail.....	203
7.1	Les difficultés méthodologiques à recueillir les expositions non-physiques	204
7.2	La mort.....	206
7.2.1	Un élément incontournable de l'aide à domicile	206
7.2.2	L'image de la mort qui fait trauma	207
7.2.3	L'attachement, la mort et le deuil.....	209

7.2.4	L'absence de traitement sérieux de la question de la mort.....	213
7.3	La violence ordinaire.....	215
7.3.1	Le spectacle de la violence dans l'intimité des familles	216
7.3.2	Être prise dans la violence	221
7.3.3	Le poids des sollicitations sexuelles	222
7.4	Les manifestations de mépris, ou le renvoi à la catégorie de « bonniche »	225
7.4.1	Persistance de l'image de la domestique	225
7.4.2	Les enjeux raciaux du déclassement.....	228
7.5	Charge mentale	232
7.5.1	Une sollicitation constante des ressources cognitives.....	232
7.5.2	L'adaptation permanente à « la vie des autres ».....	234
7.6	Le <i>job strain</i> des auxiliaires de vie.....	236
7.6.1	La latitude décisionnelle	237
7.6.2	La demande psychologique	237
7.6.3	Faible latitude décisionnelle et une forte demande psychologique	239
7.6.4	Inadaptation de la grille au métier d'auxiliaire de vie.....	241
7.6.5	Le soutien social.....	242
8	Les pathologies liées au travail.....	246
8.1	Les pathologies de l'appareil locomoteur	247
8.1.1	Une prévalence plus importante chez les salariés des services à la personne	247
8.1.2	Les effets de la structure d'âge de et de sexe	249
8.1.3	Interaction de l'âge, du sexe et du métier comme facteurs de risque.....	250
8.1.4	Le détail des localisations des pathologies	252
8.2	Le regard des salariées sur leur santé.....	255
8.2.1	Une relation entre travail et santé comparable aux autres salariées.....	255
8.2.2	Pas d'impact sur la santé, mais une grande fatigue	257
8.2.3	Un travail moins perçu comme stressant que les autres	260
8.3	Autres éléments de jugement de la relation travail/santé.....	262
8.3.1	Le désir de changer de poste pour raison de santé	262
8.3.2	Des arrêts-maladie plus fréquents et plus longs	265
8.3.3	La fatigue mentale liée au travail de care	267
9	La reconnaissance des pathologies liées au travail.....	270
9.1	L'inadaptation du système de reconnaissance aux femmes	271
9.2	Les données de reconnaissance.....	272

9.2.1	Une fréquence d'accidents du travail importante dans les données de reconnaissance	272
9.2.2	Limites des statistiques de reconnaissance des accidents du travail	274
9.2.3	Causes des accidents du travail reconnus : d'abord les accidents de plain-pied	277
9.2.4	La problématique des accidents sans témoin : la production sociale d'une non-reconnaissance	279
9.3	Les maladies professionnelles	280
9.3.1	Une plus grande fréquence de maladies professionnelles chez les auxiliaire de vie 280	
9.3.2	Un système qui ne rend que très partiellement compte des pathologies citées	281
9.3.3	L'absence de reconnaissance de toute forme de souffrance mentale.....	283
10	Conclusion	286
10.1	Ce qui ressort des éléments empiriques	287
10.1.1	L'évidence à portée de main	287
10.1.2	Sur le terrain : engagement physique et psychique	294
10.2	Pénibilité manifeste et non-reconnaissance : à qui profite le crime ?.....	299
10.2.1	Les enjeux actuels de l'aide à domicile	301
10.2.2	Pour une lecture de la santé à la hauteur des exigences du care.....	304
11	Bibliographie.....	307

1 Introduction

1.1 Notre problématique

En dépit de son idéal républicain d'égalité et de fraternité, la société française, comme toute société, est structurée de telle façon que les individus qui la composent occupent des places différentes et irréductibles les unes aux autres. Il ne s'agit pas là d'un effet secondaire malheureux du fonctionnement social, mais bien du fondement même de ce qui fait société chez les humains. Cet acquis de l'anthropologie, nous en devons la formulation la plus explicite à Maurice Godelier :

« Il nous est devenu évident que les rapports de production sont les rapports que qu'ils soient entre hommes, qui assument l'une, l'autre ou les trois fonctions suivantes :

- 1. Déterminer la forme sociale de l'accès aux ressources et au contrôle des conditions de la production,*
- 2. Organiser le déroulement des procès de travail et répartir les membres de la société entre ces procès,*
- 3. Déterminer les formes sociales de la circulation et de la redistribution des produits du travail individuel ou collectif. » (Godelier, 1984, p. 31)*

Cette répartition des individus à des positions différentes dans l'accès aux ressources, dans l'organisation du travail ou encore dans l'accès aux bénéfices du travail, si elle apparaît nécessaire sur un plan ontologique, ne se présente pas pour autant comme une règle fixée et statique. Il existe donc un double enjeu pour le sociologue, qui d'une part peut dévoiler par son travail une part plus ou moins manifeste de cette organisation sociale, et d'autre part, par ce dévoilement, peut amener les individus à renégocier certains aspects de l'organisation sociale.

En explorant la question de la santé des femmes au travail et en tentant de voir en quoi la structuration même de la société par les rapports sociaux produit des effets directs et concrets sur la santé de ce groupe d'individus, nous nous inscrivons dans cette démarche de dévoilement, que nous tenterons d'appliquer concrètement au métier d'auxiliaire de vie à

domicile. Tout l'enjeu de notre propos est d'envisager par quels moyens les principes d'organisation du fonctionnement social que Godelier nomme « *les rapports de production* » peuvent avoir une influence concrète sur la santé des femmes à partir des conséquences du travail. Si les femmes, en tant que groupe social, sont assignées à certaines tâches par la dynamique qui remplit la fonction de « *répartir les membres de la société entre ces procès [de travail]* », alors elles sont également, selon toute vraisemblance, à une position socialement identifiable dans les autres aspects de l'organisation sociale, à savoir en particulier « *l'accès aux ressources* » et « *la circulation et de la redistribution des produits du travail individuel ou collectif* ». Bien évidemment, penser la santé comme une ressource collective ne s'impose pas en première intention : nous sommes habitués à considérer la santé comme une ressource individuelle et personnelle. Mais il n'y pas besoin de grandes réflexions sur la santé pour résoudre cette difficulté : il suffit d'envisager le fait que la *protection* de cette santé, même individuelle, relève de l'intervention du collectif et de la mobilisation de ressources collectives. L'impossibilité d'avoir accès à ces ressources ou le fait de n'y avoir accès que de façon partielle deviennent alors des enjeux collectifs aux conséquences concrètes sur la santé des individus. A partir de là, nous sommes donc véritablement fondés à tenter d'établir dans quelle mesure, s'agissant d'un groupe social identifiable, ici celui des femmes, il y a accès à ces ressources de santé. Si nous considérons l'organisation sociale comme un tout cohérent, alors il doit être possible de dévoiler l'articulation entre le positionnement dans l'organisation des procès de travail et dans l'accès aux ressources de santé.

Nous pouvons donc nous engager dans cette recherche en nous proposant d'étudier la façon dont les rapports sociaux de sexe déterminent la santé des femmes au travail, question qui apparaît comme une déclinaison d'une inégalité sociale, c'est à dire d'un exemple concret de disparité lié au fonctionnement des structures fondamentales de la société.

« Une inégalité sociale est le résultat d'une distribution inégale au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette société, due aux structures mêmes de cette société et faisant naître un sentiment d'injustice au sein de ses membres. » (Bihr & Pfefferkorn, 2000)

En effet, selon cette définition dans laquelle nous choisissons de nous inscrire, une inégalité n'est sociale que dans la mesure où elle est due « *aux structures mêmes de cette société* ». La

difficulté, répétons-le, est que, s'agissant de la santé au travail, une telle définition nous interdit de poser comme inégalité sociale une disparité tant que nous n'avons pas établi qu'elle résulte du fonctionnement social. Mais dans le même temps, cette définition nous fournit justement le support par lequel nous pouvons monter en généralité à partir de cas individuels : si les cas en question peuvent se fondre dans des histoires communes et si ces histoires communes relèvent du fonctionnement des structures sociales, alors nous pouvons établir qu'il s'agit bien d'inégalités sociales de santé. C'est le travail que nous avons déjà tenté de faire précédemment dans le cadre d'une autre étude, au sujet des personnes déclarées inaptes au poste, dans un travail tentant de déterminer les dynamiques collectives à l'œuvre derrière les parcours individuels :

« [...] il semble bien que les faits démentent cette vision très individuelle de l'inaptitude. Tout d'abord, le fait de considérer un salarié comme inapte au poste et non pas le poste comme inadapté au salarié relève du choix de société. D'ailleurs, certains postes décrits dans les entretiens [...] semblent devoir être examinés à la lumière de la notion d'emploi soutenable : combien faut-il voir de salariés être atteints physiquement avant qu'un poste soit considéré comme anormalement pathogène ? » (Polesi, 2012, p. 63)

Nous proposons ici d'entreprendre le même type de travail de mise en lumière de la répercussion de dynamiques collectives sur des destins *a priori* individuels et de voir comment la santé au travail des femmes est influencée par l'expression des rapports sociaux de sexe. Pour réaliser ce travail, nous nous proposons de décliner notre réflexion selon le plan dont la présentation suit, avant de revenir sur nos motivations personnelles ayant conduit à ce travail et la présentation de la méthodologie.

1.2 Cadre théorique

1.2.1 Les rapports sociaux

L'approche dans laquelle nous allons nous inscrire est celle proposée par une lecture de la société comme résultant de la dynamique des rapports sociaux. Comme nous le verrons, cette approche théorique réfute toute forme d'essentialisme et invite à considérer la totalité sociale

comme le résultat d'un ensemble de rapports de force mouvant et toujours en reconfiguration. Avec ce paradigme théorique, nous disposons d'une base pour décrire « les structures mêmes de la société » et donc pour pouvoir poser les inégalités qui nous intéressent comme inégalités sociales : les rapports sociaux sont en effet les tensions qui structurent la société autour d'enjeux. Les rapports sociaux de sexe polarisent la répartition des individus humains selon les sexes (deux dans la culture occidentale, mais trois par exemple chez les Inuits (Saladin d'Anglure, 2006)) et autour de l'enjeu du travail. S'agissant de la santé des femmes au travail, nous mobiliserons donc les rapports sociaux de sexe, mais pas seulement. En effet, en vertu du principe de consubstantialité des rapports sociaux, que nous nous attacherons à expliciter, les rapports sociaux se manifestent toujours de façon conjointe : race, classe, sexe, génération se nouent et se conjuguent de façon inextricables. Si notre travail ne permet pas d'explorer en détail tous ces rapports et que nous faisons le choix de focaliser sur les rapports sociaux de sexe, cela ne signifie pas que nous négligeons l'existence des autres. Nous avons bien conscience de produire une forme d'artéfact théorique, mais cette distance d'avec la réalité est le prix à payer pour pouvoir produire un discours. Il est possible de faire d'autres choix : travaillant également sur les aides à domicile, Christelle Avril a choisi de focaliser son propos sur une approche qui relèverait plutôt des rapports sociaux de classe (Avril, 2014), sans négliger pour autant le fait qu'il s'agit d'une profession presque exclusivement féminine

Nous verrons également que, dans le cadre d'une approche en termes de rapports sociaux, nous sommes invités par le paradigme même à ne pas en rester à une analyse individuelle des questions. En effet, le statut de l'individu est particulier et n'invite pas au solipsisme : considérée comme relevant de « *l'ensemble des rapports sociaux* » (Macherey, 2003), l'essence humaine se prête avant tout aux analyses menées à une échelle supra-individuelle. Ce positionnement théorique renvoie les particularités individuelles au rang de contingences, ce qui vient en contradiction importante avec un certain nombre de considérations sur la responsabilité exclusive des individus quant à leur propre santé par exemple.

1.2.2 La santé et ses déterminants

Ce cadre théorique établi, nous aurons à cœur de poser les bases pour une critique de la notion de santé. En effet, si nous reprenons la définition des inégalités sociales à laquelle nous avons choisi de nous référer, il n'est d'inégalité sociale au sein d'une société que lorsqu'elle

touche la distribution des « *ressources de cette société* ». La santé étant plutôt spontanément considérée comme une ressource individuelle, il faudra que nous nous penchions sur cette notion afin de comprendre comment il est possible d'envisager la santé comme une ressource collective. Le terme de santé, s'il renvoie pour chacun à des expériences bien concrètes et éminemment personnelles, est problématique à définir. Depuis les travaux inauguraux de Georges Canguilhem (Canguilhem, 1966) sur le sujet, la santé est devenue d'une part un sujet de recherche pour les anthropologues et les sociologues, mais également un enjeu international et géopolitique, avec la recherche de consensus collectifs planétaires.

Ce travail étant consacré à l'impact des rapports sociaux de sexe sur la santé et non exclusivement à la notion de santé et à sa construction sociale, nous nous en tiendrons pour partie, afin de pouvoir avancer dans notre propos, aux approches et grilles de lecture faisant autorité aujourd'hui en France. Notre travail de recueil, que présenterons plus loin, ne nous donne pas le matériau pour conduire à bien une critique de la santé telle qu'elle est conçue aujourd'hui en France, mais nous garderons à l'esprit une certaine distance car nous savons à quel point les modèles de perception de la santé sont le résultat d'une production sociale. Pour prendre un minimum de distance avec cet objet difficile à cerner, nous travaillerons sur la notion de déterminants de la santé, c'est-à-dire sur la recherche des facteurs concourant à construire ou déconstruire la santé des sujets et des populations. L'approche par déterminants, outre qu'elle laisse une place importante aux questions collectives (système de soins, contexte socioéconomique, environnement, etc.), relativise l'enjeu de la connaissance des mécanismes biophysologiques précis qui interviennent dans l'altération de l'état de santé. Dans un contexte collectif aujourd'hui largement dominé par la médecine basée sur la preuve (*evidence based medicine*), cette approche par déterminants de la santé nous permet de nous dégager du carcan positiviste d'une médecine se prétendant science. En effet, les essais cliniques randomisés, où tous les paramètres peuvent être contrôlés, sont la pierre angulaire de la médecine basée sur la preuve : or ces protocoles ne sont construits que sur les données dites probantes, c'est-à-dire contrôlables dans le champ de l'essai clinique, et sont complètement insensibles aux données contextuelles réelles des individus (contexte social, intégration des normes de genre, etc.). En outre, ces protocoles ne peuvent n'être appliqués sur un champ réduit de situations. Pour prendre un exemple que nous rencontrerons sur notre terrain d'étude, il n'est pas possible de construire d'essai clinique randomisé sur le sujet de la réaction des individus suite à la confrontation subite à la mort d'une personne connue. Il

existe donc de nombreuses situations et contextes, susceptibles d'influencer la santé des individus, auxquels la médecine basée sur la preuve reste structurellement aveugle. Dans un univers médical exclusivement construit à partir de la médecine basée sur la preuve, l'essentiel des éléments que nous observerons dans le travail quotidien des auxiliaires de vie à domicile sont complètement invisibles.

De surcroît, s'agissant des femmes et de leur santé, nous serons confrontés à une problématique ancienne : considérées depuis l'antiquité grecque comme des hommes inachevés, les femmes ont longtemps occupé une place à part dans le discours médical (Dorlin, 2009) : faibles et naturellement déficientes, les femmes seraient toujours sujettes à toutes formes de maux, sans que cela vaille vraiment la peine de s'en inquiéter. Sous bien des aspects, le regard porté par le discours médical masculin sur le corps des femmes est une façon de les maintenir à leur place dans l'organisation des rapports sociaux de sexe. Elsa Dorlin rappelle par exemple comment certaines femmes particulièrement actives dans des périodes de troubles civils ont été jugées comme étant mentalement malades. Parler de la santé des femmes, c'est donc déjà mobiliser une catégorie largement sujette à caution : Karen Messing a largement décrit cette situation où la mobilisation sans critique du discours médical dominant produit une occultation pratiquement totale des problèmes de santé que les femmes peuvent rencontrer au travail (Messing, 2000).

1.2.3 La santé au travail

Ce dernier point nous concerne tout particulièrement, car notre propos ne prétend pas concerner la santé dans la totalité du champ que cela peut recouvrir. Nous allons nous restreindre au domaine particulier de la santé au travail, c'est à dire à la façon dont le travail peut nuire à la santé. La santé au travail est un objet particulier dans la mesure où non seulement il est pratiquement entièrement colonisé par l'approche de la médecine basée sur la preuve, mais il est en outre un sujet de conflit social majeur entre syndicats de salariés et représentants du patronat. En effet, considérée comme une question d'ordre privée dans la relation entre l'employeur et le salarié, la santé au travail, depuis sa structuration comme sujet à la fin du XIX^{ème} siècle, est une question avant tout assurantielle. Cela n'est pas sans biaiser, comme nous le verrons, la possibilité de construction d'un discours rationnel sur

l'impact du travail sur la santé. Et ce biais se manifeste encore plus fortement s'agissant des femmes.

Nous avons bien conscience de restreindre notre propos à un modèle d'analyse de la relation entre santé et travail parmi d'autres. Paul Bouffartigue en identifie trois principaux. Le premier de ces modèles est celui dans lequel nous nous inscrivons :

« C'est [...] un modèle qui intègre deux types de causalité : 1) « le travail porte atteinte à la santé » ; il est sur ce point en résonance avec une composante du savoir populaire ; 2) « des processus sociaux ou psychologiques divers tendent à masquer ces atteintes et/ou leur source professionnelle » ; là, il prend à rebours le savoir populaire pour en faire une composante active des processus pathogènes.[...] »

Selon le deuxième modèle, le travail et les conditions d'emploi peuvent contribuer à construire, préserver ou développer la santé. Si ce modèle est largement dominé par le premier, c'est que la « bonne » santé est invisible et silencieuse, qu'elle constitue un angle mort de la construction socio-institutionnelle de la santé au travail. [...]

*Le troisième modèle d'analyse appréhende la santé comme composante relativement indépendante mais participant du rapport au travail et des parcours professionnels. En quelque sorte, il inverse le sens de la causalité, mettant l'accent sur la manière dont la santé joue sur la vie professionnelle. »
(Bouffartigue, Pendariès, & Bouteiller, 2010)*

Nous nous inscrivons dans le premier modèle décrit par Bouffartigue, celui qui postule l'atteinte à la santé par le travail et l'occultation partielle des atteintes. Cela ne signifie pas que nous repoussons fondamentalement orientations d'analyse et d'interprétation proposées par les deux autres modèles, à savoir que d'une part le travail peut concourir à la santé et que d'autre part la santé connaît d'autres déterminants, parmi lesquels le travail peut être mineur, alors que l'activité professionnelle serait largement déterminée par l'état de santé.

Nous décidons de nous inscrire dans ce premier modèle, parce que, s'agissant de la santé des femmes au travail, le chemin à parcourir pour simplement établir la diversité des atteintes que

subissent les femmes dans le cadre professionnel est encore tellement long qu'il sera toujours temps ultérieurement de revenir sur la façon dont le travail améliore la santé des femmes. Bien évidemment les travaux se multiplient, qui illustrent la réalité de ces atteintes. Régine Bercot en offre par exemple une synthèse à partir de la littérature et de l'exploitation des données de l'enquête Sumer 2003, que nous présenterons plus loin (Bercot, 2009). Mais comme nous aurons l'occasion de le voir, en dehors du champ de la recherche universitaire, sur le terrain de la prévention des risques professionnels par exemple, la situation reste largement inchangée et les atteintes à la santé des femmes méconnues. Par ailleurs, les mécanismes par lesquels ces atteintes sont occultées sont tellement puissants et en rapport avec la structuration de la société par les rapports sociaux de sexe que le propos nous semble suffisamment ambitieux sans prétendre à une approche complète de la relation entre travail et état de santé chez les femmes.

1.2.4 Le care, concept et travail

Nous prendrons le temps de nous arrêter sur le concept de *care*, afin d'un présenter les caractéristiques principales et la fécondité. A partir des travaux d'auteurs comme Joan Tronto ou Pascale Molinier, nous disposons d'une grille complète d'analyse et d'interprétation de travaux relevant d'activités dites « de reproduction » (en opposition aux activités productives, du monde industriel notamment) auxquelles, par le jeu des rapports sociaux de sexe, sont massivement assignées les femmes. Le travail d'auxiliaire de vie s'inscrit pleinement dans cette sphère du travail reproductif, c'est-à-dire dans l'entretien du cadre de vie et dans le soin accordé aux personnes. Dans un environnement socioéconomique qui tend à rationaliser à l'excès toute forme d'intervention qui peut être investie dans la sphère marchande, le travail fourni par les auxiliaires de vie pourrait se voir réduit à une prestation de services : c'est d'ailleurs partiellement le cas, dans la mesure où les plans d'aides personnalisés, les documents qui décrivent la nature de l'aide à apporter à chaque bénéficiaire, se contentent d'un descriptif d'actions concrètes à réaliser (faire le lit, préparer le repas, etc.).

Ces documents ne mettent pas en lumière toute la richesse de l'intervention. Le cadre analytique offert par la conceptualisation du *care* proposée par Tronto (Tronto J. C., 2009) permet au contraire de dépasser cette limite et de comprendre tout ce qui se joue dans l'intervention des auxiliaires de vie au domicile des bénéficiaires, au-delà ou parallèlement à

la réalisation de tâches. En effet, Tronto propose de dépasser la focalisation sur l'acte même (le *care giving*) et à prendre également en considération le fait de « se soucier de » (*caring about*) et le positionnement à « se charger de » (*taking care of*) en amont de l'acte matériel de soin. Tronto considère également nécessaire d'inclure dans le champ du care l'attention portée à la réception du soin (*care receiving*). Il nous semble ainsi que la mobilisation du concept de *care* permet d'éviter l'écueil d'une réduction du travail de ces femmes au registre compassionnel ou vocationnel : nous verrons en effet que prendre soin n'est pas une orientation morale, mais bel et bien un véritable travail.

1.3 Terrain et éléments empiriques

1.3.1 Les auxiliaires de vie à domicile

Sur le strict plan de la recherche d'éléments empiriques, il nous fallait délimiter un terrain de recherche particulier. En effet, l'intrication ontologique des rapports sociaux de sexe avec d'autres rapports sociaux rendait périlleuse une réflexion construite sur une approche trop large, sur l'ensemble des salariés, qui aurait forcément mis en jeu des rapports sociaux de classe. Or ceux-ci ont déjà été clairement identifiés comme producteur des inégalités sociales de santé. Nous avons décidé de focaliser notre recueil sur la profession d'auxiliaire de vie à domicile.

Nous pouvions en effet soit choisir une profession où les effectifs sont mixtes et mener une étude de nature comparative, soit choisir une profession aux effectifs massivement féminins pour tenter d'en observer au plus près les particularités. Nous avons fait le second choix, en décidant de nous focaliser sur le métier d'auxiliaire de vie à domicile, pourvoyeuse de *care* au domicile des personnes âgées ou des personnes handicapées. Outre les enjeux sociaux et politiques que porte la question de l'inflation démographique des personnes âgées dépendantes et donc de la main d'œuvre assurant les travaux d'auxiliaire de vie à domicile, il nous semblait intéressant de nous arrêter particulièrement sur une profession relevant du *care*. En effet, l'inscription dans le *care* et la mobilisation de ce concept nous permettait également de repousser les limites du périmètre de ce qui est généralement admis comme étant du registre du travail. En repoussant ces limites, nous avons l'espoir de faciliter le travail de

dévoilement. Il nous semble ainsi rejoindre le positionnement proposé par Sabine Fortino, reprenant elle-même le programme indiqué par Pascale Molinier :

« Comme nous y invite Molinier, pour révéler les atteintes à la santé des femmes dans un contexte où la santé au travail est pensée à partir d'un modèle idéaltypique masculin, il convient de « mettre en place une grille de lecture tout à fait complexe » qui rompe avec une comparaison « toutes choses égales par ailleurs, (de) la santé des femmes (et) des hommes ». » (Fortino, 2014)

Ce travail de rupture, nous aurons proposés de l'explorer à travers la profession d'auxiliaire de vie à domicile, profession phare du champ public relativement neuf, sous ces habits-ci, des « services à la personne ». Nous prendrons le temps de présenter ce champ particulier avec les motivations, circonstances et enjeux qui en ont conditionné l'émergence et la construction. De l'intervention, massivement féminine, de membres de la famille à la sollicitation de salariés, l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes a connu des transformations importantes du fait des évolutions démographiques qui ont amené à une augmentation massive des effectifs de personnes en besoin d'aide. La diversité des tâches à accomplir, allant bien au-delà de la réalisation de l'entretien du cadre de vie, et incluant des domaines aussi variés que les soins d'hygiène corporelle, les loisirs ou encore la préparation des repas, ont amené à l'émergence d'une nouvelle catégorie socioprofessionnelle, celle des auxiliaires de vie.

Plus que de « simples » femmes de ménage, les auxiliaires de vie sont massivement des femmes à faible niveau de formation initiale. D'horizons divers et après des parcours plus ou moins long dans d'autres domaines, elles peuvent aussi bien être des jeunes femmes d'origine populaire que d'anciennes salariées d'industries qui ont périclité. Ces femmes (98 % des effectifs) structurent au jour le jour une activité dont l'intitulé de leur profession souligne toute la difficulté : si l'auxiliaire est celui « *qui apporte son concours direct ou indirect, d'une manière temporaire ou permanente* »¹, que signifie avoir comme métier d'apporter son concours à la vie de quelqu'un ? Si dans cette formulation cela paraît être une activité des plus nobles, nous verrons que son hyper-féminisation souligne bien combien il ne s'agit pas d'une activité socialement valorisée. Le fait que la profession compte également une part

¹ Trésor de la langue française informatisé : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/auxiliaire>

remarquable de femmes d'origine étrangère, quelle que soit la nature de cette origine, confirme cette lecture. Aussi important et fondamental qu'il apparaisse (ne s'agit-il pas d'apporter son concours à la vie de quelqu'un ?), le travail d'auxiliaire de vie est très peu reconnu. Et nous verrons que ce défaut de reconnaissance, produit symbolique des rapports sociaux de sexe, est aussi ce qui vient influencer la santé des femmes qui assurent le travail d'auxiliaire de vie.

1.3.2 Les expositions liées au travail des auxiliaires de vie

Nous prendrons en effet connaissance, à l'aide d'éclairages statistiques et de l'exploitation d'entretiens, sources que nous détaillons plus loin, de différentes expositions dont les auxiliaires de vie souffrent ou peuvent souffrir dans le cadre de leur travail. Certaines de ces expositions sont manifestes, sous les yeux de tous ceux qui voudraient bien prendre la peine de les voir : la manutention de charges lourdes en est l'exemple le plus éclairant. Seul le défaut de reconnaissance dont souffre la profession peut expliquer que les risques auxquels les auxiliaires de vie soient à la fois si manifestes et si peu pris en compte. Notre propos n'a pas vocation à être exhaustif : les expositions dont nous allons traiter sont les principales causes d'atteintes au corps et à l'esprit. Pour la clarté de notre propos, nous traiterons distinctement des expositions corporelles des expositions non-corporelles, mais nous ne percevons pas cette dichotomie comme une nécessité.

1.3.3 Les pathologies liées au travail des auxiliaires de vie

Une fois les principales expositions identifiées nous seront prêt à observer, avec les outils dont nous disposons, des pathologies des auxiliaires de vie manifestement liées à ces expositions. Cela viendra confirmer à la fois la réalité des expositions et l'absence de reconnaissance dont souffre la profession, car les quelques résultats que nous produirons, encore une fois, ne relèvent pas de constructions complexes et sujettes à débat. Nous verrons en particulier que la manutention de charges lourdes produit des pathologies de l'appareil locomoteur et que, l'exposition à la manutention étant important, la proportion d'auxiliaires de vie souffrant de pathologies de l'appareil locomoteur est également importante. Cela mettra en lumière combien il n'est pas possible de négliger la pénibilité, notamment physique du métier.

1.3.4 Reconnaissance des pathologies professionnelles des auxiliaires de vie

Enfin, après les expositions et leurs expressions pathologiques, nous pourrions porter attention aux données de reconnaissances du système d'indemnisation de l'assurance maladie. Ce système présente de multiples défauts, dont celui, comme nous le verrons, d'être peu adapté à la reconnaissance des pathologies des femmes. D'une certaine façon, vu que ce système résulte de la négociation permanente entre syndicats de salariés et représentants du patronat, il représente en quelque sorte la part socialement acceptée des accidents du travail et maladies professionnelles. Le décalage entre cette part socialement acceptée et ce que nous aurons apporté les parties précédentes sur les expositions et les pathologies nous permettra de saisir ce qui est perdu en route, toutes choses dont souffrent les auxiliaires de vie mais dont la collectivité ne veut rien savoir. Mais encore plus, nous verrons que ce système, pourtant peu favorable aux femmes et qui néglige manifestement une part importante des pathologies, permet tout de même d'observer une pénibilité physique importante du métier, qui ne se traduit, à notre connaissance par aucune mesure d'adaptation.

1.3.5 Les rapports sociaux de sexe comme déterminant de la santé des femmes au travail

L'ensemble de ces éléments nous seront autant de pièces d'un puzzle : à l'issue de travaux, nous serons en mesure de montrer comment les rapports sociaux de sexe interviennent pour

jouer le rôle de déterminant de la santé des femmes au travail, à partir de l'exemple des auxiliaires de vie à domicile. Nous pourrions souligner les enjeux collectifs actuels et surtout futurs de cette détermination, car la question du vieillissement de la population et du besoin de main d'œuvre pour l'aide à domicile ne va aller qu'en s'accroissant. Par ailleurs, nous aurons à cœur de proposer des pistes pour une autre conceptualisation de la santé, plus à même de rendre compte de la richesse de cet enjeu. A partir de l'approche spinoziste de l'être humain, compatible nous semble-t-il avec la grille de lecture des rapports sociaux, nous proposerons une vision de la santé. Celle-ci s'articule avec ce que tente de soutenir et maintenir le travail de *care* : nous verrons que le *conatus*, « l'effort de persévérer dans son être », est justement ce que le travail de care vient soutenir. D'autre part nous verrons que cette vision de la santé basée sur le *conatus* permet de rendre pleinement compte des atteintes que le travail fait à la santé, même en prenant en compte la version étendue du travail qui découle d'une conceptualisation à partir du care.

1.4 Motivation personnelles à travailler la question

Même s'il est légitimé par un ensemble de considérations académiques, sociétales ou scientifiques, un travail de recherche naît avant tout dans l'intimité de l'esprit d'un individu, étonné face au monde qui l'entoure. Reconnaître cette dimension intime n'est pas rabaisser la recherche à une lubie individuelle ou la priver de perspectives collectives, c'est simplement se rappeler que toute genèse est avant tout un récit, que ce récit n'est pas encore un discours scientifique, mais qu'il en est le socle indispensable. Avant de nous engager concrètement dans cette recherche, il semble pertinent de présenter cette dimension personnelle, afin que soit clairement posé d'où vient la question que nous allons traiter. En effet, dans le cas du présent travail, l'étonnement a pris corps à travers deux moments particuliers, deux épisodes des débuts de ma vie professionnelle en tant que chargé d'études à l'Observatoire régional de la santé d'Alsace, sur lesquels je souhaite revenir car ce sont les fondations intimes et profondes de cette recherche.

1.4.1 Les disparités sociales de santé chez les enfants de 6 ans

Le premier de ces moments, au cours de l'année 2001, correspond à une étape dans l'analyse de données recueillies par les personnels de santé scolaire en Alsace, lors de la visite médicale que tout enfant doit normalement passer au moment d'entrer en cours préparatoire. Il s'agissait de recueillir et traiter des données sur la santé d'enfants âgés de 6 ans en moyenne. Ce travail devait servir à décrire l'état sanitaire de cette jeune population et éventuellement permettre la programmation de politiques publiques de prévention adaptées aux problèmes de santé observés. S'agissant d'enfants scolarisés, dans une des régions les plus riches de France avec une couverture sanitaire tout-à-fait satisfaisante, le constat d'ensemble était celui d'une population globalement en bonne santé. Le résultat qui m'a durablement marqué était la différence, persistante dans cet environnement positif, de différences observables et quantifiables entre les enfants dont les parents étaient ouvriers et les enfants dont les parents étaient cadres. Cette différence était particulièrement visible dans le registre de la surcharge pondérale (Fernandez & Polesi, 2007) : les enfants d'ouvriers étaient significativement plus nombreux à être en surpoids ou obèses que leurs camarades enfants de cadres. Cette disparité de l'état de santé se retrouvait dans d'autres indicateurs, notamment dans le développement psychomoteur : l'ensemble des évaluations qui vérifiaient – de façon très normative – l'adaptation des enfants à la vie scolaire indiquait que les enfants d'ouvriers étaient déjà moins bien positionnés que les enfants de cadre, à l'entrée du cours préparatoire (Polesi, Schauder, & Imbert, 2004). Ce fut le moment de ma rencontre avec les inégalités sociales de santé, c'est-à-dire avec la production par la société de disparités inscrites dans le corps même de ses membres.

Il faut peut-être rappeler qu'à ce moment-là, en France, l'expression « inégalités sociales de santé » n'apparaissait que timidement, et encore principalement pour désigner la différence d'état de santé entre les personnes en situation sociale d'exclusion et le reste de la population. Le rapport du Haut Comité de Santé Publique de 1998 parlait encore de « disparités de l'état de santé ». L'attachement à un certain mythe républicain de l'égalité était certainement pour beaucoup dans ce refus de partager le constat de l'existence des inégalités sociales de santé posé des années plus tôt dans des pays voisins et déjà exploré en France par quelques universitaires. En effet, au Royaume-Uni, le rapport remis par Sir Black en 1980 sur les inégalités de santé avait posé le constat incontestable de la production par le fonctionnement

même de la société d'inégalités de santé (Black, Morris, Smith, & Townsend, 1982). En France, ce n'est que vingt ans plus tard que le sujet a véritablement émergé, comme le rappellent Aïach et Fassin :

« En France, en revanche, le thème est demeuré peu visible dans le champ scientifique, mobilisant un petit nombre de chercheurs (démographes, épidémiologistes, sociologues et économistes de la santé), fait d'autant plus remarquable que notre pays avait joué un rôle pionnier sur cette question dès le début du XIXe siècle. [...] Il faut attendre 2001 pour qu'une synthèse sur les inégalités sociales de santé soit enfin publiée, regroupant un grand nombre de contributions d'épidémiologistes et de chercheurs en sciences sociales. Parallèlement, plusieurs documents officiels abordent la question, en particulier les rapports du Haut Comité de la santé publique sur la santé en France et de l'Académie nationale de médecine sur la prévention. [...] l'idée que le système de soins était l'un des meilleurs du monde et que la protection sociale était l'une des plus généreuses imaginables a longtemps constitué un obstacle pour penser aux inégalités. » (Aïach & Fassin, 2004)

Premier moment d'étonnement donc, d'autant plus fort qu'il était question d'enfants de 6 ans et qu'il était manifeste que six années de vie étaient suffisantes pour déjà marquer dans le corps et l'esprit des enfants une différence liée au statut socio-économique de leurs parents. Dans une tentative de compréhension, nous avons même vérifié si le chômage ne pouvait pas être le véritable facteur explicatif de cette différence : mais les parents d'enfants de 6 ans en Alsace à ce moment-là n'étaient que marginalement touchés par le chômage. Nous ne pouvions alors nous reposer sur la classique connexion entre pauvreté et état de santé et il me fallut bien reconnaître qu'il y avait là, dans les résultats d'étude que j'avais produits, la manifestation de quelque chose de beaucoup plus profond et qui touchait à la façon même dont fonctionnait la société. Je ne disposais alors pas des outils pour penser ce phénomène et c'est cette découverte qui m'a conduit à entreprendre des études de sociologie.

Sur la même base de données portant sur la santé des enfants de 6 ans en Alsace, je manquais de faire une autre rencontre intellectuelle. Il m'apparut, lors du traitement des données, que les garçons étaient en moyenne plus grands que les filles : dans une perspective essentialiste

qui, par défaut pourrions-nous dire, était la mienne à ce moment-là, une telle différence m'apparaissait naturelle. Le résultat qui m'avait marqué était qu'il existait également une différence de taille entre les garçons fils d'ouvriers et les garçons fils de cadres, et que cette différence était supérieure à celle observée entre les sexes ! Obnubilé par ma rencontre avec les inégalités sociales de santé et manquant de la culture nécessaire, je ne pus faire le parallèle entre les différences liées au sexe et les différences liées au statut social. J'en restais donc benoîtement à constater avec beaucoup de surprise que le fonctionnement social pouvait produire des différences plus fortes et plus marquées que les différences que je croyais être « simplement naturelles ».

Ce n'est que bien des années plus tard que je réalisais, au cours de mon cursus de sociologie, que les différences de taille entre garçons et filles avaient peut-être aussi peu à voir avec la nature que les différences de taille entre ouvrier et cadres. Paradoxalement, ce rendez-vous manqué a servi de moteur à mon interrogation : il m'apparaissait que les inégalités sociales de santé étaient si fortes qu'elles pouvaient dépasser dans leurs effets les inégalités « naturelles » : ainsi, les petites filles de cadres étaient plus grandes que les garçons d'ouvriers. La société, par des mécanismes diffus, arrivait donc à gommer une différence « naturelle » sur une dimension aussi « biologique » que la taille des individus. Voilà qui devait motiver pour longtemps mon interrogation, avant que je ne découvre que les termes mêmes de cette interrogation devaient être réévalués au prisme des rapports sociaux de sexe.

1.4.2 La santé des travailleurs et l'effet « travailleur sain »

Le second moment, chronologiquement proche du premier puisque survenu au cours de la même année 2001, est bien moins objectivable et correspond beaucoup plus à un vécu, à un trouble personnel. Jeune chargé d'études, arrivé dans la structure qui m'employait en tant qu'objecteur de conscience et sans formation universitaire en santé publique, je devais me forger sur le tas une culture à la fois professionnelle et académique correspondant à mon champ de travail. Au cours d'une réunion d'équipe, nous venions de passer en revue les différentes études en cours ou à venir. Je m'étonnais auprès de mes collègues de l'absence de travaux sur ce que je nommais à ce moment-là, et que je continue à nommer comme cela par refus des étiquettes, les « vrais gens ». En effet, nous fournissions des travaux d'études sur les enfants, l'allaitement, les adolescents, les alcooliques, les personnes âgées dépendantes, la

mortalité, etc., mais rien sur simplement les adultes de notre population de référence, la population alsacienne. Tout se passait comme si, à la sortie de l'adolescence ou de la période des études, les individus cessaient d'être un sujet pour la santé publique et ne redevenaient digne d'intérêt qu'en cas de pathologie grave ou au moment d'entrer soit dans la dépendance liée à l'âge, soit dans une situation de handicap.

Mes collègues me répondirent en substance que les gens normaux n'avaient rien d'exceptionnel et que la majorité de la population adulte, puisqu'elle était au travail, était en bonne santé. Dans mon souvenir, il y avait une pointe de condescendance dans leur façon de me répondre, mais peut-être n'est-ce qu'un faux souvenir produit par mon orgueil. L'origine du positionnement de mes collègues est à chercher dans une difficulté globale à envisager, à une échelle collective, les relations entre travail et état de santé :

« La perception des liens entre santé et travail n'est pas immédiate. Elle ne s'impose spontanément ni aux travailleurs, ni à ceux qui dirigent leur travail. L'étude scientifique de ces liens soulève des problèmes méthodologiques difficiles. Des actions de lobbying peuvent faire obstacle à l'établissement des connaissances ou à leur diffusion. Mais ce n'est pas tout. Les préjugés sociaux des scientifiques, des médecins, des ingénieurs jouent aussi un rôle. [...] Certes, la compréhension des liens entre santé et travail pose des problèmes méthodologiques ou techniques souvent complexes. Ces liens sont multifactoriels. Le sens de la causalité n'est pas toujours établi. Les relations avec des aspects de la vie hors travail sont étroites, et difficiles à isoler. Les effets d'une exposition professionnelle sont souvent différés : trente ans d'écart, dans le cas de certains cancérigènes. Enfin les mécanismes de sélection (un travailleur n'occupe un poste que si sa santé le permet, c'est le healthy worker effect), compliquent encore l'analyse. » (Gollac & Volkoff, 2006)

L'effet « travailleur sain » (« *healthy worker effect* » (McMichael, Spirtas, & Kupper, 1974)) dont parlent Gollac et Volkoff est probablement, avec le recul, ce qui a le plus influencé mes collègues dans leur réponse à mon interrogation. En effet, cette notion issue de l'épidémiologie invite à considérer avec prudence la composition d'échantillons de population du point de vue de la proportion de personnes en emploi, dans la mesure où, par effet de

sélection sur la santé, les travailleurs sont en meilleure santé, toutes choses égales par ailleurs, que les individus qui ne sont pas au travail.

« Le terme « healthy worker effect » (HWE) est [...] un concept façonné par des épidémiologistes qui expliquent pourquoi le taux de mortalité (standardized mortality ratio) dans la main-d'œuvre industrielle est inférieur à celui de la population générale. En effet, pour être employables dans l'industrie, les ouvriers doivent présenter un bon état de santé. Or, la population générale compte dans ses rangs une proportion d'individus en mauvaise santé, ce qui explique l'écart de santé qui est mesuré entre les deux populations. Cette différence reflète aussi des statuts socio-économiques et des modes de vie différents entre ceux qui travaillent et la population générale. Le processus de sélection se poursuit après l'embauche lorsque ceux qui ne supportent plus les conditions de travail quittent prématurément leur emploi. » (Crasset, 2013)

De la précaution méthodologique dans la constitution des échantillons à l'idée que les travailleurs sont en bonne santé, il n'y a qu'un pas. De la même façon il est facilement possible de glisser du constat d'une différence de mortalité entre un groupe et un autre à l'hypothèse que le groupe le moins concerné par la mortalité est globalement en meilleure santé, hypothèse bien évidemment discutable mais compréhensible lorsque la seule donnée dont on dispose pour caractériser une population est sa mortalité. Mes collègues étaient historiquement et culturellement fondés à me répondre que la population adulte au travail ne représentait aucun intérêt en termes de santé publique. Du surcroît, pour des raisons historiques sur lesquelles nous reviendrons, la santé au travail a été principalement pensée comme une question individuelle. Encore récemment, en 2010, lors d'une présentation de résultats, j'ai été apostrophé par un responsable de la branche professionnelle de l'assurance maladie qui m'a expliqué que la santé au travail ne constituait pas un sujet de santé publique.

Je me souviens avoir été surpris par cette réponse de mes collègues selon laquelle la majorité de la population adulte, puisqu'elle était au travail, était en bonne santé. A ce moment-là, mon père, agent de maîtrise dans l'industrie textile, achevait de récupérer d'une longue convalescence suite à une opération chirurgicale des ménisques des deux genoux : les atteintes dont il avait souffert étaient reconnues comme typiques de sa profession, où l'on était

souvent amené à travailler à genoux sur un sol en béton. Je me souviens encore aujourd'hui combien il regrettait de ne pas avoir écouté les « anciens » qui l'avaient invité, des années durant soit à protéger ses genoux avec un petit coussin soit à se mettre assis. Mon père n'avait bien sûr jamais suivi ces recommandations, qui l'auraient conduit à adopter des positions moins viriles selon lui. Entre ce constat d'un mal lié au travail, partagé et connu, et la réponse de mes collègues, j'avais senti un hiatus. Mais les connaissances et l'expérience me faisait défaut pour argumenter plus avant. J'en gardais surtout l'idée qu'il existait quelque chose de réel (la pathologie de mon père et de ses collègues) qui pouvait être complètement invisible aux yeux des experts (mes collègues) avant tout parce que les experts en question n'avaient pas l'idée d'aller voir, en raison de leur paradigme professionnel qui leur indiquait que les adultes au travail constituaient une population en bonne santé.

Quelques années après nous engageons des travaux sur la santé des travailleurs, en participant au recueil sur les maladies à caractère professionnel mis en œuvre par l'Institut national de veille sanitaire. Cette étude traduisait l'émergence d'une préoccupation pour la santé des adultes au travail. Il s'agissait d'un signe de l'élargissement du champ des préoccupations de la santé publique. Cette dynamique était malheureusement portée entre autres par le scandale sanitaire de l'amiante et par l'émergence très rapide de l'épidémie de troubles musculosquelettiques. C'était à travers une sorte de retour du refoulé, au prix de la santé et la mort de milliers de personnes que la santé au travail se manifestait comme un sujet à part entière de la santé publique.

1.5 Méthodologie

Pour traiter de notre sujet, j'ai choisi de retenir plusieurs sources de données, de provenance et de nature différentes. Je souhaitais pouvoir croiser les éclairages, de façon à mieux cerner un objet qui me semblait difficile à approcher : la santé. Cette position ne privilégie aucune source comme étant plus digne d'intérêt ou plus fiable que les autres. Comme il va être possible de le voir, j'ai sollicité des traitements de données statistiques aussi bien que des entretiens. Je tiens à insister sur le fait que je n'accorde pas de valeur heuristique supérieure aux données quantitatives. J'ai traité avec autant d'attention et de rigueur la collecte et le traitement des données qualitatives issues des entretiens. Cette précision est utile dans la

mesure où elle souligne que dans la vision de la démarche scientifique qui est la mienne, les matériaux sont d'égale valeur *a priori*, sous réserve de disposer de méta-données pertinentes, à savoir des informations sur les conditions de production et de traitement de ces matériaux. Dans cette vision, ce qui fait la qualité d'une information, c'est la connaissance des conditions de production ou traitement et la prise de conscience de l'impact de ces conditions sur l'information. Les différentes sources mobilisées sont donc rapidement présentées ici, mais une présentation plus exhaustive est disponible en annexe.

1.5.1 Données quantitatives

La santé au travail est considérée depuis les premières lois en la matière comme une question d'ordre privée, qui concerne les employeurs et leurs salariés. L'Etat français a en effet fait le choix de se désengager partiellement de la question de la santé au travail, fixant un cadre global mais restant en position de discret spectateur en marge des affrontements entre syndicats de salariés et représentant patronaux :

« L'Etat, malgré son intervention législative et réglementaire pointilliste, se contente généralement d'enregistrer les rapports de force entre partenaires sociaux, quitte à délibérément laisser la législation de facto inappliquée, comme ce fut le cas dans les années 50. De la Libération à nos jours, quelque que fût la couleur politique des gouvernants, une logique de production, de plein emploi et de réduction des coûts d'indemnisation des maladies professionnelles a dissuadé l'Etat d'agir de manière trop volontariste en faveur de la prévention et des contrôles médicaux au sein des entreprises. » (Buzzi, Devinck, & Rosental, 2006, p. 6)

Cela explique en partie pourquoi la santé au travail a longtemps été le parent pauvre de la statistique publique : en dehors de l'absence de volonté de pilotage ou de gouvernance de la question de la santé au travail des populations, l'Etat n'avait aucune raison de déployer et d'entretenir d'onéreux outils de recueils. Ce n'est que tardivement, avec des initiatives comme celle ayant concouru à la mise en place du recueil sur les maladies à caractère professionnel, sur lequel nous allons revenir, que les pouvoirs publics ont commencé à manifester de l'intérêt pour la question.

De fait, pendant longtemps, les seules approches statistiques d'ampleur étaient basées uniquement sur l'analyse des données de reconnaissance en maladie professionnelle ou d'accident du travail. Il s'agit des catégories de reconnaissance et d'indemnisation des salariés utilisées par les différentes caisses d'assurance maladie, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) étant de loin la plus importante de ces caisses en termes d'effectifs. Il s'agit donc de catégories médico-administratives qui permettent d'indemniser les salariés victimes de problèmes de santé et de moduler la cotisation des entreprises selon leur degré de morbidité : dans l'esprit de cette construction, plus une entreprise rend ses salariés malades, plus le montant de sa cotisation à l'assurance maladie est élevée.

Quelque puisse être la qualité du système de reconnaissance et d'indemnisation – et il est établi qu'il n'est pas bon – la connaissance de l'impact du travail sur la santé publique ne disposait jusqu'à récemment en France d'aucun fondement épidémiologique. En effet, il ne saurait être question de considérer des données d'assurance comme une base épidémiologique valable, du fait des multiples biais qui entachent l'accès à la reconnaissance.

« La fiabilité de ces dénombrements est fortement limitée par une méthodologie qui privilégie l'élaboration des comptes financiers au détriment d'une connaissance pour la prévention : ainsi sont répertoriés les seuls accidents et maladies reconnus et indemnisés selon les règles et pratiques en cours, variables dans le temps et dans l'espace : les [Accidents du Travail / Maladies Professionnelles] non reconnus ne sont pas comptabilisés, ainsi que les [Accidents du Travail] déclarés mais bénins, n'ayant pas donné lieu à une indemnisation mais souvent révélateurs de risques. De même, l'identification de [Maladies Professionnelles] déclarées et non reconnues du fait de la réglementation est une information sur de possibles maladies émergentes. Par ailleurs, la non-déclaration d'[Accidents du Travail / Maladies Professionnelles] par crainte de sanction ultérieure, directe ou déguisée est un phénomène connu mais non quantifié. » (Cristofari, 2012)

La mise en œuvre de différents recueils spécifiques a tardivement permis de combler en France ce déficit de connaissances. C'est sur deux de ces recueils que nous avons choisis de baser notre analyse.

1.5.1.1 Enquête Sumer

Le premier de ces dispositifs est l'enquête Sumer (surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) mise en œuvre par la Direction générale du travail, l'Inspection médicale du travail et la DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques). Le dispositif de recueil repose sur la participation de médecins du travail et l'auto-instruction de questionnaires par un sous-échantillon de salariés. La représentativité statistique recherchée est nationale. L'objectif, comme l'intitulé de l'enquête l'indique, est de connaître les conditions de travail auxquelles sont exposés les salariés en France. Il ne s'agit donc pas d'une étude portant sur l'état de santé des salariés. Cependant, les conditions de travail observées sont celles dont la nocivité est connue (exposition au froid, à certains produits chimiques, etc, dont le recueil est effectué par les médecins du travail, avec interrogatoire des salariés) et l'auto-questionnaire renseigné par les salariés contient quelques informations d'ordre sanitaire, en plus de l'appréciation par les salariés de leur environnement de travail.

Les résultats que nous allons exposer dans ce travail proviennent de l'exploitation des données recueillies au cours de l'année 2003. Un nouveau recueil a été finalisé en 2010, mais au moment où nous avons réalisés nos traitements, la base 2010 n'était pas encore accessible. Grâce à la réitération de ce recueil, la France dispose d'un regard structuré et systématisé des conditions de travail des salariés. La base de données nous a été communiquée par le centre Maurice Halbwachs *via* le réseau Quételet.

1.5.1.2 Recueil Maladies à Caractère Professionnel (MCP)

Le recueil MCP est un recueil centré sur les maladies à caractère professionnel, initié par le département Santé & travail de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS). Lors de deux quinzaines de recueil, les médecins du travail volontaires des régions inscrites dans le protocole sont invités à relever chez leurs patients toute pathologie leur apparaissant liée, en totalité ou partiellement, à l'activité professionnelle. Ce recueil, déconnecté des enjeux assurantiels de la reconnaissance, et standardisé à l'échelle nationale, est probablement l'une

des sources actuelles les plus fiables en matière de santé au travail considérée comme une question de santé publique.

Normalement, les maladies à caractère professionnel devraient en France être recueillies sans l'existence de ce dispositif spécifique. En effet, l'article L461-6 du Code de la sécurité sociale est rédigé comme suit :

« En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel. » (Article L461-6 du Code de la Sécurité Sociale)

En résumé, tout médecin doit déclarer « *tout symptôme et toute maladie* » qui « *présentent, à son avis, un caractère professionnel* » : sans aucune autre contrainte que sa propre expertise médicale, tout médecin est donc dans l'obligation de déclarer les pathologies qui lui semble être liées, chez un patient donné, aux conditions de travail de ce même patient. Initialement, cette obligation devait permettre d'assurer une forme de vigilance épidémiologique, susceptible d'amener à la mise à jour des tableaux de reconnaissance des maladies professionnelles. Ce dispositif reposant sur le devoir, et la connaissance qu'ils peuvent avoir de ce devoir, des médecins a largement fait la preuve de son échec. Ainsi, pour la région Alsace, le nombre moyen annuel de maladies à caractère professionnel déclarées en cours d'année par des médecins en dehors de tout dispositif spécifique s'élève à 102 entre 2002 et 2006. Or en une période de quinze jours de recueil en 2009, sur un panel réduit de 51 médecins du travail, ce sont 340 maladies à caractère professionnel qui ont été signalées (Polesi, Benaim, Gagneur, & Schauder, 2010). De la même façon, 349 maladies à caractère professionnel ont été signalées par 44 omnipraticiens libéraux au cours d'une quinzaine de recueil en 2009 en Alsace (Polesi, Benaim, Gagneur, & Schauder, Maladies à caractère

professionnel observées en médecine générale libérale, 2010). L'écart entre le volume recueilli hors dispositif (102) sur une année entière et les volumes recueillis sur des panels réduits de médecins au cours de quinze jours de recueil (340 et 349) illustre sans conteste la faillite du système tel qu'il a été initialement pensé. Cela permet de mesurer à quel point le dispositif de recueil mis en place par l'InVS est précieux pour la connaissance des problèmes de santé liés au travail en France.

Les traitements que nous proposons reposent sur la base nationale de l'année 2008, gracieusement communiquée par le département Santé & Travail de l'InVS². Les analyses et interprétations que nous livrons ici n'impliquent naturellement nullement le département Santé & Travail de l'InVS. La principale limite de la base de données est le fait qu'elle repose sur les jugements clinique des médecins du travail participant. Les référentiels cliniques à partir desquels ils décident ou non d'inclure un patient dans le recueil ne sont pas complètement standardisés. Cette limite est liée aux bases intrinsèques de l'exercice médical : la pratique de la médecine reste plus proche de l'art ou de l'artisanat que de la science, en dépit de la pression exercée par la « médecine basée par la preuve ».

La faiblesse des effectifs présents dans le recueil Maladies à Caractère Professionnel ne nous permet pas de multiplier les analyses. Nous devons nous contenter d'approcher deux familles de pathologies : les pathologies de l'appareil locomoteur et la souffrance psychique. Si la question de la significativité des résultats ne se pose pas pour l'étude Sumer (devant la puissance statistique de l'étude les écarts d'un demi-point sont tous significatifs), il n'en est pas de même pour l'étude Maladies à Caractère Professionnel. Nous n'indiquerons pas à chaque fois la nature et le résultat des tests utilisés : par défaut, et sauf mention contraire, tous les résultats présentés et commentés seront significatifs au moins au seuil de 5 %. Dans la majeure partie des cas, les comparaisons reposent sur le χ^2 de Pearson.

² Nous tenons tout particulièrement à remercier Mesdames Madeleine Valenty et Hélène Imbernon pour cette mise à disposition.

1.5.1.3 *Autres sources*

A part ces deux sources de données, d'autres bases seront exploitées pour compléter ou asseoir notre propos. La première est la base de données de la Déclaration Annuelle de Données Sociales (DADS). Cette déclaration est une formalité administrative obligatoire que doit accomplir toute entreprise employant des salariés. Tous les employeurs, y compris les administrations publiques, sont tenus de communiquer la masse des traitements qu'ils ont versés au cours de l'année, les effectifs employés et une liste nominative de leurs salariés en indiquant pour chacun leur statut et leurs rémunérations. Cette déclaration, établie par établissement, doit être transmise au plus tard au 31 janvier de chaque année. La base accessible sur le site web de l'Insee est un sondage au 1/12^{ème} de la base nationale des DADS.

Une autre source de données est la base de données issue de l'enquête *Histoire de vie* dont le recueil a eu lieu de février à avril 2003. L'objectif poursuivi par l'Insee était la réalisation d'une étude sur la construction des identités : 8 403 personnes de 18 ans et plus ont été interrogées sur ce sujet, de façon à constituer un échantillon représentatif de la population nationale. La base de données nous a été communiquée par le centre Maurice Halbwachs *via* le réseau Quételet.

Enfin, parmi les principales sources de données, nous traitons également les données issues de l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID). Afin d'éclairer les thématiques indiquées dans le titre de l'enquête, trois à quatre mille personnes vivant en domicile ordinaire ont rempli, à l'occasion du recensement de la population de mars 1999, un court questionnaire sur le thème vie quotidienne et santé. A la suite de cette opération de filtrage, vingt mille personnes ont reçu la visite d'un enquêteur de l'Insee, une première fois fin 1999 et une seconde fois fin 2001, afin d'étudier dans le détail les aspects du quotidien liés à la présence d'une problématique relevant du handicap, de l'incapacité ou de la dépendance. Cette base de données nous a également été communiquée par le centre Maurice Halbwachs *via* le réseau Quételet

1.5.2 Traitement

Nos travaux d'analyse statistique reposent exclusivement sur l'emploi du logiciel R. Libre de droit et gratuit, R est un logiciel d'analyse statistique accessible à tous, sur toutes les plateformes informatiques existantes.

Les salariés sont identifiés dans l'étude Sumer comme dans le recueil Maladies à Caractère Professionnel par leur classement dans la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS). Rappelons rapidement que cette nomenclature permet de classer les personnes en emploi selon leur poste de travail et la situation sociale de l'emploi (son statut : indépendant ou salarié ; sa position hiérarchique, son grade ; la nature de son employeur : privé ou public) (Desrosière & Thévenot, 2002).

Les travaux réalisés par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc) sur le sujet invitent à travailler sur deux PCS précises : 563b (Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales) et 563c (Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers) (Aldeghi & Loones, 2010). Nous allons suivre cette recommandation. Dans l'enquête Sumer, les salariés des deux PCS présentent en effet de fortes similitudes : dans les deux cas, il s'agit de professions presque exclusivement féminines (totalement dans le cadre de la PCS 563c) et où la moyenne d'âge est relativement élevée (45 ans pour la PCS 563b et 50 ans pour la PCS563c, alors que dans l'ensemble de l'emploi féminin, la moyenne d'âge est de 39 ans). La différence de structure d'âge entre 563b et 563c tient à la faible présence de personnes de moins de 40 ans dans 563c : nous pouvons avoir ici la conjugaison de deux phénomènes. D'une part cela correspond peut-être à une réalité, mais également à un effet de génération : le syntagme « employée de maison » est peut-être tombé en désuétude devant les « aides ménagères ».

Lorsque nous traiterons ces deux PCS de façon conjointe, nous le ferons sous l'appellation commune de « services à la personne ». Dans les autres cas, c'est par leur code PCS que nous désignerons les populations.

1.5.3 *Données qualitatives*

Les données qualitatives proviennent d'entretiens menés dans des contextes divers. En premier lieu, vingt et un entretiens individuels avec des auxiliaires de vie ainsi que neuf entretiens avec des responsables de service ont été réalisés dans le cadre d'une étude portant sur la pénibilité du travail d'auxiliaire de vie à domicile, financée par le pôle Travail de la Direccte Alsace. Ces entretiens, d'une durée médiane d'une heure, ont été réalisés en Alsace en 2012 à l'aide d'une grille portant spécifiquement sur la description du travail d'auxiliaire de vie à domicile et sur l'impact que cet emploi peut avoir sur la santé des personnes l'occupant. Cette grille est présentée en annexe.

Au cours des années 2010 à 2014, une trentaine d'autres entretiens ont pu être réalisés dans le cadre d'autres études portant sur la question du maintien à domicile : nous en précisons les détails le cas échéant. Ils ont contribué à construire dans l'esprit du chercheur une toile de fond empirique concrète. Ce sont aussi autant de rencontres avec des personnes âgées dépendantes, des personnes handicapées, des aidants familiaux et divers intervenant qui sont venues, au long des années de réalisation du présent travail, rappeler la réalité de ce qui se joue dans l'intimité des domiciles.

Enfin, la présence à des réunions de travail de l'unité mobile de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg en venue apporter des éléments de contexte et de compréhension des enjeux de l'intervention au domicile de personnes âgées dépendantes. Nous souhaitons remercier tous les membres de cette unité mobile, qui, en acceptant la présence du chercheur et en lui exposant librement les éléments de leur intervention, ont renforcé la conviction que de nombreux actes professionnels positifs restent invisibles et échappent aux logiques gestionnaires et instrumentales qui se développent dans notre société. Lorsqu'une femme médecin hospitalier et une ergonome font le tour des sonnettes d'un immeuble d'habitation afin de vérifier qu'il existe bien une madame « Monique » et qu'elle s'occupe bien des courses de leur patiente, nous avons le témoignage de la vaste dimension des champs que recouvre le travail de *care* sur lequel nous aurons l'occasion de revenir. En effet, s'assurer que la vie quotidienne d'un patient est assurée dans les meilleures conditions dépasse les attributions techniques d'un médecin ou d'un ergonome.

1.5.3.1 Les intervenants à domicile

La démarche initiale de recueil reposait sur la volonté d'entrer en contact avec des auxiliaires de vie par des réseaux indirects et informels. Plusieurs appels avaient été lancés, dans différents contextes d'enseignement : les étudiants (en sociologie, en gérontologie, mais également en école de soins infirmiers, de cadre de santé ou de sage-femme) étaient invités à signaler l'étude menée à ceux de leurs proches exerçant la profession d'auxiliaire de vie.

L'objectif de cette approche résidait dans le souhait de ne pas avancer vers les salariés du secteur en passant leurs employeurs : nous n'avions à ce moment-là pas de données précises sur les relations entre les niveaux hiérarchiques et nous ne souhaitions pas hypothéquer la qualité d'éventuels entretiens. Nous faisons l'hypothèse qu'identifier quelques auxiliaires de vie par la sollicitation du réseau privé des étudiants permettrait, par effet « boule de neige », de rencontrer d'autres professionnelles et de compléter aisément le corpus.

Nous ne pouvons que constater l'échec de cette tentative d'approche. Pris dans leurs emplois du temps mouvants et chargés, conscient d'être pour certains d'entre eux dans une forme d'illégalité (travail « gris », glissement de tâche, voire situation irrégulière), les salariés se sont montrés plutôt rétifs. Le fait d'exposer clairement les deux objectifs du travail (thèse de sociologie et rapport pour la Direccte) a probablement joué en défaveur de la démarche. Outre les remarques de personnes quant à l'usage qui serait fait par la Direccte de leurs propos, nous pouvons voir comme indice de l'impact de cet affichage la facilité avec laquelle les entretiens ont pu être programmés avec des auxiliaires de vie exerçant en libéral (gré-à-gré). Autre indice qui doit nous interroger : certaines personnes ont manifesté des craintes quant à l'enregistrement de l'entretien, demandé à certains moments que l'enregistrement soit suspendu, d'autres ont refusé cet enregistrement. Dans de précédentes études, nous n'avons jamais rencontré une telle inquiétude vis-à-vis du dispositif.

Nous avons donc fini par revoir notre stratégie et nous nous sommes résolus à passer par les voies hiérarchiques. Rétrospectivement, il apparaît bien naïf d'avoir souhaité jouer la carte des relations interpersonnelles et du réseau privé : nous sommes en effet face à un secteur d'activité où les salariés sont tout simplement isolés les uns des autres. Les collectifs, au sens plein que ce terme peut prendre dans le monde du travail, sont rares et de taille réduite. Il n'y avait donc que peu de chances de bénéficier de réseaux interpersonnels qui n'existent pas. La

différence est d'ailleurs manifeste avec les auxiliaires de vie au gré à gré : moins liés sur le plan administratif (ils ne sont pas salariés du même employeur), ils sont paradoxalement plus en relation les uns avec les autres, ont plus d'interconnaissances.

Au total, nous présentons une vingtaine de comptes-rendus d'entretien. Cela peut paraître faible au regard du champ exploré et des diversités de situations : milieu d'intervention en urbain ou en rural, structure à but lucratif ou non, particularité du gré-à-gré et de l'insertion. Nos différents intervenants se répartissent comme présenté dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Répartition des entretiens avec auxiliaire de vie selon le type de structure et l'environnement de travail

	Urbain	Rural	Total
Gré-à-gré	2	2	4
Association	6	4	10
But lucratif	5	2	7
Total	13	8	21

Si nous pouvons considérer que ce volume est suffisant, c'est parce que l'information contenue dans ces entretiens est fortement redondante. Nous irons même plus loin : sur les éléments qui nous intéressent, il n'est pas possible de distinguer, sur la base du contenu des entretiens, les différents contextes d'emploi. Les seules exceptions tiennent dans la question des déplacements et certaines particularités des bénéficiaires vivant en monde rural.

Cette redondance de l'information, nous la retrouvons pour partie également selon l'âge ou l'ancienneté dans le métier : c'est dire combien nous avons affaire à un corps professionnel dont les pratiques dépassent selon nous les cadres contingents d'exercice.

1.5.3.2 Les cadres

Qu'ils soient directeur de structure ou chef de service, les personnes que nous avons rencontrées ont en partage la fonction d'encadrement. Dans un souci de simplification, nous les désignerons uniformément par l'étiquette « responsable de structure ». Au total neuf personnes ont été rencontrées, dont six dans un cadre programmé, avec prise de rendez-vous. Les trois entretiens, d'une durée moyenne d'une demi-heure, qui n'ont pas donné lieu à

enregistrement sont un entretien réalisé à la faveur d'un trajet en train, un échange au téléphone, suite à une erreur de numéro, et un entretien à la suite d'une intervention en formation continue. Le hasard a bien voulu faire que soient représentées aussi bien les structures à but lucratif que les associations.

Neuf entretiens peut sembler un volume relativement faible. Au vu du contenu de ce corpus, il semble au contraire qu'il s'agit là aussi d'un nombre largement suffisant. En effet, une fois supprimés les détails descriptifs (localisation de la structure, type de structure, champ d'intervention, etc.), il apparaît extrêmement difficile de différencier les cadres entendus, tant les discours sont extrêmement proches. Or, toutes ces personnes, à une exception près, ont été contactées directement et de façon isolée : nous sommes fondés à considérer que ces entretiens rendent compte des réflexions et avis des personnels d'encadrement sur la question de la pénibilité du travail des intervenants à domicile. Comme pour les intervenants, les cadres donnent à voir une certaine homogénéité du discours, en dépit des différences structurelles importantes qui peuvent exister entre leurs environnements de travail. Nous attendions par exemple des différences marquées entre le secteur lucratif et le secteur non lucratif, or elles n'apparaissent pour ainsi dire pas.

Par ailleurs, le contenu des entretiens s'avère étonnement concordant avec celui des entretiens réalisés avec les intervenants sur la plupart des points. Plus qu'un corpus secondaire, il est tout-à-fait possible de considérer cet ensemble d'entretiens avec le personnel d'encadrement comme une extension du corpus principal. Cela porte le volume global à trente entretiens, qui présentent, rappelons-le encore une fois, une très forte homogénéité de contenu.

1.5.4 Le positionnement de l'enquêteur

Les entretiens sont des moments de recueil d'information, mais ce sont également des moments d'interaction humaine au même titre que tant d'autres situations du quotidien. Il s'agit d'une limite du dispositif de recueil que nous avons retenu, car le contenu de l'entretien n'est pas dégagé de considérations sans rapport avec le cœur de notre propos :

« En effet, le chercheur est ici confronté aux biais provoqués par la présence de facteurs émotionnels qui émaillent le discours de la personne interviewée et par le

souci de cette dernière de donner une image positive d'elle-même. » (Pourtois & Desmet, 2007, p. 134)

Il n'est pas possible de neutraliser ces limites, ni même d'en prendre l'exacte mesure, car nous ne pouvons avoir accès à un entretien idéalement déconnecté des enjeux des relations interhumaines. Tout ce que nous pouvons faire, c'est souligner certaines des particularités des relations d'entretien.

J'ai été le seul et unique enquêteur à intervenir sur cette étude. Homme, blanc et diplômé, en bonne situation socio-professionnelle, je me retrouvais principalement en face de femmes, pour la plupart non diplômées, pour certaines étrangères, occupant un emploi difficile et mal rémunéré. Ces différents qualificatifs, même simplement pris deux à deux, soulignent tout l'écart qu'il peut y avoir entre l'enquêteur et les personnes entendues en entretien. La première différence, celle du sexe, est probablement la plus significative : les réponses à mes interrogations portant sur la santé et, plus largement sur l'impact du travail sur la vie, ont probablement fait l'impasse sur des problématiques jugées trop intimes pour être communiquées à un homme, ou simplement trop féminine. Le fait que les entretiens soient réalisés en une seule fois, et que les contacts soient donc fortement limités a probablement renforcé cette dimension. Mais cette distance, il n'est pas possible de l'évaluer : il n'est que possible d'envisager que la différence de sexe entre les interlocuteurs n'a pas été sans impact sur la teneur des entretiens.

De la même façon, les autres écarts sont certainement venus parasiter les échanges. Il est toujours difficile de prendre la mesure exacte des représentations qui peuvent être construites et leurs conséquences. Ainsi, par exemple, devant la difficulté que j'avais à trouver des personnes volontaires pour les entretiens, j'ai tenu à me rendre extrêmement disponible, composant avec l'ensemble des contraintes qui pouvaient peser sur moi : à partir du moment où une auxiliaire de vie était d'accord pour un entretien, l'endroit et le moment était laissés à sa convenance.

Je ne me suis rendu compte que tardivement de la différence apparente de condition de vie et de travail que cela laissait imaginer entre ces auxiliaires de vie, toujours très prises, ballotées entre leurs engagements professionnels et les charges de leur vie privée, et moi qui affichait

une totale disponibilité, comme si véritablement je n'avais rien d'autre à faire. Cette apparente totale jouissance de mon temps peut avoir paru très décalée pour certaines de mes interlocutrices, pour ne pas dire indécente. Une réaction lors d'une prise de rendez-vous au téléphone va dans ce sens : après avoir précisé que je pouvais me déplacer comme je voulais pour rejoindre mon interlocutrice et que la distance n'était pas un problème, j'avais eu droit à une réaction de type « Vous avez de la chance. ». Mon souhait d'éclairer le cadre de mon travail et d'expliquer que je trouvais normal de me rendre disponible pour elles n'a certainement pas suffi à dissiper le sentiment que j'étais privilégié dans mon rapport au temps et à l'espace. Mais là encore, il n'est pas possible d'avoir des certitudes sur l'impact que cela a pu avoir sur le contenu des entretiens.

2 Les rapports sociaux de sexe, la santé et ses déterminants

2.1 Les rapports sociaux

Notre approche de la question repose, comme nous l'avons déjà dit, sur la grille d'analyse et d'interprétation qu'offre une conception de la société comme expression des rapports sociaux. Au début du 21^{ème} siècle, il était possible de regretter que le concept de rapport social ait encore été trop peu étudié en France (Kergoat D. , 2004), surtout au regard des potentialités de ce concept. Pour autant, il existait déjà un noyau solide de chercheurs qui dialoguaient sur cette question, et un peu plus de dix ans après, il est possible de constater la fécondité de ces échanges et de la dynamique des travaux existants sur les rapports sociaux. Ouvrages, numéros spéciaux et articles portant sur les rapports sociaux se sont multipliés et ont largement dépassé les limites de la sociologie (voir par exemple l'article de Pascale Molinier, « Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe » (Molinier, 2004)). L'ouvrage collectif en hommage à Danièle Kergoat (Dunezat X. , Heinen, Hirata, & Pfefferkorn, 2010) est un très bon témoignage de cette diffusion du concept de rapport social et de la multiplicité des réflexions engagées par des chercheurs d'horizons différents.

La présentation que nous allons proposer ici du concept de rapport social ne rend pas justice à cette dynamique. Notre propos se limitera à la présentation du concept, dans la perspective de l'usage que nous en faisons dans le cadre de notre travail d'étude.

2.1.1 *Le rapport social comme tension*

2.1.1.1 *Le concept de rapport social*

Danièle Kergoat propose avec constance dans ses écrits une définition du rapport social qui présente le rapport social « comme une tension » :

« Le rapport social peut être assimilé à une tension qui traverse la société ; cette tension se cristallise peu à peu en enjeux autour desquels, pour produire de la société, pour la reproduire ou “pour inventer de nouvelles façons de penser et d'agir”, les êtres humains sont en confrontation permanente. Ce sont ces enjeux qui sont constitutifs des groupes sociaux. Ces derniers ne sont pas donnés au

départ, ils se créent autour de ces enjeux par la dynamique des groupes sociaux. »
(Kergoat D. , 2005)

Nous voulons retenir trois termes importants dans cet extrait. Tout d'abord, il est fait mention des « enjeux » ; cette notion d'enjeu est centrale dans la définition. Rappelons que, communément, un enjeu est la valeur, symbolique ou matérielle, qui est susceptible d'être emportée par l'une des parties engagées dans un jeu, une compétition. Dans le cadre théorique des rapports sociaux, il y a une inversion par rapport au sens commun : les parties qui vont être opposées dans la compétition pour remporter l'enjeu n'existent pas préalablement.

Cela peut évoquer un scénario romanesque : quatre individus sont réunis dans une situation d'isolement. Si une ressource vitale se retrouve soudainement limitée, et que seuls deux des quatre individus peuvent survivre, deux paires vont rapidement émerger autour de cet enjeu, deux groupes qui n'existaient pas avant l'apparition de l'enjeu. L'enjeu est premier dans la constitution des groupes : ce qui fait enjeu est la genèse des groupes, sans que ces groupes soient pour autant définitivement figés.

Danièle Kergoat parle également de « tension » et de « confrontation ». Ces termes se retrouvent également sous la plume de Philippe Zarifian qui évoque une « confrontation socialisatrice » pour définir le rapport social (Zarifian, 1997), et qui voit, au cœur du rapport social, « une tension porteuse de potentialités » (Zarifian, 1999). Restons sur la définition proposée par Danièle Kergoat : les deux notions qui définissent le rapport social sont celles de tension et de dynamique. Comment pouvons-nous entendre cette idée de « tension » ?

Ce terme de « tension » renvoie pour nous, entre autres, à l'idée d'une force s'exerçant. Si ces forces sont au fondement des sociétés, nous pouvons établir un parallèle illustratif et heuristique entre les rapports sociaux et les lois fondamentales de la physique. Attention, il ne s'agit là que d'un parallèle destiné à faciliter notre exposé. Les lois fondamentales de la physique sont en nombre limité (il n'y en a que quatre) et à elles seules permettent de comprendre l'état et l'évolution de n'importe quelle part de l'univers connu. Tous les phénomènes qui concourent à ce que ces mots puissent être écrits et lus sont explicables *in fine* par l'action conjuguée de ces quatre lois de la physique. La première est probablement la plus connue : la gravitation est à l'origine de l'attraction réciproque que se manifestent deux

corps, du moment que ceux-ci ont une masse non nulle. Vient ensuite l'interaction nucléaire faible, qui à l'origine de la fusion nucléaire dans les étoiles. Agissant à une échelle inférieure, la force électromagnétique est à l'origine de tous les phénomènes soit magnétiques soit ondulatoires, de la lumière aux micro-ondes. À une échelle encore plus réduite, l'interaction nucléaire forte permet la stabilité de la structure des noyaux atomiques. À partir de cet exposé des quatre forces fondamentales, tout est dit. Tout l'univers physique connu n'est que l'expression, la déclinaison de ces quatre forces. Nous insistons : rien dans l'univers n'échappe au déterminisme de ces quatre forces.

La construction est exactement du même registre s'agissant de toute société : elle est l'expression complexe de l'articulation entre un nombre limité de ces forces dynamiques, ces tensions que sont les rapports sociaux. Danièle Kergoat écrit que les rapports sociaux « tissent la trame de la société et impulsent sa dynamique ». Nous avons donc un ensemble limité de « tensions » qui vont sous-tendre la structure (la trame) et le fonctionnement (la dynamique) d'une société. Comment pouvons-nous nous représenter plus concrètement ces rapports ?

2.1.1.2 La traduction empirique des rapports sociaux

Les rapports sociaux ne limitent pas à une forme d'influence occulte : leurs manifestations sont observables empiriquement. Afin de comprendre où il convient de porter le regard pour mener cette observation, mais également pour exposer plus clairement ce que sont les rapports sociaux, nous pouvons nous appuyer sur la citation très explicite de Maurice Godelier, Danièle Kergoat renvoyant à ces travaux pour construire son propos (Kergoat D. , 2011) :

« Il nous est devenu évident que les rapports de production sont les rapports quel qu'ils soient entre hommes [êtres humains], qui assument l'une, l'autre ou les trois fonctions suivantes :

- 1. Déterminer la forme sociale de l'accès aux ressources et au contrôle des conditions de la production,*
- 2. Organiser le déroulement des procès de travail et répartir les membres de la société entre ces procès,*
- 3. Déterminer les formes sociales de la circulation et de la redistribution des produits du travail individuel ou collectif. » (Godelier, 1984, p. 31)*

Ce dont Maurice Godelier parle ici est fondamentalement lié à la transformation de la nature qu'opèrent les êtres humains pour pouvoir vivre. Par « rapports de production », il ne faut pas entendre le mot « production » dans un sens restreint de production industrielle ou manufacturière. Les productions dont il s'agit ici sont toutes celles qui permettent aux êtres humains de vivre comme êtres humains. Nous sommes dans le cadre d'une approche héritée de Marx, à propos de laquelle Alain Bihr nous explique :

« Par rapports de production, Marx entend les rapports sociaux que les hommes entretiennent entre eux dans le procès de production de leurs conditions matérielles d'existence, donc dans l'acte d'appropriation de la nature, rapports essentiellement médiatisés par leurs relations (de propriété et de possession) aux moyens de production et de consommation (de subsistance). » (Bihr, 2001, p. 56)

Les rapports de production dont parle Maurice Godelier sont des deux ordres : il s'agit aussi bien de fabriquer des choses que de fabriquer de l'humain. Il s'agit aussi bien de faire pousser du blé que de fabriquer des vêtements ou des outils ou encore que d'élever et d'éduquer les enfants ou prendre soin des personnes âgées (la production anthroponomique que propose Daniel Bertaux (Bertaux, 1977)). Il s'agit des actes positifs par lesquels une population humaine transforme la nature pour pouvoir vivre, sachant qu'elle fait elle-même partie de cette nature. Ce que Maurice Godelier décline dans la citation *supra*, c'est la réponse à des questions aussi simples (dans leur formulation) que « Qui fait quoi ? » « Qui bénéficie de quoi ? ». Mais toute la force de l'approche en termes de rapports sociaux tient dans le fait que le « qui » de ces questions n'est pas quelque chose de donné par avance, une substance fixe et déterminée : le « qui » est déterminé par les réponses aux questions posées. Bien que relativement délimité à un moment donné dans une société donnée, le « qui » est ontologiquement mouvant et fluctuant, déterminé par les réponses aux questions d'organisation que posent la nécessité de transformer la nature pour y vivre.

2.1.1.3 Les groupes sociaux ne pré-existent pas aux rapports sociaux

Il n'y a pas de groupes sociaux préexistant et auxquels les rapports de production dont parle Maurice Godelier viendraient assigner tâches et bénéfices, ou encore plus fort, qui rendrait

nécessaire par leur existence la mise en place d'une organisation. Dans sa définition de ce qu'est un « rapport », Philippe Zarifian expose cela de la façon suivante :

« Le rapport est ce en quoi les "éléments" du rapport se produisent et se développent, de par leurs confrontations, de par leurs affrontements. Le rapport n'est pas plus l'origine des "éléments" que les "éléments" ne sont l'origine du rapport. Le rapport est le centre de production des "éléments" qui y sont virtuellement contenus. À vrai dire, la notion d'"éléments" - qui n'a de sens que dans une théorie de la relation, et non du rapport - doit être abandonnée ici. Ce qui s'exprime dans le rapport ne sont pas isolats de Matière (ou de Société, pour le rapport social), mais des modes d'existence virtuelle, qui se développent par leur incessante actualisation et confrontation, et prennent alors la consistance de "choses", de substances matérielles. » (Zarifian, 1997, p. 44)

Nous voulons souligner deux idées importantes dans cette citation. La première est celle de la profonde colinéarité entre les éléments et les rapports : si nous devons garder de la citation de Maurice Godelier l'idée qu'il s'agit de savoir « qui fait quoi », alors nous pourrions souligner avec Philippe Zarifian que le « qui » et le « quoi » de cette question sont les deux faces d'une même pièce, les deux ombres projetées d'un même objet. Simplement, nous pouvons envisager le « quoi » comme l'ombre projetée sur le plan du monde physique (ce qui inclut sa transformation par le travail et la jouissance des ressources qui en sont issues), tandis que le « qui » est l'ombre portée sur le plan du monde social. À partir de là, il devient manifeste qu'aucun des deux plans n'a de primauté sur l'autre : dans l'approche en termes de rapports sociaux, il n'y a ni soumission du monde social à un impératif physique ni indépendance.

Avec les rapports sociaux, nous sommes engagés à considérer toute société comme un ensemble mouvant, produit de l'articulation dynamique de rapports sociaux. Pour reprendre notre analogie avec les forces fondamentales de la physique, à visée toujours uniquement illustrative, il faut rappeler que chez les Grecs anciens, par exemple chez Aristote dans sa physique, les objets tombent parce que leur « lieu » est « le bas » : l'idée est qu'il est dans la nature des objets qui tombent d'être le plus bas possible. La découverte de la gravitation permet de découvrir qu'il n'est pas dans la nature d'un objet d'aller vers le bas, mais que la chute est en fait l'expression d'une force entre deux objets : celui qui, de notre point de vue,

tombe, et la terre. C'est le même type de renversement qu'il faut imaginer s'agissant des rapports sociaux et des groupes sociaux : les rapports n'articulent pas des relations entre des groupes donnés ou déjà-là, mais les groupes sont l'expression des rapports. Danièle Kergoat poursuit sa présentation des rapports sociaux par les mots suivants :

« Ce sont ces enjeux qui sont constitutifs des groupes sociaux. Ces derniers ne sont pas donnés au départ, ils se créent autour de ces enjeux par la dynamique des rapports sociaux. » (Kergoat D. , 2004)

Il s'agit là d'une idée centrale dans la construction théorique qui se propose d'analyser les sociétés par les rapports sociaux : les groupes sociaux ne sont pas donnés au départ.

À ce point, nous souhaitons souligner une seconde idée importante dans notre dernière citation de Philippe Zarifian, qui réside dans la toute dernière partie : « [...] *prennent alors la consistance de "choses", de substances matérielles.* ». Il s'agit là d'une idée importante, car elle explique que bien que nous ne soyons en face que de rapports dynamiques, nous fassions l'expérience empirique quotidienne d'une matérialité, d'une « choséité » des rapports sociaux. Pour saisir cela, la notion de fétiche développée par Karl Marx est un outil puissant de compréhension.

2.1.1.4 L'individu comme fétiche

Il ne faut pas entendre le terme de fétiche chez Marx dans son sens anthropologique ou psychanalytique. Le fétiche marxien découle des rapports sociaux et résulte d'un double mouvement : réification et personnalisation. Alain Bihr propose un exposé détaillé de la notion de fétiche chez Marx (Bihr, 2001), qu'il présente comme le fil rouge du Capital. Nous en donnons ici un exposé rapide, en nous focalisant sur les points directement utiles à notre propos. La réification est le processus par lequel un rapport social finit par apparaître comme une chose – une *res* en latin – qui a une réalité autonome, et qu'il faudrait envisager indépendamment de tout environnement. Dans le même temps où le rapport est réifié, la chose qu'il est sensé être est parée par les acteurs sociaux de qualités qui en font non seulement une chose, mais de surcroît une chose dotée d'une volonté propre : un sujet.

Le fétichisme largement développé par Marx est celui de la marchandise. Mais celui des fétiches contemporains de la société française, peut-être le plus commun, est celui du marché, dans cette novlangue que décrit longuement Alain Bihr (Bihr, 2007). Bien évidemment, il serait possible de considérer que la présentation du marché comme chose autonome et dotée de volonté relève avant tout de la figure de style de la personnification, notamment dans le discours journalistique ou politique. Le fait est que la constance de cette personnification et le manque de distance critique par rapport à son emploi tendent avant tout à nous conforter dans la compréhension du marché comme fétiche. L'effet est encore plus marquant lorsque l'orateur convoque le fétiche du marché pour en souligner les limites. Lors de son discours aux professionnels de la culture du 18 mars 2012, François Hollande dénonçait « ce ressort de penser que le marché pouvait avoir réponse à tout, y compris pour la culture ». Il en ressort en second plan que le marché peut tout de même avoir des réponses à beaucoup de choses, même si la culture n'est pas concernée. Le marché n'est cependant pas le seul fétiche couramment rencontré aujourd'hui, ni le plus difficile à débusquer. Jean-Marie Vincent, dans un texte sur l'œuvre de Marx, va droit au but :

*« La société, paradoxalement, n'est pas composée d'individus, mais de rapports qui agissent par l'intermédiaire des capitalistes ou des travailleurs salariés. »
(Vincent, 1997)*

Il ne fait que reprendre une position que nous trouvons déjà dans les Grundrisse, où Marx note que la société n'est pas composée d'individus.

« La société ne se compose pas d'individus, elle exprime la somme des relations, conditions, etc. dans lesquelles se trouvent ces individus les uns par rapport aux autres. » (Marx, 2011, p. 227)

De même il notait explicitement dès 1845 que l'individu est l'ensemble des rapports sociaux :

« Mais l'essence humaine n'est pas quelque chose d'abstrait qui réside dans l'individu unique. Dans sa réalité effective, c'est l'ensemble des rapports sociaux. » (Macherey, 2003)

Dans la perspective d'analyser la société sous l'angle des rapports sociaux, les individus tels qu'ils peuvent être entendus sous le registre de la prénotion apparaissent également comme des fétiches, c'est-à-dire comme le résultat du double processus de réification et de subjectivation. Nous avons bien vu que les rapports sociaux s'exercent comme des forces et que les sociétés sont les expressions concrètes de cet exercice. Nous avons également vu que – contrairement à ce qui se produit dans le monde physique que nous avons évoqué pour introduire notre présentation des rapports sociaux – il n'existe pas d'éléments préexistants sur lesquels les rapports viennent s'appliquer. Plus loin encore, il faut se garder de penser que les individus sont créés par les rapports sociaux : il n'existe pas plus d'éléments préexistants que d'éléments créés. Nous sommes toujours dans le registre de la dynamique, comme l'exprime Antonio Gramsci, qui réfute pour cette raison l'idée d'un homme en général :

« Que la « nature humaine » soit le « complexe des rapports sociaux », est la réponse la plus satisfaisante, parce qu'elle inclut l'idée du devenir : l'homme devient, change continuellement avec le changement des rapports sociaux et parce qu'il nie l'« homme en général » [...] ». (Gramsci, 2001, p. 103)

Mais alors nous devons résoudre une difficulté qu'exprime très clairement Philippe Zarifian dans sa lecture en forme d'hommage de l'œuvre de Danièle Kergoat :

« Ce qui manque, en définitive, [dans la construction théorique de Danièle Kergoat], à mon avis, c'est la production d'un concept d'individu (ou plus exactement : d'individualité et d'individuation). » (Zarifian, 2010)

Les voies par lesquelles Zarifian vient à identifier ce manque lui appartiennent et renvoient à ses propres travaux. En ce qui nous concerne, nous articulons simplement tous les éléments exposés jusqu'ici (rapports sociaux comme forces, absence d'éléments préexistants, fétichisme) et en déduisons un manque de même nature dans l'exposé d'ensemble. En effet, si les individus ne relèvent que du fétichisme, alors que sont les êtres humains ? Notre propos ne pourra se déployer pleinement que si nous pouvons proposer une vision des êtres humains qui puisse s'articuler avec les rapports sociaux. De surcroît, nous ne devons pas oublier que notre propos sur la santé posera également la question de la définition des êtres humains.

2.1.1.5 *Les rapports sociaux et l'œuvre de Spinoza*

Notre proposition de réponse à cet enjeu de définition repose sur les travaux de Baruch Spinoza. Il ne s'agit pas de revendiquer l'originalité de cette convocation de Spinoza dans une articulation avec Marx. Frédéric Lordon, comme avant lui Etienne Balibar (Balibar, 2011) ou encore Frank Fischbach (Fischbach, 2005), propose d'articuler Marx et Spinoza, en notant non sans humour :

*« Assurément ces deux-là se connaissent – par commentateurs interposés. Leurs affinités sont légion, ce qui ne veut pas dire qu'ils sont d'accord sur tout. Elles sont suffisamment fortes en tous cas pour que les mettre ensemble ne fasse pas courir le risque du borborygme intellectuel. Le paradoxe temporel étant que si Marx est postérieur à Spinoza, ça n'en est pas moins Spinoza qui pourrait maintenant nous aider à compléter Marx. Car dégager les structures (de la mobilisation capitaliste des salariés) ne nous dit pas encore à quoi « fonctionnent » les structures. C'est-à-dire ce qui fait in concreto leur efficacité – non pas le fantôme, mais le moteur dans la machine. La réponse spinoziste est : les affects. La vie sociale n'est que l'autre nom de la vie passionnelle collective. »
(Lordon, 2010, p. 10)*

En paraphrasant Frédéric Lordon, nous pourrions écrire que nous sommes à la recherche, une fois posées les forces, les tensions que sont les rapports sociaux, de ce qui fait *in concreto* leur efficacité.

Ce qui nous met sur la piste de Spinoza est le fait que, dans son œuvre majeure, *l'Ethique*, les humains n'ont pas le statut de substance, mais celui de mode. En effet, Spinoza considère qu'il n'existe qu'une seule substance : une totalité naturelle que Spinoza, sans réel déisme, appelle dieu ou la nature : *Deus sive natura*. Tous les autres éléments qu'il est possible d'observer dans l'univers ne sont que des façons d'être de cette substance unique, que Spinoza appelle « modes ». L'image de l'océan permet de saisir rapidement la relation entre les modes et la substance : si l'océan est la substance, alors les vagues sont des modes de l'océan. Il faut préciser que Spinoza distingue les modes finis des modes infinis : dans notre image, les vagues sont des modes finis de l'océan. Le mode infini de l'océan serait le rapport de mouvement et de repos qui caractérise la totalité de cet océan. Nous pouvons bien

évidemment observer et connaître chaque vague, identifiable par différentes caractéristiques, mais elle n'existe que par l'océan dont elle est une expression. L'océan et les vagues ne peuvent être séparés qu'abstraitement.

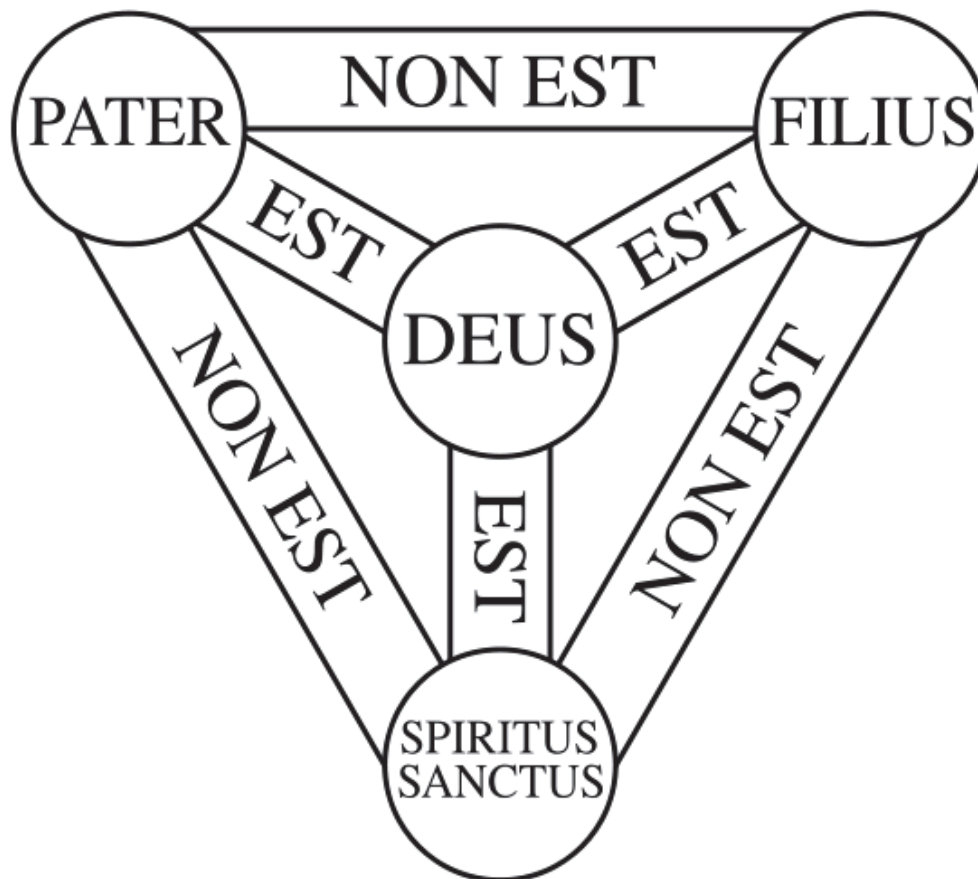
C'est également vrai pour les individus, qui ne sont que des modes, des façons d'être particulières de cette totalité qu'est dieu ou la nature. Le terme d'individu est d'ailleurs étranger à la pensée de Spinoza. Cela conduit Spinoza à des positions qui, pour nous, entrent profondément en résonance avec une vision des individus comme fétiches. Il s'agit évidemment d'une position contre-intuitive, puisqu'elle n'accorde aucun crédit à l'individu tel que le glorifient un certain nombre de discours contemporains, comme notamment en sociologie l'ensemble des approches théoriques qui se regroupent sous l'étiquette globale « d'individualisme méthodologique ». Ceux que nous percevons comme individus ne sont que des modes d'une substance unique : le parallèle avec une conception des individus comme expression des rapports sociaux est patent. Chez Spinoza comme chez Marx et la construction théorique basée sur les rapports sociaux, les individus sont les expressions limitées et surtout contingentes de réalités qui les lient également dans une totalité.

2.1.1.6 La consubstantialité des rapports sociaux

La convocation de Spinoza nous semble s'imposer davantage lorsque nous nous penchons sur la question de l'articulation des rapports sociaux, dont d'aucuns parlent sous le syntagme d'« intersectionnalité ». Danièle Kergoat, à plusieurs reprises, plutôt que de parler d'intersection des rapports sociaux, sollicitait une notion peut-être surprenante : celle de « consubstantialité ». Avant de développer ce qu'entend Danièle Kergoat par « consubstantialité » des rapports sociaux, nous allons nous pencher sur la notion dans son sens premier. En effet, il ne s'agit pas d'un terme d'usage courant, et son étymologie, « unité ou/et identité de substance », ne nous est pas d'une grande aide. Il s'agit d'un concept chrétien, qui met en relation le père, le fils et le saint-esprit, les trois termes de la sainte trinité. Évoquée dès les écrits testamentaires (Matthieu 28 : 18-20), la consubstantialité est ce qui sous-tend la trinité dans la théologie chrétienne : il s'agit de poser que le fils est de la même substance que le père. En 325, le concile de Nicée prenait ainsi position contre les théories défendues par Arius : selon ce dernier et ses partisans, le fils étant une créature, il ne pouvait être de la même substance que le père. La difficulté de cette relation consubstantielle au sein

de la trinité est qu'elle ne respecte pas les principes de base de la logique aristotélicienne : le père est dieu, le fils est dieu, mais le père n'est pas le fils, etc. Or selon la logique aristotélicienne, si A est C et si B est C, alors A est B. L'illustration suivante (le « bouclier de la trinité ») permet de résumer cette articulation paradoxale.

Figure 1 : le bouclier de la trinité



Entre autres particularités, le principe de trinité fait que la présence de n'importe lequel des termes de la trinité implique naturellement la présence des autres termes, présence médiée par le positionnement central de la totalité qu'est dieu.

Ce petit excursus théologique nous permet de saisir le caractère fécond de l'emploi de la notion de consubstantialité par Danièle Kergoat pour parler de la relation entre les rapports sociaux. Nous ne prétendons pas que l'ancrage théologique a servi d'inspiration à Danièle Kergoat : il s'agit plutôt *a priori* d'un usage par défaut :

« J'étais bien consciente de l'origine religieuse de ce terme. Bien consciente aussi que la racine du mot, « substance », ne fait pas trop bon ménage avec le concept de rapport social qui précisément [...] n'a pas de « substance ». Mais ce terme a l'immense mérite de renvoyer sans équivoque possible à l'unité et à l'identité de nature des rapports sociaux, rapports par lesquels se crée et se recrée la société. En fait, la « société », c'est eux. » (Iresmo, 2011)

L'origine théologique s'avère en revanche particulièrement utile pour saisir la force de la notion de consubstantialité. Si nous posons qu'il existe différents rapports sociaux (de sexe, de classe, de « race », de génération, etc.) et que ceux-ci produisent des effets conjoints, comme nous le verrons par la suite, nous ne disons rien sur le caractère contingent de ces effets : est-ce que les rapports sociaux se croisent par hasard ? Car en parlant d'intersectionnalité, nous ne faisons qu'observer le fait que les rapports *semblent* se croiser. En posant la consubstantialité des rapports sociaux, dans un même mouvement il est possible de préserver l'identité de chaque rapport (qui ne sont pas identiques les uns aux autres, comme le père n'est pas le fils, etc.) tout en posant leur intersection comme propriété ontologique : les rapports sociaux ne peuvent que donner l'impression de se recouper, parce qu'au fond, ils ne sont que les expressions d'une même réalité fondamentale, de la même façon que le père, le fils et le saint-esprit sont les expressions d'une seule et même nature divine.

La force du choix par Danièle Kergoat d'utiliser la notion de consubstantialité apparaît pleinement : au lieu d'intersections dont nul ne peut qualifier la nature, proposer une articulation des rapports sociaux qui repose sur la notion de consubstantialité permet de lier structurellement les rapports sociaux. Ils sont en intersection apparente parce qu'il ne peut en être autrement. Chacun des rapports sociaux est la société, tout comme chacun des termes de la trinité est dieu, mais aucun n'est toute la société à lui seul, et surtout aucun ne peut être considéré de façon absolument isolée. En effet, s'il est nécessaire pour le chercheur d'observer les manifestations d'un rapport à la fois, il ne faut jamais perdre de vue qu'il ne s'agit que d'un artefact d'observation et que le rapport observé est radicalement indissociable des autres rapports. Danièle Kergoat l'indique de façon explicite :

« Car les rapports sociaux sont indémêlables au sein de la matrice sociétale : parler de consubstantialité revient donc à affirmer que « séquencer » les rapports

sociaux est une opération – certes nécessaire pour le sociologue – qui reste de l'ordre de la logique, mais qui ne peut en aucun cas être appliquée sans précaution à l'analyse des pratiques sociales. » (Kergoat D. , 2005)

Les rapports sociaux sont donc ces tensions qui font la trame de la société et qui organisent de façon dynamique l'existence de groupes sociaux. Ces derniers ne préexistent pas aux rapports et sont la résultante toujours dynamique des rapports sociaux. Les individus, quant à eux, ne sont que la manifestation fétichisée des mêmes rapports sociaux. Les rapports sociaux sont en outre consubstantiels, c'est-à-dire que chacun des rapports est ontologiquement articulé avec tous les autres rapports. Il n'y a au final qu'une seule et unique substance, comme chez Spinoza, qui peut se décliner selon différents attributs et différents modes infinis.

2.1.2 Les rapports sociaux de sexe

2.1.2.1 Classe, sexe, race, génération

De façon classique, les rapports sociaux les plus fréquemment cités sont les rapports de classe, les rapports de sexe, les rapports de génération, les rapports de « race ». Les guillemets que nous mettons ici au mot « race » sont uniquement liés à la charge historique du mot : il faut entendre que nous sommes là en face de systèmes de catégorisations socialement construits, pour « race », comme pour classe, sexe et génération. Il serait plus cohérent soit de retirer ces guillemets, soit d'en systématiser l'usage pour tous les principes de catégorisations. D'autres auteurs font le choix de parler de « racisation » (Pfefferkorn, 2011), pour bien souligner le caractère dynamique de la catégorisation ; dans cette logique, nous devrions alors parler de « classisation », « sexisation », etc. Toutes ces solutions cohérentes sont bien évidemment lourdes à appliquer dans les faits : nous en tiendrons à l'usage de guillemets autour du mot race. Il semblait cependant nécessaire de faire cette mise au point : quelle que soit la différence de typographie ou de notation que nous sommes amenés à utiliser, les races ont le même statut d'effectivité que les sexes ou les classes.

Notre propos, dans le présent travail, va principalement porter, comme l'indique son titre, sur le rapport social de sexe. Cependant, nous n'ignorons pas les implications déjà exposées du principe de consubstantialité : nous savons que notre focalisation sur le rapport social de sexe n'est qu'un artefact produit par le discours sociologique. Danièle Kergoat expose

explicitement à la fois la nécessité technique de la réduction pour le sociologue et le caractère forcément artificiel de cette réduction :

« Reste que ces deux termes, l'un [consubstantialité] emprunté à la théologie, l'autre [coextensivité] à la philosophie et aux mathématiques sont un peu barbares, en tout cas compliqués, j'en conviens. Mais je n'en ai pas, à ce jour, trouvé de meilleurs pour affirmer que « séparer » les rapports sociaux, les isoler les uns des autres est une opération certes nécessaire pour le sociologue, mais qui reste de l'ordre de la logique formelle et qui ne peut en aucun cas être appliquée sans précaution à l'analyse des pratiques sociales concrètes, en particulier aux pratiques de lutte et de résistance. » (Iresmo, 2011)

Aussi, même si le principal de notre propos porte sur les effets des rapports sociaux de sexe, nous aurons l'occasion de souligner la manifestation d'autres rapports.

2.1.2.2 La division sexuelle du travail

S'agissant des rapports sociaux de sexe, nous allons en décliner rapidement les principaux aspects, largement traités par divers auteurs du féminisme matérialiste français, dont principalement Danièle Kergoat. À cette dernière nous sommes redevables de textes présentant de façon claire et détaillée ce qu'il faut entendre par rapports sociaux de sexe. Nous nous appuyons tout particulièrement sur un texte publié en 2001 dans un numéro d'Actuel Marx réédité en 2011 (Kergoat D. , 2010) : *Le rapport social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux de sexe à leur subversion*. Souvent cité, cet article expose efficacement les tenants et les aboutissants des rapports sociaux de sexe.

Le travail est l'enjeu central des rapports sociaux de sexe : comme nous l'avons déjà souligné précédemment, par travail il faut entendre l'ensemble des efforts que les individus sont amenés à réaliser pour produire un environnement qui soit un support possible pour leur vie. Le travail, c'est l'ensemble des actes par lesquels les hommes agissent sur la nature, nature dont ils font bien entendu partie intégrante. C'est donc autour de la division du travail que se structurent deux groupes socialement produits : les hommes et les femmes. Il s'agit là de la division sexuelle du travail :

« La division sexuelle du travail a pour caractéristique l'assignation prioritaire des hommes à la sphère productive et des femmes à la sphère reproductive ainsi que, simultanément, la captation par les hommes des fonctions à forte valeur sociale ajoutée (politiques, religieuses, militaires, etc.). Cette forme de division sociale a deux principes organisateurs :

- le principe de séparation (il y a des travaux d'hommes et des travaux de femmes) ;

- le principe hiérarchique (un travail d'homme « vaut » plus qu'un travail de femme). » (Kergoat D. , 2010)

Le cœur de la manifestation observable des rapports sociaux de sexe est donc la création de deux groupes antagoniques, qui se voient confier des tâches de nature différente et de valeur sociale différentes. Aux uns les tâches relevant de la création de biens, ainsi que des tâches que nous pourrions qualifier d'intervention publique (les fonctions politiques, religieuses et militaires) : ce que Danièle Kergoat nomme la sphère productive. Aux autres tout ce qui relève de la sphère reproductive, c'est-à-dire de l'éducation des enfants, le soin des malades et des personnes présentant une déficience, le travail domestique.

L'opposition public/privé est assez séduisante pour décrire les attributions de l'un et l'autre groupe, mais elle est réductrice. En cela, nous nous rallions à la critique que font Hall et Davidoff, qui font le constat du caractère très relatif de la dichotomie entre les deux sphères :

« Notre volonté a toujours été de dépasser la séparation public/privé et de montrer l'ancrage dans la famille des acteurs masculins « autonomes », et la manière dont les femmes « dépendantes » apportaient des relations et un capital, pour ne pas mentionner leur travail caché et leurs services, qui ont rendu possibles d'innombrables entreprises : le public n'est pas vraiment public, et le privé pas réellement privé malgré la puissance de la rhétorique des « sphères séparées » » (Davidoff & Hall, 2014, p. 33)

En outre, dans le registre de la sphère reproductive, nous trouvons bien des tâches qui s'exercent en dehors de la sphère strictement privée. La question qui nous intéresse au

premier chef, celle du soin aux personnes âgées et aux personnes handicapées, en est un exemple marquant. Les services à la personne, qui englobent ces soins aux « personnes dépendantes », sont un ensemble d'activités qui ont quitté le cadre strictement privé où elles s'exerçaient encore à la fin du XX^{ème} siècle pour devenir un gisement d'emplois et un terrain majeur d'intervention publique (point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir).

Plus loin encore, l'opposition public/privé comme grille de lecture pourrait occulter un point important : Danièle Kergoat parle d' « assignation prioritaire » des hommes à la sphère productive. Cela ne signifie pas qu'il y ait une exclusion radicale des femmes de la sphère productive, même en laissant de côté les emplois qui relèvent de fonctions qui « devraient » être accomplies dans la sphère privée, c'est-à-dire les emplois remplissant des tâches traditionnellement non rémunérées dans l'espace domestique. Car les femmes occupent également des fonctions au sein de la sphère productive, dans la production manufacturière par exemple, et cela n'est pas un phénomène récent ; dès les premiers temps du capitalisme industriel, des secteurs spécifiques emploient majoritairement des femmes, comme l'industrie textile (dès 1791, au sein de la première filature à vapeur) (Battagliola, 2008). Pour Alain Bihr et Roland Pfefferkorn, il existe indiscutablement pour les femmes une forme de continuité de la sphère privée dans la sphère publique, la seconde réclamant des qualités et des compétences acquises dans la première.

« La division sociale du travail réserve ainsi aux femmes, en premier lieu, les professions qui socialisent les activités, les capacités et les vertus qui sont traditionnellement les leurs au sein de l'univers domestique, notamment dans leurs fonctions ménagères ou éducatives. [...] Par ailleurs, la même division sociale du travail réserve aux femmes des professions exigeant des vertus soi-disant féminines. Qu'il s'agisse de l'infirmière, de l'esthéticienne, de la vendeuse, ou de la secrétaire, on les veut en effet de préférence dévouées, discrètes, soignées, disponibles et bien sûr compétentes. Dans leurs activités professionnelles les femmes sont conduites/contraintes à investir les qualités et les vertus exigées d'elles dans l'univers domestique. » (Bihr & Pfefferkorn, 2002, pp. 90-91)

Les femmes sont donc assignées à des emplois, des postes, pour lesquels il est possible d'invoquer une forme d'« imitation » de la sphère privée : le câblage électrique de précision évoque le crochet, ou telle autre manœuvre sur une chaîne de production renvoie à l'écossage des petits pois...

Cette implication des femmes dans la sphère productive respecte cependant les deux principes de séparation et de hiérarchisation : les femmes sont assignées à des postes bien spécifiques, au sein de groupes de travail dont le *sex ratio* est très féminin. Cet aspect de la division sexuelle du travail est très largement documenté d'une part (Bihr & Pfefferkorn, 2002) et relativement stable dans le temps : Margaret Maruani montre que les dix groupes professionnels les plus féminisés en 1960 sont encore les mêmes au XXI^{ème} siècle (Maruani, 2011). Par ailleurs, la valeur accordée à ces postes est faible.

2.1.2.3 *Travaux de femmes, travaux de peu de valeur*

La question de la valeur des tâches accomplies par les femmes n'a évidemment pas de rapport direct avec une détermination objective : il est possible d'observer cela grâce au récit proposé par le film *Made in Dagenham* (diffusé en France sous le titre de *We want sex equality*), réalisé par Nigel Cole en 2010. Le scénario est basé sur un fait historique : en 1968, les ouvrières de l'usine automobile du constructeur américain Ford à Dagenham, Royaume-Uni, se mettent en grève pour obtenir l'égalité salariale avec les hommes. Ces femmes travaillent toutes à l'atelier de sellerie et constituent un groupe isolé au sein d'un site de production exclusivement masculin. Il est intéressant de relever que le mouvement de grève isolé de ces femmes fait stopper toute la production : loin d'être un aspect secondaire de la production des véhicules, ce qui pourrait éventuellement justifier une moindre rémunération, la sellerie s'avère tout aussi indispensable que les autres unités de production. La grève des femmes finit par paralyser l'ensemble de l'usine.

L'équation entre valeur et caractère féminin du travail s'avère plus complexe qu'en première intention : sont-ce les travaux dévolus aux femmes qui se voient attribuer une moindre valeur, ou bien sont-ce les femmes qui sont assignées aux travaux de moindre valeur ? Dans la dynamique des rapports sociaux de sexe, la seconde option semble la plus cohérente sur le

plan théorique. Empiriquement, il existe des exemples d'évolution rapide confirmant cette articulation assignant aux femmes les travaux de peu de valeur.

Lors de la journée doctorale organisée à Strasbourg, le 13 juin 2009, Daniel Rottenberger, médecin anesthésiste réanimateur à Strasbourg, a proposé une communication (Rottenberger, 2009) portant entre autres sur l'histoire de la profession de médecin anesthésiste réanimateur³. Il a montré comment, selon l'intérêt porté à la spécialité, celle-ci a vu son *sex ratio* radicalement modifié. La profession était initialement majoritairement occupée par des femmes, puis la spécialité a gagné en technicité :

*« Cette évolution vers plus de technicité, mais également vers une diminution relative de la pénibilité du métier, une amélioration des conditions matérielles de travail, une indépendance de droit face à la chirurgie, s'accompagne d'une notable **masculinisation** de l'anesthésie. Comme annoncé plus haut, ce processus s'inscrit à nouveau **en opposition à l'évolution d'ensemble de la démographie médicale qui se signale par une nette féminisation de la médecine !** » (souligné dans le texte par l'auteur)*

Ce renversement du *sex ratio* s'opère en une trentaine d'années, selon Daniel Rottenberger. Il faut également relever qu'en plus de l'évolution vers plus de technicité, Daniel Rottenberger souligne une amélioration des conditions de travail, tant sur le plan matériel qu'organisationnel. Au moment où la spécialité devient plus technique, mieux reconnue et s'exerce dans de meilleures conditions, elle se masculinise, ce qui ne serait pas aussi flagrant si l'ensemble des professions médicales ne connaissaient pas dans le même temps une féminisation importante. L'indépendance gagnée vis-à-vis des chirurgiens est particulièrement à souligner, Alain Bihl et Roland Pfefferkorn soulignant l'importance de cette question de l'indépendance dans la distinction entre les postes occupés par les femmes et ceux occupés par les hommes :

« L'analyse des conditions et de l'organisation du travail permet de mettre en évidence trois dimensions de l'organisation du travail qui sont fortement

³ Je remercie chaleureusement Daniel Rottenberger d'avoir bien voulu me communiquer le support écrit de son intervention.

marquées suivant les sexes : la liberté du travailleur d'organiser son activité et la marge de manœuvre qu'il s'autorise par rapport aux consignes reçues ; l'importance des communications dans l'exercice de son travail ; enfin, l'importance des pouvoirs hiérarchiques. [...] Dans le cas de postes de travail plus complexes impliquant davantage de responsabilités et de savoir-faire, le plus souvent l'autonomie des femmes n'est pas reconnue. » (Bihl & Pfefferkorn, 2002, pp. 90-91)

Comme au sujet de la valeur, il est possible de s'interroger : est-ce la masculinisation qui apporte l'autonomie, ou est-ce la nouvelle autonomie reconnue qui amène à la masculinisation ? Là encore, la dynamique des rapports sociaux et les éléments factuels dont nous disposons indiquent à considérer que c'est l'autonomie qui amène à la masculinisation. En effet, l'histoire de la profession comporte une évolution importante avec un jugement de la cour d'appel d'Aix en 1969, qui pose l'indépendance du médecin anesthésiste par rapport au chirurgien (Faure, 2010). C'est donc de l'extérieur du monde médical que se prononce cette prise d'autonomie : ce n'est pas le monde médical qui évolue seul, uniquement par le jeu de mouvements internes, mais c'est, au moins en partie, la justice qui impose un changement, qui consacre l'autonomie des anesthésistes.

Si nous pouvons nous baser sur cette relation entre recul de la féminisation et évolution de l'autonomie de la profession, le mouvement des infirmières en 1988, popularisé par le slogan « Ni bonnes, ni connes, ni nonnes », n'a pas dû avoir le succès escompté : de 87,6 % de femmes en 1986 (Bessière, 2005), la profession, tous exercices confondus (libéral et salarié) est passée à 87,2 % de femmes au 1^{er} janvier 2013 (Sicart, 2013), soit une quasi-stabilité. Même s'il est certain que d'autres dimensions sont certainement à prendre en compte pour expliquer cette absence d'évolution, il semble que la profession doit être dans une forme de *statu quo*... Impression qui peut être confirmée par un phénomène particulier : dans le contexte de stabilité que nous avons vu, le pourcentage d'hommes au sein des infirmiers libéraux s'est lentement, mais systématiquement accru au cours de la décennie écoulée : de 12,8 % en 2002, il est passé à 16,2 % en 2013 (données Drees Adeli), suivant une progression constante. Or, l'autonomie par rapport à la hiérarchie médicale apparaît comme une des motivations à passer de l'exercice salarié (obligatoire au moins les cinq premières années d'exercice) à l'exercice libéral (Lenoble, 2010).

2.1.2.4 *Rapports sociaux de sexe et de race*

Cet exemple des infirmiers nous donne l'occasion de revenir sur la question de la consubstantialité et les effets conjoints des rapports sociaux. Nous l'avons vu, la profession est majoritairement féminine, traduction empirique du rapport social de sexe. *Quid* de l'expression conjointe des autres rapports, comme par exemple le rapport social de « race » ? La proximité avec la souillure, au sens où l'entend Mary Douglas (Douglas, 2005), est probablement l'un des enjeux des rapports sociaux de « race » (Nakano Glenn, 2009). Les données issues de l'Enquête Emploi permettent d'approcher l'articulation des rapports sociaux de sexe et de « race ». Prenons trois groupes professionnels salariés fortement féminisés des milieux de soin : les infirmières, les aides-soignantes et les agentes des services hospitaliers (ASH), professions que nous déclinons volontairement au féminin du fait justement de la très forte proportion de femmes.

Réduisons notre exploration aux femmes, afin d'aller au plus près de notre propos. Il apparaît que plus le niveau de formation est élevé, plus la proportion de femmes dont au moins un des deux parents est né à l'étranger est faible : 3,2 % des infirmières, 5,0 % des aides-soignantes et 7,8 % des ASH. Cette relation correspond à un phénomène relativement attendu, mettant en relation niveau de qualification et origine. Mais, si nous restreignons le champ aux seules maisons de retraite, alors nous voyons cette relation s'inverser : 13,6 % des infirmières ont au moins un de leurs parents né à l'étranger, 10,1 % des aides-soignantes et 8,5 % des ASH. Pour les seules infirmières, qui sont forcément titulaires du diplôme d'état d'infirmier, le niveau d'études n'est pas une explication mobilisable pour expliquer cet écart important : 3,2 % versus 10,1 %. En revanche, la question de la proximité avec la souillure, plus marquée en maison de retraite, participe à expliquer cette division selon l'origine. La valorisation par la technicité présumée est également à prendre en compte : l'intervention en gériatrie est centrée sur les soins d'hygiène et de confort, ce qui explique que les infirmières s'en détournent « *au profit de soins dits « plus nobles » parce que davantage relatifs à la technicité.* » (Outata, 2005).

Moins le niveau de formation initiale est élevé, moins cette proximité avec la souillure et la technicité sont des enjeux discriminants : pour les aides-soignantes, « personnel invisible »

(Arborio, 2001), et encore plus pour les ASH, la proximité avec la souillure est plus constante, quel que soit le lieu de travail.

Sur notre terrain d'étude, nous ne retrouvons que très partiellement la traduction empirique des rapports sociaux de « race ». Il ne s'agissait en effet pas d'un angle d'observation initialement privilégié dans le travail de recueil. Pour autant, il faut impérativement conserver à l'esprit cette réalité exprimée très directement par Angel Davis dans un entretien au journal l'Express :

« Je n'aurais jamais fait partie des mouvements féministes américains des années 1970. Ces femmes étaient bien trop bourgeoises pour moi ! En grande majorité, elles étaient blanches et se battaient pour le droit au travail et à l'avortement. Les Noires avaient déjà un travail, mais comme domestiques. » (Davis, 2013)

Les femmes ne constituent pas un groupe homogène : « race », classe, génération – pour ne citer que les principaux rapports sociaux – s'expriment également au sein du groupe social des femmes, de la même façon que les rapports sociaux de sexe, de classe et de génération s'expriment au sein des groupes « raciaux ». Comme le résume très simplement Danièle Kergoat, les sujets se pensent eux-mêmes à la croisée des différents rapports sociaux :

« Une femme ne se pense pas comme femme, elle se pense aussi dans un réseau de rapports sociaux : comme travailleuse, comme jeune ou vieille, comme éventuellement mère ou immigrée. » (Kergoat D. , 1992)

2.2 La santé et ses déterminants

Comme l'indique son titre, notre travail porte sur la santé des femmes au travail. Pour avancer dans notre propos, nous pouvons commencer par nous pencher sur la notion de santé. C'est un vaste sujet qui s'ouvre devant nous, et il ne saurait être question d'en explorer tous les méandres, surtout en croisant santé et rapports sociaux de sexe : rien que l'exploration empirique de ce croisement par la présentation de données sexuées de santé suffit à justifier une thèse (Cousteaux, 2011). Travailler la notion de santé est, nous allons le voir, d'autant plus difficile que la recherche d'une définition positive de la santé est une forme de quête du *Graal*, dont tous reconnaissent la nécessité, mais sans que nul n'ait abouti vraiment. Christophe Dejours en témoigne à sa façon, mettant en regard la difficulté qu'il y a à tenir un discours sur la santé quand il semble si simple de s'exprimer sur la maladie :

« Parler de la santé est toujours malaisé. Evoquer la souffrance et la maladie est, en revanche, plus facile : tout le monde le fait. Comme si, à l'instar de Dante, chacun portait en lui assez d'expérience pour décrire l'Enfer, et jamais le Paradis. Malgré tout ce qu'on a pu dire et écrire sur le malheur, il reste toujours à découvrir dans ce domaine. Curieux paradoxe qui donne irrémédiablement au vécu quelques longueurs d'avance sur la parole. » (Dejours, 2000, p. 39)

En dépit de cette difficulté, il semble cependant possible de poser les bases d'un cadre critique dans lequel nous pourrions déployer notre propos d'ensemble.

2.2.1 Définition de la santé

2.2.1.1 L'Organisation mondiale de la santé et Canguilhem

La définition qui fait aujourd'hui souvent référence sur le plan politique est celle issue du préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Cette définition a depuis été reprise et modifiée, mais elle reste fréquemment citée comme un moment important, de rupture par rapport à une définition culturellement centrée sur la maladie et le strict fonctionnement biologique. Cela résulte d'un mouvement clairement engagé au cours du XX^e siècle, dont le texte peut-être le plus significatif est la thèse de doctorat en médecine soutenue par Georges Canguilhem en 1943, *Le normal et le pathologique*. Il y montre que les deux termes de son titre ne sont pas fondamentalement antinomiques, prenant radicalement le contre-pied d'une définition de la santé centrée sur la maladie :

« L'état pathologique peut être dit, sans absurdité, normal, dans la mesure où il exprime un rapport à la normativité de la vie. Mais ce normal ne saurait être dit sans absurdité identique au normal physiologique car il s'agit d'autres normes. L'anormal n'est pas tel par absence de normalité. Il n'y a point de vie sans normes de vie, et l'état morbide est toujours une certaine façon de vivre. »
(Canguilhem, 1966, pp. 155-156)

Canguilhem distingue clairement les normes sociales, « une certaine façon de vivre » de la normalité physiologique. Il ne nie pas l'existence d'une normalité physiologique : il dit simplement que la question du pathologique n'est pas dans un rapport aussi immédiat qu'on peut l'imaginer avec cette normalité.

« Tout concept empirique de maladie conserve un rapport au concept axiologique de la maladie. Ce n'est pas, par conséquent, une méthode objective qui fait qualifier de pathologique un phénomène biologique considéré. C'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique. » (Canguilhem, 1966, p. 156)

La santé, comme la maladie, apparaît donc comme relevant autant de la sphère biomédicale que de la sphère sociale : Canguilhem propose d'articuler dimension objective biomédicale et dimension subjective pour une meilleure compréhension de ce que sont santé et maladie. La

définition de l’OMS *supra* s’inscrit clairement dans la poursuite des lignes directrices proposées par Canguilhem. Mais elle n’est pas aussi explicite dans l’articulation des termes et surtout fait l’impasse sur la notion centrale de norme. Ce dernier point est loin d’être anodin, puisque la question de la référence par rapport à laquelle l’individu peut se prononcer en « *état de complet bien-être physique, mental et social* » reste complètement en suspens. Faut-il se référer à une norme négociée collectivement ? L’individu est-il son unique et propre étalon de bien-être ? La définition de l’OMS reste, dans sa formulation, silencieuse sur ce point, pourtant crucial. Deux niveaux d’indépendance sont à considérer.

2.2.1.2 Les dérives autoritaires de la santé

Dans un premier niveau, il s’agit de savoir si les individus, isolément ou au sein d’un groupe donné, peuvent se prononcer sur leur santé indépendamment d’une norme édictée par un autre groupe, en position de domination. Nous pourrions parler d’indépendance effective. Ce premier niveau peut sembler aller de soi dans les « démocraties occidentales », mais il ne faut cependant pas négliger le fait que cette indépendance effective est loin d’être automatique : Marcel Drulhe souligne que certaines approches de la santé avaient indiscutablement des dimensions autoritaires :

« D’abord cette perspective [de la définition OMS de la santé] se situe dans l’horizon des normes et des utopies : on a remarqué que des mouvements de healthism [(littéralement, « santéisme »)] se développaient et qu’ils comportaient des dimensions totalitaires. » (Drulhe, 1997)

Cet aspect est d’autant moins à négliger que l’histoire nous offre des exemples concrets d’injonction à la santé dans un cadre totalitaire : le national-socialisme utilisera massivement cette injonction, dont l’exemple le plus connu réside dans les « dix commandements de la santé » des Jeunesses hitlériennes (Ternon & Helman, 1973). Nous pouvons donc rencontrer des situations d’injonction à la santé, des environnements politiques et sociaux où il n’y a pas d’indépendance effective. Le déploiement de la santé publique dans le contexte colonial nous donne d’autres illustrations, certes peut-être moins fortes, du même phénomène (Fassin, 1997). Enfin, nous devons relever que dans le texte de la Déclaration d’Alma-Ata sur les soins

de santé primaires du 12 septembre 1978, plus précisément l'article 4, l'OMS choisissait d'être explicite sur cette question de l'indépendance :

« Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. » [nous soulignons].

2.2.1.3 Les normes incorporées de santé

Dans un second niveau, il s'agit de se demander dans quelle mesure les individus ou les groupes sont en capacité de se prononcer sur leur santé à l'aune d'un regard critique vis-à-vis d'éventuelles normes incorporées. Nous parlerons alors plutôt d'autonomie. Ce que nous souhaitons souligner dans cette distinction entre indépendance et autonomie est inspiré notamment des travaux de Michel Foucault autour de la biopolitique. Il explique qu'il y a une évolution du contrôle des populations et notamment de leur corps et de leur santé, qui va du contrôle autoritaire à l'incorporation des normes. Michel Foucault propose de symboliser le passage d'un modèle à l'autre par le projet de panoptique de Samuel Bentham (Foucault, 1975).

Rappelons ce dont il est question : le panoptique est une prison dont les cellules sont réparties de façon circulaire autour d'une tour centrale de surveillance, et un détenu ne peut jamais savoir s'il est surveillé en particulier, ni même si la tour centrale est occupée par un gardien. Le principe du panoptique signifie la situation suivante : du fait de cette situation d'incertitude, les prisonniers incorporent l'idée de surveillance de telle façon qu'ils deviennent individuellement leurs propres gardiens. En généralisant le principe, le panoptique devient le symbole de l'art de l'intégration de la contrainte ou du consentement. C'est ce qu'explique Gilles Deleuze :

« Quand Foucault définit le Panoptisme, tantôt il le détermine concrètement comme un agencement optique ou lumineux qui caractérise la prison, tantôt il le détermine abstraitement comme une machine qui non seulement s'applique à une matière visible en général (atelier, caserne, école, hôpital autant que prison), mais aussi traverse en général toutes les fonctions énonçables. La formule

abstraite du Panoptisme n'est plus « voir sans être vu », mais « imposer une conduite quelconque à une multiplicité humaine quelconque ». » (Deleuze, 2004, p. 41)

Outre cette absence de précision quant à l'indépendance ou l'autonomie, une seconde critique peut être formulée à l'encontre de la définition de la santé proposée par l'OMS. Elle est radicalement détachée de tout fondement empirique : comme l'exprime Marcel Drulhe *supra*, la définition OMS de la santé est de l'ordre de l'utopie. En effet, où et comment pouvons-nous espérer observer un individu dans « *un état de complet bien-être* » ? En outre, cette définition est totalement statique et fait radicalement l'impasse sur les processus conduisant à la santé ou à l'absence de santé. Entre utopie et normes incorporées, cette définition de la santé soulève bien des difficultés.

2.2.1.4 La santé comme ressource

Dans le champ de la santé publique, en France comme dans d'autres pays occidentaux, bien que cette définition ait gardé ses lettres de noblesse, ses limites, notamment en termes d'opérationnalité, ont amené à une réorientation. A la définition de la santé de 1946 est souvent préférée aujourd'hui une approche qui se base sur la promotion de la santé, telle que définie dans la charte dite « d'Ottawa » adoptée le 21 novembre 1986 à l'issue de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé :

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

D' « état », la santé passe au statut de « *ressource de la vie quotidienne* », ces ressources pouvant être sociales, personnelles et physiques. Désormais, la distance avec une stricte approche biomédicale est définitivement marquée, puisque la promotion de la santé « *ne relève donc pas seulement du secteur de la santé* » : il est donc possible de promouvoir la santé au travers de l'ensemble des secteurs de la vie collective (travail, environnement, logement, éducation, etc.). L'évolution par rapport aux bases initiales de l'OMS est encore plus marquée dans le texte de la Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^e siècle, puisque la notion de devoir individuel est abandonnée, seul le droit à la santé est conservé :

« La santé est un droit fondamental de l'être humain et un facteur indispensable au développement économique et social. »

Si le devoir de santé est abandonné, la formulation de la déclaration laisse toutefois une place à un autre enjeu, dont la présence *a priori* peut surprendre : le développement économique et social. Il semblait en effet acquis que ce développement était l'un des moyens d'action qui devait permettre au plus grand nombre d'accéder à la santé. Le texte opère ici un basculement, et c'est la santé qui devient un facteur de développement. Étrange renversement où la santé ne se justifie plus seulement comme droit fondamental, mais également comme condition indispensable du développement économique et social : il aurait été possible de croire que la seule mention du droit fondamental suffisait à poser la nécessité d'agir en faveur de la santé ! L'émergence de la promotion de la santé s'accompagne de la mise en avant de nouveaux moyens d'action, les deux principaux étant l'action communautaire, au plus près des problématiques réelles des groupes sociaux, et ce qui va être qualifié d'*empowerment*. Ce dernier terme, qui rencontrera un succès croissant, et pour lequel il n'existe pas d'équivalent vraiment satisfaisant en langue française, signifie, selon le *New Oxford American Dictionary* : « donner (à quelqu'un) l'autorité ou le pouvoir de faire quelque chose [...] ; rendre (quelqu'un) capable de faire (quelque chose) [...] ; rendre (quelqu'un) plus fort et plus

confiant, en particulier dans le contrôle de sa vie et la lutte pour ses droits [...] »⁴. Les déclinaisons de cet *empowerment* sont multiples : il est possible d'augmenter la capacité d'agir des individus ou des groupes de nombreuses façons, par toutes les composantes de la vie collective (Nutbeam, 2000).

2.2.1.5 *La santé comme produit social*

Pour nous, le point principal suggéré par ces éléments de vocabulaire (moyens, ressource, *empowerment*) réside dans le fait que le champ lexical mobilisé désigne pour nous clairement la santé et les moyens de veiller à sa santé comme une production sociale, le résultat de rapports de production dont nous avons parlé précédemment. Et, comme nous l'avons vu lorsque nous avons présenté la dynamique des rapports sociaux, s'il y a rapports de production, alors il doit y avoir des groupes en confrontation dans les procès de production, en compétition autour du partage et de la jouissance de ce qui est produit. Ce que nous devons encore faire apparaître, ce sont les différents niveaux cette production sociale. Car nous devons reconnaître qu'il existe au moins deux niveaux à considérer : d'une part la dimension idéale ou symbolique et d'autre part quelque chose que faute de mieux nous appellerons la dimension matérielle. Cette distinction nous semble équivalente à celle que propose Didier Fassin :

« [...] la santé est une construction culturelle – comme notion – et politique – comme espace – qui ne peut être appréhendé que de manière relationnelle, comme un produit du monde social. A la forme élémentaire de l'événement que constitue la maladie, il faut donc opposer la réalité complexe de la santé comme notion culturellement déterminée et comme espace politiquement structuré. [...] Dans la perspective ainsi adoptée, la santé est en effet un espace dans lequel ce jouent des luttes pour définir le contenu même de la notion à laquelle les uns et les autres se réfèrent de manière qui n'est consensuelle qu'en apparence. »
(Fassin, 1996, pp. 35-36)

⁴ Notre traduction de « *give (someone) the authority or power to do something [...] ; enable (someone) to do (something) [...] ; make (someone) stronger and more confident, esp. in controlling their life and claiming their rights [...]* », *New Oxford American Dictionary*.

Ce que nous voulons désigner par idéal ou symbolique et que Didier Fassin appelle « *construction culturelle* » est la santé comme discours ou comme norme. De nombreux anthropologues se sont penchés sur l'analyse de la santé comme discours ou norme, notamment dans le courant de l'anthropologie interprétative (Good, 1998). La santé est un corpus, collectivement construit, au cœur duquel les phénomènes du corps et de l'esprit font sens, ce corpus n'étant pas un isolat au sein d'une société donnée, mais une manifestation particulière de cette société. A ce titre, les enjeux de contrôle de ce discours sont manifestes, au même titre que le contrôle de tous les discours au sein d'une société donnée dans le sens de l'hégémonie travaillée par Antonio Gramsci (Gramsci, 2001) : cela peut sembler abstrait, mais nous verrons plus loin très concrètement comment peut se manifester une telle hégémonie, en nous arrêtant sur le discours médical construit sur ou par rapport au corps des femmes et à la santé.

D'autre part, en parlant de dimension matérielle, nous voulons désigner tout ce qui se passe concrètement dans l'accès à toutes les ressources de santé – les déterminants de santé que nous présenterons ultérieurement – et surtout les éléments de non-santé objectivables au sein d'un paradigme sanitaire donné, ce que Didier Fassin appelle « construction politique ». Cela n'est pas sans poser nombre de problèmes : dès lors que nous convenons que la santé relève d'une construction idéale au sein d'une société donnée, à un temps donné, nous ne pouvons parler de santé qu'au sein d'une construction donnée. Dans le cadre de notre travail c'est une véritable difficulté : comment pouvons-nous parler de la santé des femmes autrement que dans d'un paradigme de santé *de facto* construit par les hommes ? Abandonner l'idée d'une définition non-sociale de la santé, c'est accepter de rester captif d'un discours construit dans une société donnée par ceux qui en ont le pouvoir.

2.2.2 La santé des femmes

2.2.2.1 La santé des femmes comme produit des rapports sociaux de sexe

En l'occurrence, nous nous contenterons dans un premier temps d'observer la santé des femmes au travers du cadre culturel qui est le nôtre, dans la France contemporaine. Il s'agit simplement de prendre le discours sur la maladie et la santé tel qu'il existe *hic et nunc* et d'observer comment hommes et femmes s'inscrivent différemment dans ce discours.

Autrement dit, de façon un peu plus abrupte, dans la mesure où un « travail d'homme » vaut plus qu'un « travail de femme », que vaut la maladie d'une femme devant la maladie d'un homme ? Si les rapports sociaux de sexe, à l'instar des autres rapports sociaux déterminent « la forme sociale de l'accès aux ressources » et si la santé, les moyens d'y accéder et les moyens de la conserver, sont bien des ressources sociales, alors il doit être possible d'observer des différences significatives entre hommes et femmes dans le champ de la santé, même en prenant une définition de la santé biaisée par ces mêmes rapports sociaux.

En introduction de l'ouvrage qu'il coordonne sur la santé, Marcel Drulhe développe cette idée. Dans la longue citation que nous proposons ci-dessous, il regrette de ne pas avoir pu traiter cette question dans le cadre restreint de l'ouvrage, mais ce faisant il prend le soin de décliner de multiples raisons d'observer l'impact des rapports sociaux de sexe :

« Ainsi, dans le champ de la santé, ce type de rapports sociaux aurait-il mérité un développement à part entière. Un ouvrage pourrait leur être consacré. Pourtant, on sait bien, et les diverses recherches le montrent, qu'ils sont transversaux à l'ensemble des thématiques. A faire un chapitre sur « genre et santé » dans cet ouvrage, nous courions le risque de reproduire ce qui s'évite rarement, une forme d'essentialisation ou de spécification des catégories de sexe. Nous n'avons pas choisi cette option et, néanmoins, nous n'avons pas toujours évité le « biais androcentrique ». Comment en effet penser l'expérience corporelle dans penser le corps comme le lieu d'inscription des rapports sociaux de genre par les rituels, les normes, les violences qui l'encadrent différemment et de manière hiérarchisée selon que l'on est homme ou femme ? Comment parler de l'éthique et de la biomédecine, sans inclure dans la réflexion la médicalisation du corps des femmes liées aux techniques de procréation ? Comment ne pas interroger les catégories médicales et sociales de la santé mentale, sans s'interroger sur leurs présupposés essentialistes qui attribuent aux femmes une tendance « naturelle » à la névrose ? Comment aborder les maladies chroniques, les inégalités sociales de santé, la santé au travail, sans se référer aux inégalités de position et de situation des hommes et des femmes dans le domaine professionnel et dans l'articulation de la sphère domestique et de l'activité marchande ? L'approche de la relation de soin, comme celle des institutions de soins, ne peut éviter de poser la question des

places inégales qui y occupent les différents acteurs selon leur genre, la tension entre le care et le cure recouvrant souvent la hiérarchie entre les sexes. Vieillir et mourir sont aussi des expériences sexuées. » (Drulhe, 2011)

Nous retrouvons dans l'inventaire dressé par Marcel Drulhe des éléments qui renvoient directement aux rapports sociaux de sexe et à leurs manifestations empiriques. Les « *inégalités de position* » dans la sphère professionnelle entre hommes et femmes découlent de la division sexuelle du travail et de la captation par les hommes des places à forte valeur sociale. « *L'articulation de la sphère domestique et de l'activité marchande* » renvoie à l'assignation des femmes prioritairement à la sphère reproductive. Pour Marcel Drulhe, ces différences d'inscription sociale ne peuvent que se répercuter sur l'état de santé, notamment en termes d'inégalités sociales de santé.

2.2.2.2 Le corps monstrueux des femmes

Nous l'avons déjà évoqué, le discours sur le corps des femmes et leur relation à la santé est loin d'être un discours neutre. Dans la longue citation que nous avons produite, Marcel Drulhe cite les « *présupposés essentialistes qui attribuent aux femmes une tendance « naturelle » à la névrose* », et ce n'est là qu'un exemple de ces présupposés. Pour de nombreux auteurs depuis la période grecque classique, « la » femme est par nature un être souffrant, un être en défaut. Dès Aristote, les femmes sont considérées comme étant d'une nature inférieure, à mi-chemin entre les hommes et les monstres :

« L'être est mâle parce qu'il peut faire tel ou tel acte, et il est femelle parce qu'il ne peut pas le faire [...] Si le sperme masculin l'emporte, il attire l'embryon à lui et le fait à son image; si à l'inverse, il est vaincu et dominé, ou il change en son contraire, ou il est détruit. C'est la femelle qui est l'opposé du mâle; et l'être n'est femelle que parce que la nourriture sanguine n'est pas digérée en lui et qu'elle reste froide. » (Aristote, 2003)

Physiologiquement inférieure, la femme éternelle des essentialistes est par nature fragile aussi bien physiquement que moralement et intellectuellement. D'ailleurs, posons ici que, même si par la suite nous parlerons essentiellement de corps, s'est bien au corps et à l'esprit conjugués

que nous pensons. Nous ne reprenons pas à notre compte la distinction entre *res extensa* (la chose étendue, dans l'ordre de laquelle s'inscrit le corps humain) et *res cogitans* (la chose pensante, dans l'ordre de laquelle s'inscrit l'esprit) chère aux cartésiens (Descartes, 1953). Il s'agit là d'une option que nous n'avons pas la possibilité de discuter ici : de toutes façons, quels que soient les arguments qui peuvent être mobilisés, croire ou non au dualisme du corps et de l'esprit (ou de l'âme) relève du choix métaphysique. Dans le cadre de notre travail, nous retenons l'option matérialiste ; par économie, nous parlerons principalement de corps, mais il conviendra de se rappeler que nous désignons par là tant le corps que les manifestations mentales.

Il est difficile de ne pas voir dans la vision du corps des femmes comme défaillant par nature un discours d'assujettissement des femmes qui légitime notamment leur exclusion des affaires publiques et, plus efficacement encore, rend par exemple suspecte de défaillance mentale toute femme qui s'aviserait de se mêler de « ce qui ne la regarde pas » (Dorlin, 2009). Ce type de position peut sembler daté, mais cela ne fait pas si longtemps que la médecine occidentale a – plus ou moins – renoncé à considérer que les femmes sont dotées d'un cerveau de taille inférieure à celui des hommes, tandis que les discours sur la différence de nature entre les cerveaux masculins et les cerveaux féminins, supposés structurellement inadaptés par exemple à la lecture des cartes routières ou à la décision politique, continuent de faire florès, en dépit de leur invalidation scientifique (Vidal, 2012).

Dans un contexte judéo-chrétien, la question de la défaillance physique ou intellectuelle a été en outre doublée du soupçon de la défaillance morale : filles d'Eve, les femmes sont toujours susceptibles de faillir sur le plan moral et de se détourner de la voie du salut et de la rédemption. Revenant sur l'éviction des femmes du travail dans les mines dans es différents pays européens au XIX^e siècle, Sylvie Schweitzer relève que la question de la pénibilité du travail n'est pas le seul motif de l'interdiction. C'est principalement une question de moralité. Dans la nuit permanente du fond, les femmes, si fragiles moralement, sont susceptibles de céder à leurs penchants les plus sombres :

« D'autre part, les femmes sont désormais interdites des travaux souterrains : c'est, juridiquement, leur première exclusion d'un type de travail. Est invoquée alors non point la pénibilité du travail, mais la nuit éternelle des fonds de mines,

cette obscurité censée permettre d'offenser les bonnes mœurs, de favoriser la débauche. » (Schweitzer, 2002, p. 35)

Le travail de nuit suivra l'interdiction du travail au fond des mines. Dans les deux cas, la menace – celle de la luxure et de la débauche – est la même, l'obscurité du fond des mines n'étant que la version permanente de l'obscurité nocturne. Mais comme nous pouvons nous y attendre du fait de notre lecture à l'aune des rapports sociaux de sexe, la moralité est loin d'être tout, et la question du pouvoir n'est pas loin :

« Ainsi, épouse et mère avant tout, la femme mariée est tenue d'assurer le service nocturne de la maison ; une mère au travail, le soir, la nuit, c'est pour le père la nécessité de partager les tâches intérieures et la liberté extérieure. » (Schweitzer, 2002, p. 35)

En effet, le travail nocturne des femmes, c'est-à-dire à contretemps du reste de la famille, des plus jeunes et des plus âgés, c'est l'obligation pour les hommes d'assurer à leur tour une part du travail reproductif. Le travail de nuit des femmes vient donc directement menacer la division sexuelle du travail en plaçant *de facto* les hommes en positions de femmes. La journée, la dynamique collective permet toujours de trouver des moyens de suppléer une femme absente parce que travaillant : fille aînée, voisine, grand-mère... Le travail des femmes ne menace pas le positionnement des hommes, en ce qu'il ne les oblige pas à assurer une part du travail reproductif. Mais la nuit, lorsque l'ordre social invite chaque famille au repli sur elle-même et que le rythme biologique restreint le nombre de femmes disponibles, les hommes, en cas d'absence de leurs épouses, seraient bien obligés de « jouer » les épouses au foyer et d'en assurer les fonctions.

2.2.2.3 *Santé, corps et organisation sociale*

Les enjeux de pouvoir et les discours naturalisant sur le corps des femmes vont de pair, les uns légitimant les autres dans une boucle permanente, les uns devenant les reflets des autres. Dans la perspective ouverte par l'analyse en termes de rapports sociaux, ce qui est premier, c'est la répartition des tâches et des bénéfices de la production collective. Le discours sur les corps vient légitimer une organisation. Les corps sont alors porteurs d'une charge symbolique

importante et peuvent paradoxalement servir à bouleverser ou contester la façon dont les rapports sociaux s'inscrivent à un moment donné, dans une société donnée :

*« [...] le corps n'est pas seulement l'expression et l'instrument de la reproduction sociale, il peut être également utilisé pour contester cet ordre, le subvertir. »
(Godelier & Panoff, 2009)*

Rappelons que les rapports sociaux engendrent des groupes que ne préexistent pas. Dans cette logique, et bien que cela soit profondément contre-intuitif, la distance entre une réalité physique des corps et les deux groupes que constituent les hommes et les femmes est plus que ténue. Les discours que portent les différentes sociétés sur les corps viennent confirmer, par leur diversité, cette absence de relation. Ce qui est naturel et universel pour les uns connaît une articulation différente pour les autres. En confrontant les regards des différentes cultures humaines, nous constatons que les différences, même les plus évidentes et fondamentales pour nous, sont loin d'être évidentes :

« C'est par la sexualité d'abord que tous les corps ne sont pas les mêmes. Certains ont un pénis mais pas de vagin, d'autres un vagin mais pas de pénis. Certains émettent du sang et du sang menstruel, d'autres du sperme. Toutes ces différences renvoient en dernière analyse au sexe des individus et en témoignent, du moins à première vue. Car certaines de ces différences peuvent être en partie effacées et mêmes niées par une culture. Par exemple le lait des femmes peut être pensé comme une transformation du sperme de l'homme. » (Godelier & Panoff, 2009, pp. 14-15)

Ces divergences entre cultures nous invitent à beaucoup de retenue et d'humilité devant ce que nous pensons pouvoir affirmer sur les corps des hommes et des femmes. L'analyse en termes de rapports sociaux de sexe s'accommode parfaitement de différences physiques réelles entre hommes et femmes, nous invitant simplement à considérer que les places occupées par les uns et les autres dans la société n'ont pas de rapport avec ces différences. De la même façon, nous pouvons, sur la base de notre approche en termes de rapports sociaux, avoir légitimement une approche critique d'un discours qui infériorise le corps des femmes. Mais nous devons également prendre de la distance par rapport à nos certitudes sur les

différences « évidente » entre les sexes. L'anthropologie nous apporte des éléments largement suffisants pour nous rendre plus que vigilants, tout comme l'histoire de notre propre culture :

« La manière dont on a pu imaginer dans le passé la différence sexuelle ne devait pratiquement rien à ce que l'on savait vraiment de telle ou telle bribe d'anatomie, de tel ou tel processus physiologique, mais dérivait plutôt des exigences rhétoriques de l'heure. Naturellement, le langage spécifique change avec le temps – la version freudienne du modèle unisexe n'emprunte pas le même vocabulaire que celle de Galien – et l'environnement culturel également. Mais, au fond, la substance du discours de la différence sexuelle ignore l'entrave des faits et demeure aussi libre qu'un jeu de l'esprit. » (Laqueur, 1992, p. 282)

Soyons clairs : il ne s'agit pas de prétendre qu'il n'existe pas de différences physiologiques entre les sexes. Il s'agit d'affirmer que, quelle que soit cette réalité, elle nous échappe toujours partiellement, puisque nous ne pouvons l'approcher qu'à travers le langage, qui porte en son sein toutes les déterminations d'une société donnée à un moment précis : *« la substance du discours de la différence sexuelle ignore l'entrave des faits et demeure aussi libre qu'un jeu de l'esprit. »* Nous devons rester vigilants sur ce point et nous garder de ce que nous croyons savoir sur les corps des hommes et les corps des femmes.

Cette vigilance est d'autant nécessaire que nous souhaitons travailler sur la santé et la pathologie, qui touchent au corps. Nous l'avons déjà dit au sujet de la santé et nous sommes amenés à le redire en ce qui concerne le corps : nous n'avons pas la possibilité, dans le traitement de notre sujet, de nous consacrer plus profondément à ces questions. Nous ne pouvons ici partir à la recherche d'invariants ou d'approches les plus détachées possibles d'un cadre culturel donné. Ce travail est possible, comme nous le montrent par exemple les célèbres travaux d'Allan Young sur les différents moments sociaux de la maladie (Young, 1982), mais il dépasse les limites de notre travail. Cependant, bien que nous soyons contraints, nous ne sommes pas dupes, et nous restons conscients des limites de notre approche.

Dans le développement de notre propos, nous tentons d'établir que les rapports sociaux de sexe peuvent intervenir comme déterminants de la santé. La santé est, nous l'avons vu, une

notion délicate à manier, notamment pour son caractère culturellement relatif. Nous allons poursuivre notre travail en laissant en suspens la définition de la santé, et en nous reposant sur la conception commune de cette notion. Nous ferons appel à la perception commune de la santé, à mi-chemin entre la prénotion globalement partagée en France et une approche biomédicale qui reste centrée sur les organes et les dysfonctionnements. Cela nous permettra de traiter de la question des déterminants en laissant de côté tous les aspects problématiques de la définition de la notion de santé.

2.2.3 Les déterminants de la santé

La notion de déterminant de la santé est une notion du champ de la santé publique : l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en propose une définition concise dans sa formulation, mais extrêmement large dans ce qu'elle englobe :

« Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». (Organisation mondiale de la santé, 1999)

Sur un plan technique, définir les déterminants de la santé comme étant ce qui détermine la santé ne fait pas franchement avancer le propos. Néanmoins, cette définition ouvre un champ d'investigation et de réflexion étendu.

En effet, comme il est possible de le voir, les déterminants de la santé sont de diverses natures et se manifestent à différentes échelles : de l'individuel au macrosocial, les niveaux d'identification des déterminants de la santé sont proposés par l'OMS sans hiérarchisation. Cette logique est celle d'une logique d'intervention ; l'enjeu est celui de l'identification des leviers d'actions qu'il est possible d'activer en faveur de la santé. Il est possible de regretter une certaine absence de mise en perspective et d'articulation des différents niveaux. Il faut cependant prendre la mesure du caractère relativement novateur d'une prise en compte du niveau macrosocial dans le discours de santé publique : jusque dans les années 70, le principal modèle utilisé en santé publique était le modèle biomédical qui relie strictement un agent pathogène, un soin ou un comportement à une pathologie.

Nous aurons l'occasion de voir que dans le champ institutionnel de la santé au travail, la prédominance de ce modèle a perduré. Il a fallu attendre les années 80 pour que les travaux de l'épidémiologie confirment le poids des déterminants macrosociaux de la santé : il apparaissait que les déterminants macrosociaux avaient autant de poids, toutes choses égales par ailleurs, sur l'état de santé, que les déterminants individuels. Dans le courant des années 90, de plus en plus de voix se sont élevées pour aller encore plus loin : il apparaissait à un certain nombre d'auteurs que les déterminants macrosociaux devaient être considérés comme déterminants plus fondamentaux que les déterminants individuels :

« Nous remettons en question l'accent sur ces facteurs de risque basés sur une approche individuelle et soutenons qu'une plus grande attention doit être accordée aux conditions sociales de base si le but de la réforme de la santé est d'avoir un effet maximal dans les temps à venir. Il y a deux raisons à cette déclaration. D'abord, nous pensons que les facteurs de risque basés sur une approche individuelle doivent être contextualisés, en examinant ce qui met les gens en situation d'être exposés à ces facteurs de risque, si nous voulons élaborer des interventions efficaces et améliorer la santé de la nation. Deuxièmement, nous pensons que les facteurs sociaux tels que le statut socio-économique et le soutien social sont susceptibles d'être des « causes fondamentales » de la maladie : parce qu'ils conditionnent l'accès à des ressources importantes, ils produisent de nombreuses problématiques de santé, par le biais de multiples mécanismes, et par conséquent maintiennent les individus en lien avec la maladie, par-delà les différentes modalités d'intervention en faveur de la santé. Sans une attention particulière à ces aspects, nous courons le risque d'imposer d'inefficaces stratégies d'intervention basées sur les individus ainsi que de manquer des occasions d'adopter des interventions sociales à grande échelle qui pourraient produire des avantages importants pour la santé de nos citoyens. »⁵ (Link & Phelin, 1995)

⁵ “We question the emphasis on such individually-based risk factors and argue that greater attention must be paid to basic social conditions if health reform is to have its maximum effect in the time ahead. There are two reasons for this claim. First we argue that individually-based risk factors must be contextualized, by examining what puts people at risk of risks, if we are to craft effective interventions

Link et Phelin, les auteurs que nous venons de citer, comme un certain nombre d'autres chercheurs, proposent clairement une hiérarchie des déterminants et invitent à considérer que les déterminants collectifs sont fondamentaux en tant que cause de l'état de santé des individus, devant les comportements individuels. Ils insistent sur la notion de contexte : connaître le contexte de vie est incontournable si nous voulons comprendre les phénomènes de santé qui affectent les personnes et agir en vue d'une meilleure santé. Ce discours, qui est globalement celui de l'épidémiologie sociale aujourd'hui, entre en confrontation directe avec la vision plus traditionnelle de la médecine et de la prévention sanitaire adossée à la vision médicale : le point de vue de cette dernière est majoritairement centrée sur les causes immédiates des pathologies ou des problèmes de santé, et ne cherche pas à aller beaucoup plus loin dans l'arbre des causes. Ce faisant, l'approche traditionnelle médicale reste focalisée sur l'individu et ses modes de vie, sans tenir compte ni d'éléments plus globaux, ni de ceux qui peuvent déterminer l'adoption des modes de vie considérés.

Il y a là pourtant d'énormes enjeux pour qui veut agir efficacement sur les problèmes de santé : les travaux consacrés à ces sujets sont absolument explicites sur le caractère fondamental et incontournable des déterminants collectifs (Oakes & Kaufman, 2006) (Marmot & Wilkinson, 2006) (Berkman & Kawachi, 2000). Comment cela peut-il se traduire concrètement ? Nous pouvons illustrer cette recherche des causes fondamentales des problèmes par le très classique cas du cancer du poumon. Il est de notoriété publique aujourd'hui que le tabagisme est la cause de cette pathologie : il est de bon ton de renvoyer un malade ayant fumé à ce comportement, dont il savait pourtant qu'il était nocif. Nous pourrions déjà nous interroger sur les déterminants collectifs qui amènent un individu donné à fumer. D'autres voies d'analyse sont cependant possibles, comme celle de l'environnement. Il est ainsi possible de prouver que le fait de vivre à proximité d'un axe routier important est un

and improve the nation's health. Second, we argue that social factors such as socioeconomic status and social support are likely "fundamental causes" of disease that, because they embody access to important resources, affects multiple disease outcomes through multiple mechanisms, and consequently maintain an association with disease even when intervening mechanisms change. Without careful attention to these possibilities, we run the risk of imposing individually-based intervention strategies that are ineffective and of missing opportunities to adopt broad-based societal interventions that could produce substantial health benefits for our citizens." (nous traduisons)

facteur de risque majeur de problèmes pulmonaires et notamment de cancer (Brugge, Durant, & Rioux, 2007). Le fait de fumer n'arrange bien évidemment pas les choses, mais le poids, au sens épidémiologique du terme, de la consommation de tabac est à mettre en balance avec les conditions de vie. Il se trouve que les populations vivant à proximité des autoroutes urbaines sont des populations plus pauvres que les autres. L'augmentation du risque de cancer que doivent supporter ces personnes est directement liée à la corrélation entre niveau socio-économique et répartition dans l'espace, corrélation bien connue par ailleurs (Lussault, 2009). Et encore ne considérons-nous pas là les déterminants sociaux et culturels qui amènent les individus à consommer du tabac, puisque ce comportement, comme tous les comportements, est socialement déterminé.

La notion de déterminant de la santé est donc susceptible de plusieurs niveaux de lecture, à différentes échelles d'analyses. Sur le plan bio-médical, ce sont les polluants et toxines qui vont être considérés comme déterminants de l'apparition d'une pathologie. Sur un plan un peu plus large, qui est en général celui de la prévention en France, ce sont les comportements individuels qui vont être considérés comme déterminants. Sur un plan fondamental, ce sont bien des questions collectives qui apparaissent comme causes fondamentales. Dans le cadre de luttes entre groupes sociaux, dans la dynamique des rapports sociaux, les groupes en position de domination ont bien évidemment tout intérêt à occulter au maximum les déterminants collectifs et à mettre l'accent sur les « mauvais » comportements ou choix opérés par les individus des groupes dominés : l'individualisation des causes permet de masquer le caractère collectif de déterminants.

3 La santé au travail et le *care*

3.1 La santé au travail

Comme nous l'avons vu, la notion de santé relève fondamentalement de la construction culturelle et sociale. Elle dépasse largement ce dont nous faisons l'expérience immédiate quotidiennement, pour nous-mêmes ou nos proches : nous vivons avec une définition de la santé intériorisée, qui nous permet une auto-évaluation spontanée de notre état, sans avoir conscience du caractère contingent de cette définition. Le syntagme « santé au travail » dans son acception commune désigne en revanche une notion perceptible en tant que résultat d'une construction qui présente deux caractéristiques importantes : d'une part il s'agit du résultat d'une négociation sociale, et d'autre part cette négociation, qui est permanente, relève d'une histoire relativement récente. Nous allons rapidement retracer cette histoire, qui permet de saisir un certain nombre d'enjeux et d'objets de négociations.

3.1.1 Histoire de la santé au travail

La question des pathologies touchant des groupes professionnels particuliers a été étudiée par quelques grands précurseurs, comme Paracelse, Bernardino Ramazzini ou encore Louis René Villermé. Ce dernier en particulier est généralement présenté comme un pionnier de la médecine du travail : son travail sur les ouvriers de l'industrie textile a notamment conduit à la loi sur le travail des enfants dans les manufactures. Publiée en 1841, cette loi limite l'âge d'admission des enfants dans les entreprises à 8 ans. Bien qu'elle soit restreinte aux seules entreprises de plus de 20 salariés, cette mesure législative marquait le début d'une longue évolution en matière de droit du travail et d'emploi des enfants. Vont en effet suivre différentes lois visant à encadrer et limiter l'emploi de cette catégorie de main-d'œuvre. Pour mémoire, rappelons que l'emploi des enfants dans le secteur industriel et minier est extrêmement courant en France, au nom notamment de la spécificité des tâches que leur petite taille leur permettrait d'accomplir : vers 1840, les enfants forment 12 % des ouvriers de l'industrie et 20 % des mineurs de Carmaux sont des enfants en 1850 (Noiriel, 2002). De 8 ans, l'âge limite recule à 12 ans, puis à 13 ans avec l'imposition de la scolarisation obligatoire instituée par Jules Ferry en 1882, tandis que le travail de nuit est progressivement limité, puis

interdit. Parmi les raisons qui permettent cette évolution, la reconnaissance par le corps médical des effets du travail sur la santé des enfants joue un rôle important.

Le XIX^{ème} siècle voit l'émergence d'une préoccupation d'hygiène publique et d'hygiène industrielle, tant sur le plan scientifique avec des travaux dont ceux de Villermé sont les meilleurs exemples, que politiques, avec notamment la création d'un Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité dans chaque département (dès 1802 pour la ville de Paris). Parmi les missions de ces instances se trouvent aussi bien l'examen de la validité des médicaments que le rendu d'avis sur les autorisations d'installation concernant « *les manufactures et ateliers qui répandent une odeur insalubre ou incommode* ». Il faudrait cependant se garder de croire que la seule visée de ces comités est le bien public. Dans le rapport sur ses travaux de 1841, le comité de Paris, se félicitant de l'ensemble des travaux menés, souligne l'objectif poursuivi *in fine* :

« [...] tirer les leçons d'une législation et d'une pratique certaines, embrassant toutes les parties de l'hygiène et de la salubrité publique, et rédigées de telle sorte que, toutes bien appliquées, elles doivent contribuer à la prospérité du royaume. »
(de Moléon, 1821)

Le but que poursuivent ces comités est donc également pour partie, pour ne pas dire fondamentalement, la recherche des conditions les plus favorables à la « *prospérité du royaume* ». Cela n'est pas sans rappeler cette mention, un siècle et demi plus tard, de la santé comme « *facteur indispensable au développement économique et social* » dans la Déclaration de Jakarta (Organisation mondiale de la santé, 1997).

Toujours est-il que la fin du siècle voit apparaître la première loi sur les accidents du travail. Il existait déjà, dans certaines corporations, des systèmes de prise en charge des individus blessés ou diminués : les compagnies de bon secours de certaines mines ou l'armée par exemple expérimentaient depuis de nombreuses années des réponses à cette problématique des hommes abîmés par leur exercice professionnel. La loi du 9 avril 1898 consacre pour tous les salariés le principe d'une couverture assurantielle. L'essor de l'hygiène industrielle et publique n'est pas la seule circonstance qui explique qu'une telle législation a pu émerger. La fin du siècle est marquée par une nette inflexion sociale, et l'engagement de l'ensemble de la

communauté nationale pour le soutien de ceux de ses membres qui sont marqués par certains coups du sort est présenté comme un devoir moral (Rosanvallon, 1993). Ces éléments de contexte légitiment une intervention croissante de l'Etat dans la sphère privée : les entreprises, qui restent un environnement privé, sont également concernées. Pourtant, le bilan de cette évolution législative, qui a nécessité deux décennies de débats parlementaires, est loin d'être négatif pour le patronat. En effet, la loi pose le principe d'une indemnisation forfaitaire, et le salarié n'est plus tenu de prouver qu'il y a eu faute de son employeur : l'entreprise qui emploie le salarié au moment de l'accident est donc dégagée de responsabilité *a priori*. Le salarié accidenté (ou ses héritiers si l'accident était léthal) se trouve donc devant une alternative : soit accepter le règlement automatique de la situation, soit se lancer dans une démarche judiciaire à l'issue incertaine au cours de laquelle il devra établir la responsabilité de son employeur :

« La loi de 1898, qui a mis en place le système de réparation des accidents du travail, a également organisé un principe d'immunité de l'employeur. Cela signifie que, dès lors que l'accident est classé professionnel, la victime perd le droit d'engager la responsabilité (civile ou pénale) de l'employeur pour obtenir la réparation entière de son préjudice. La reconnaissance de la faute inexcusable fait partie des mécanismes qui permettent de contester cette immunité. [...] Il y a faute inexcusable lorsque l'employeur avait (ou aurait dû avoir) conscience du danger auquel il exposait le salarié et n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Forte de ces deux exigences (conscience du danger et obligation de prévention), la Cour de cassation a forgé le principe d'une obligation de sécurité dite de résultat. Lors d'une telle instance, c'est à la victime ou à ses héritiers de prouver que l'employeur avait (ou aurait dû avoir) conscience du danger et qu'il n'a rien fait (ou presque) pour l'éviter. » (Saada, 2009)

Comme il est possible de le voir, le bilan de cette avancée législative n'est pas aussi positif qu'il y paraît en première lecture. C'est un bel exemple de manifestation concrète des rapports sociaux de classe et de réorganisation du règlement d'une problématique conflictuelle selon de nouvelles modalités, plus apaisées puisque reposant sur une forme d'automaticité.

Cette loi est également l'occasion de marquer une différence importante entre les accidents professionnels et les maladies professionnelles, qui restent en dehors du champ de la réparation forfaitaire. De nombreuses années de débats vont opposer les différentes parties impliquées : représentation nationale, sous ses deux formes de l'Assemblée Nationale et du Sénat, syndicats, patronat. La question des maladies professionnelles émerge principalement dans les professions exposées à des toxiques reconnus : phosphore blanc pour les ouvriers fabriquant des allumettes, blanc de céruse pour les peintres. Ces deux situations sont emblématiques des enjeux en santé au travail : en effet, la question sanitaire n'est pas très importante au regard de la problématique économique. Dans le cas du phosphore blanc, il existe un produit remplissant les mêmes fonctions dans des conditions économiques satisfaisantes et sans impact sanitaire : le sesquisulfure de phosphore⁶. Cette solution technique a apporté une issue au conflit naissant et une réponse aux revendications des salariés, d'autant qu'elle ne heurtait aucun lobby d'importance. La situation n'est pas la même avec le blanc de céruse, dont l'interdiction mettrait en cause une industrie qui défend sa production depuis de nombreuses années (Lestel, 2002). De fait, la disparition du blanc de céruse mettra plusieurs décennies à être effective, en dépit de sa toxicité incontestable.

Il faudra attendre le 3 juillet 1913 pour que la Chambre des députés vote une loi comportant une liste (limitée) de maladies professionnelles ouvrant droit à indemnisation et il faudra encore attendre 6 ans pour que le Sénat ratifie à son tour cette loi, le 25 octobre 1919. Les choses progressent cependant sur le champ de la reconnaissance des maladies professionnelles, mais toujours selon une logique à tiroirs. Ainsi, le décret du 28 décembre 1909 instaure une visite médicale obligatoire pour les salariés exposés au plomb : la logique est double. Il y a certainement une préoccupation de la santé des salariés, mais il y a également un enjeu assurantiel : pour l'employeur, il convient de ne pas embaucher un salarié déjà atteint de saturnisme, au risque de devoir peut-être un jour indemniser une pathologie qu'il n'a pas causé. Car le principe de la réparation est vécu par une partie du patronat comme une forme d'injustice :

⁶ Le sesquisulfure de phosphore est un composé chimique de formule chimique P_4S_3 . Découvert en 1864 par Georges Lemoine, le produit présente des propriétés explorées en 1889 par deux chimistes Français, Savene et Cahen : ceux-ci établirent la non-toxicité du produit la possibilité de son usage pour la fabrication des allumettes.

« Les professions réputées dangereuses sont celles généralement rémunérées en proportion du risque couru et ceux qui les acceptent le font librement, voulant compenser ce risque par des avantages en rapport, de sorte que dans l'hypothèse de l'adoption [d'une loi], le travailleur serait indemnisé deux fois : la première dans le contrat de travail, la seconde dans l'indemnité de maladie. » (Dufrène, 1902), cité par (Buzzi, Devinck, & Rosental, 2006)

L'idée est intéressante : le salaire ne permettrait pas seulement de rémunérer le temps du travailleur, mais également sa santé, ou tout du moins le risque pris sur la santé du travailleur. Dans une telle vision des choses, l'indemnisation dans le cadre d'une reconnaissance des maladies professionnelles apparaît effectivement comme une compensation supplémentaire de ce qui est déjà compensé.

À l'opposé de la loi sur les accidents du travail, qui présente un intérêt manifeste pour le patronat, la reconnaissance des maladies professionnelles ouvre au contraire un risque financier important : en effet, le risque est de voir des travailleurs réclamer une compensation pour une pathologie qui ne serait pas due à son travail, mais à un emploi antérieur ou à une circonstance privée. Outre le phénomène de double compensation dénoncé dans la citation ci-dessus, il existe donc un véritable risque de compensation indue, du point de vue du patronat. Cela justifie bien la mise en place de visites médicales : il est possible de résumer la position patronale de la façon suivante : « Je dois être certain que ce salarié que j'embauche et que je vais exposer au plomb n'est pas déjà atteint de saturnisme, parce que sinon je risque de payer pour une intoxication que je n'ai pas provoquée. ». Car le décret du 28 décembre 1909 instaurant la visite médicale d'embauche pour les salariés qui doivent être exposés au plomb ne prescrit que le dépistage du saturnisme, et ne se soucie d'aucun autre aspect précis de la santé des salariés. C'est exactement la logique de l'institution qui a inventé en France la notion d'inaptitude, à savoir l'armée. La visite médicale d'aptitude des hommes souhaitant devenir soldats doit assurer qu'ils ont les capacités physiques et mentales pour assurer des fonctions militaires, mais elle vise également à « éviter d'aggraver une pathologie antérieure à l'engagement, afin de ne pas faire porter à l'armée d'éventuelles conséquences financières » (Hemery, 2006). Tout ceci semble relever de logiques datées, mais l'actualité législative confirme que cette articulation étrange est toujours en vigueur.

En effet, le décret du 1^{er} février 2001 « établissant les règles particulières de prévention des risques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) et modifiant le Code du travail » fait intervenir une logique qui semble similaire. Le salarié peut être embauché et exposé des produits identifiés comme cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques, sous certaines conditions, de la même façon qu'il était possible d'exposer un salarié au plomb, le risque d'une telle exposition étant connu et avéré :

« Un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude [...] atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux. » (Art. 12)

Le décret dans son ensemble porte un certain nombre d'améliorations (recherche de produits de substitutions, protection des femmes enceintes, etc.), mais cet article 12 est étrange : il est en effet impossible pour un médecin d'attester qu'un salarié ne présente pas de contre-indication médicale à être exposé à des produits susceptibles de porter gravement atteinte à sa santé. Dans une autre forme, cela pourrait correspondre à l'instauration d'une loi qui n'autoriserait le tabagisme que pour les personnes dont le médecin traitant aurait attesté de l'absence de contre-indication. Cela semble profondément illogique, comme le précise Marcel Goldberg, médecin épidémiologiste :

« C'est ahurissant scientifiquement, c'est absolument impossible de pouvoir dire que quelqu'un « ne présente pas de contre-indications à l'exposition aux produits cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques ». Non seulement c'est passé, mais cela a été attaqué devant le Conseil d'Etat, et le Conseil d'Etat a confirmé que le médecin pouvait décider de cela. Même au fin fond du sud des Etats-Unis, même dans le contexte le plus rétrograde, on n'aurait pas osé dire une chose pareille ! ». (Henry, 2008, p. 31)

La seule façon de comprendre ce non-sens apparent est de considérer qu'il reproduit la « logique » particulière consistant à déclarer apte un salarié s'il ne présente pas déjà la pathologie spécifique qu'il pourrait développer du fait de son poste. De la même façon que le

décret de 1909 n'autorise à exposer un salarié au plomb que si celui-ci ne souffre pas déjà de l'intoxication au plomb, ce qui constituerait une contre-indication médicale le saturnisme étant diagnostiqué par un médecin, l'article 12 dont il est question ici n'autorise manifestement à exposer un salarié à un produit CMR que si celui-ci ne présente pas déjà de pathologie pouvant découler de cette exposition. Il semblerait que, au moins dans certaines situations, l'employeur soit toujours en position d'hypothéquer en toute légalité la santé des salariés.

3.1.2 Les enjeux limités de la connaissance scientifique

La question de la santé au travail a bien entendu connu depuis ses débuts de nombreuses évolutions. Elle reste cependant toujours prise dans des tensions qui mettent la santé des salariés au second plan. L'histoire de l'industrie de l'amiante en est un exemple emblématique. La toxicité pour l'homme de l'amiante est attestée depuis la fin du XIX^{ème}. Le signe le plus manifeste de la conscience qu'il était possible d'avoir au sujet de cette toxicité, c'est que les compagnies d'assurances de plusieurs pays dénoncent les contrats qui les lient aux entreprises fabriquant des matériaux contenant de l'amiante (Lepage, 2008). Pourtant, en France, il a fallu attendre le 1^{er} janvier 1997 pour que l'amiante soit interdit, par le décret n° 96-1133 du 24 décembre 1996.

Emmanuel Henry décrypte les dynamiques qui ont porté, au cours de la décennie 1990, la mise au ban de l'amiante en France. Le titre d'un de ses textes est particulièrement explicite : « Rapports de force et espaces de circulation de discours. Les logiques des redéfinitions du problème de l'amiante » (Henry, 2009). La reconnaissance de la nécessité d'interdire l'usage de l'amiante est le produit de la modification d'un rapport de forces et non d'une amélioration des connaissances : ce rapport de force est notamment modifié par l'implication des personnels de l'Université de Jussieu, à la suite des premières interventions de Henri Pézerat. Il s'agit véritablement d'un affrontement entre groupes sociaux. Cet exemple de l'amiante pour emblématique qu'il soit, ne doit pas occulter qu'avant d'en arriver à ce stade d'affrontement, il faut déjà avoir établi des éléments de connaissances médicales. Là, la lutte existe également, mais elle se déroule sous les couleurs de l'affrontement scientifique. Au niveau international, les industriels de l'amiante continuent d'ailleurs à tenter de démontrer que le produit n'est pas vraiment dangereux en soi. L'histoire industrielle récente comporte

ainsi plusieurs exemples explicites de combats scientifiques autour de l'innocuité de certaines expositions. Car si la reconnaissance de la dangerosité d'une exposition ne suffit pas, comme le montre l'histoire de l'amiante, à faire cesser cette exposition, elle reste nécessaire. Sans éléments probants de la toxicité, les débats sont clos avant même d'avoir pu démarrer.

Dans son état actuel, le système de santé au travail est l'héritier des luttes passées. Ainsi, un des éléments centraux du dispositif de réparation en cas de maladie professionnelle, la liste des « tableaux » de maladies professionnelles, reste l'objet de négociations entre syndicats de salariés et patronat. En effet, lors de l'écriture de la loi reconnaissant les maladies professionnelles, il a été prévu que fasse référence pour toute indemnisation une liste de pathologies négociée au niveau national. Cette liste ne consiste pas seulement en une énumération de pathologies : elle comporte également un certain nombre de critères d'exposition. Ainsi, une personne développant par exemple un cancer de l'ethmoïde ne peut le faire reconnaître comme étant d'origine professionnelle hors des critères précisés dans les tableaux 10, 37ter ou 47 du régime général de l'assurance maladie : le tableau 47, relatif aux « Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois » précise ainsi que la reconnaissance peut être effectuée en cas de cancer primitif de l'ethmoïde, « *sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans* ». Toute personne présentant la pathologie en question, mais ne pouvant justifier de 5 années d'exposition perdra donc le bénéfice d'une reconnaissance automatique en maladie professionnelle par le système des tableaux ; elle pourra néanmoins tenter de faire reconnaître le caractère professionnel de sa maladie en passant devant une commission *ad hoc*, le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP). La différence entre les deux parcours tient dans le fait que l'inscription dans un tableau dispense le salarié d'apporter la preuve de la relation entre ses conditions de travail et sa pathologie : c'est la « présomption d'imputabilité » qui adosse la reconnaissance à des critères d'exposition. À l'opposé, si un salarié veut faire reconnaître une maladie en dehors des tableaux, il doit alors prouver le lien entre son exposition et sa pathologie devant le C2RMP. Pour une maladie absente des tableaux, pour que le dossier soit recevable par le C2RMP, il faut que la pathologie ait soit causé le décès du salarié, soit provoqué une incapacité permanente de 25 % au moins. Il est possible de voir combien la reconnaissance est infiniment plus aisée par le système des tableaux : la très large majorité (près de 99 %) des maladies professionnelles sont reconnues au titre des tableaux (Ménal, 2008). Mais ceux-ci évoluent lentement, au gré des découvertes médicales, mais surtout au

gré de la lutte que se livrent les classes sociales sur cette question. Plus globalement, la santé au travail, depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail, est fondamentalement et objectivement posée comme une question de compromis, n'ayant finalement qu'un rapport assez distancié avec les connaissances médicales.

3.1.3 Les femmes et le système de reconnaissance

Et encore ne parlons-nous là qu'au « masculin neutre » : si nous conjuguons les effets du regard biaisé du discours médical sur les corps des femmes et l'assignation des salariées à des tâches considérées comme moins valorisantes et plus « naturelles », alors nous obtenons un effet particulièrement saisissant en matière de santé au travail. Quittons un instant les horizons nationaux de la France contemporaine pour un rapide voyage dans le temps et dans l'espace. En 1979, dans le journal québécois *Le Devoir*, Mona-Josée Gagnon, chercheuse au sein de la Fédération des travailleurs du Québec, déplorait l'absence totale de considération pour la question de la santé des femmes au travail :

*« Le gouvernement québécois a rendu public le Livre blanc sur la santé et la sécurité au travail quelques jours avant que ne lui soit présenté par le Conseil du statut de la femme son projet de politique d'ensemble intitulé « Pour les Québécoises : égalité et indépendance ». Coïncidence dans le temps, mais non coïncidence de pensée, hélas ! Les sept lignes consacrées aux travailleuses dans le projet de politique esquissée dans le Livre blanc sont plutôt mal inspirées et bien sûr le sujet est à peine effleuré. Le Conseil du statut de la femme, dans son rapport, explique qu'il ne traitera pas longuement de la santé des femmes au travail puisque le gouvernement présente son propre Livre blanc sur le sujet ; or le Livre blanc sur la santé a réussi le tour de force d'en dire moins sur le sujet que le Conseil du statut de la femme qui s'excuse de ne pas en dire plus ! »
(Gagnon, 1979)*

Passons sur la dénomination du Conseil du statut de la femme, qui renvoie à une femme essentialisée, dont on peut parler dans un absolu généralisant. L'attitude de ces deux instances politiques sur la question de la santé au travail des femmes est révélatrice de la difficulté qu'a le sujet à exister : les uns traitent de santé au travail, mais sans penser aux femmes, les autres

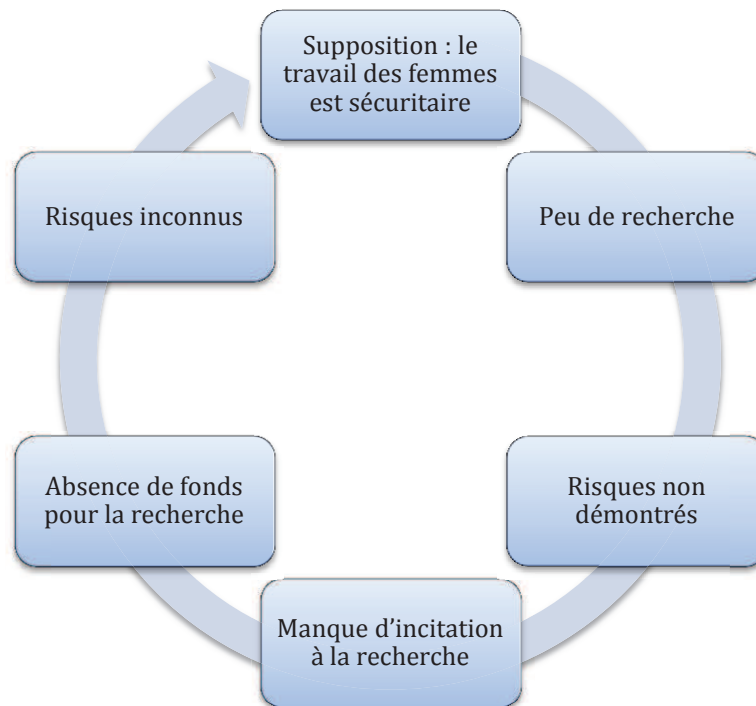
parlent de l'autonomie des femmes, mais sans envisager leur santé au travail. Le Québec de 1979 ne donne pas l'impression, en tout cas pour sa sphère politique, de se soucier de la santé des femmes au travail. Nous n'allons pas nous pencher plus avant sur le contexte québécois, car notre terrain d'étude est situé dans le contexte de la France hexagonale. Qu'en est-il aujourd'hui dans ce contexte ?

Le Plan Santé au Travail 2010-2014 réalise l'exploit de ne pas parler du tout de la question. Le mot « femme » n'apparaît pas une seule fois dans ce texte programmatique, et le mot « sexe » n'apparaît qu'une seule fois, lorsqu'il s'agit de préconiser la mise en place d'indicateurs nationaux « *sur les expositions professionnelles et leur évolution par secteur, branche, profession, sexe, âge, ancienneté et types de contrats* » (Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique). La lecture du Plan fait apparaître une absence totale de distinction entre hommes et femmes au travail : l'ensemble des sujets sont traités comme si la division sexuelle du travail en France n'avait aucune réalité, ne produisait aucun effet en matière de conditions de travail ou d'expositions professionnelles. Pour les rédacteurs du Plan, la santé des femmes au travail est un non-sujet.

Siégeant en 2010 dans un groupe de travail consacré à la santé des salariés en Alsace, j'ai eu l'occasion d'observer un phénomène, qui, s'il relève de l'anecdote, n'en est pas moins révélateur de cette absence totale de considération pour la santé des femmes au travail. Le groupe devait se prononcer sur les publics pour lesquels il semblait important d'améliorer la connaissance et d'outiller la prévention. Ma prise de parole eut pour sujet la question de la santé des femmes au travail : j'expliquais sur un long quart d'heure que les femmes représentaient près d'un salarié sur deux dans la région, mais que leurs conditions de travail étaient spécifiques et globalement différentes de celles des hommes. Lorsque le compte-rendu de la réunion me parvint, quelle ne fut pas ma surprise de lire que, sous la plume du secrétaire de séance, mon intervention avait été intégralement conservée, mais inversée : sur plusieurs lignes, j'invitais à se pencher sur les conditions de travail des hommes, etc. La séance suivante s'ouvrit sur la validation de ce compte-rendu ; plusieurs interventions de corrections ou de compléments vinrent indiquer que le texte avait été relu par quelques participants. Mais nul n'avait relevé que la question de la santé des femmes avait disparu du texte, non par omission, mais par une inversion du propos à la limite du comique.

Que cela soit dans le Plan national ou à l'échelle plus restreinte et moins significative d'un groupe de travail régional, nous sommes invités à constater qu'en France en 2010, la situation est globalement la même que celle que déplore Mona-Josée Gagnon dans le Québec de la fin des années 70. Comment expliquer cela ? Nous l'avons vu, la question de la santé au travail est un terrain de lutte, où s'opposent les classes sociales des salariés et du patronat. L'opposition revêt différentes formes, et la question de la connaissance scientifique est un enjeu important : elle ne suffit pas à mettre un sujet en débat, mais elle est un préalable incontournable. La consubstantialité des rapports sociaux nous invite à considérer que, là où se déploie le rapport social de classe, le rapport social de sexe se déploie également : l'antagonisme salariés-patrons se double de l'antagonisme hommes-femmes sur la question de la santé au travail. La production de connaissances scientifiques sur la santé des femmes au travail a ainsi été massivement occultée. Nous devons à quelques scientifiques un effort louable de mise en lumière de cette problématique, et parmi eux nous pouvons citer tout particulièrement Karen Messing, chercheuse canadienne. Dans son ouvrage *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?*, elle décrit les mécanismes divers qui amènent au mieux à la non-production de connaissances sur le sujet, au pire à des résultats venant confirmer des présupposés essentialistes dévalorisants au sujet des femmes. L'un des plus saisissants de ces mécanismes tient dans ce que Karen Messing appelle « Le cercle vicieux de la recherche sur les femmes et la santé au travail », dont nous reproduisons le schéma ci-dessous.

Figure 2 : le cercle vicieux de la recherche sur les femmes et la santé au travail (Messing, 2000)



Politiques et scientifiques sont renvoyés dos à dos dans ce cercle vicieux où ils participent conjointement à l'absence de recherches sur la santé des femmes au travail : là où les premiers considèrent qu'il n'y a rien à chercher, puisque le travail des femmes est réputé sécuritaire, les seconds n'engagent pas de recherche, puisque rien ne les y incite, confirmant indirectement qu'il n'y a rien à chercher. La vitalité de ce cercle vicieux n'est pas la seule raison à l'absence de considération pour les questions de santé des femmes au travail. Le discours sur le corps des femmes, perpétuant l'idée d'une essence défaillante par nature, est un moyen puissant d'occultation. Il ne s'agit pas d'un artifice nouveau : dans son rapport sur la mortalité différentielle en France, Jean-Baptiste Moheau explique que la surmortalité des enfants des classes les plus pauvres provient du manque de soin, « *mais aussi souvent de la mauvaise constitution des enfants qui, fruits de la débauche, en portent les empreintes* » (Moheau, 1777). Renvoyer à la nature fautive et défaillante est donc une réponse qui n'est pas d'usage récent. Mais dans le cas des femmes, la nature reste une explication toujours mobilisable. L'explication par la supposée nature féminine peut même amener à une forme de « contamination » des salariés masculins, où nous pouvons observer la consubstantialité des rapports sociaux. Les premières manifestations importantes de tendinites du poignet et du coude ont été le spectacle de ce double phénomène : la négation du caractère sérieux de

l'épidémie par la « nature défaillante » des femmes a également empêché toute recherche de cause professionnelle au versant masculin de l'épidémie :

« Dans les années 1990, une épidémie de tendinites du poignet et du coude frappa, dans la plupart des pays industrialisés, les travailleurs pratiquant des gestes répétitifs. Selon d'éminents chirurgiens de la main, l'activité professionnelle ne pouvait être en cause puisque les douleurs se manifestaient surtout pendant la nuit, et plus rarement pendant la journée de travail. On parla de « névrose de masse ». Ce diagnostic fut même repris dans une partie de la littérature scientifique. Le rôle de l'organisation du travail dans la survenue de ces troubles a été, ensuite, clairement établi et analysé.

Pourquoi et comment l'a-t-on, dans un premier temps, nié ? La prévalence de ces troubles est plus élevée chez les femmes. Le sexisme d'une partie du corps médical est une des origines du diagnostic de névrose. Mais on trouve là, plus généralement, les ingrédients usuels de la dénégation des liens entre santé et travail : préjugés des dominants relativement à diverses catégories de travailleurs (les femmes, les ouvriers, etc.) ; interprétations qui individualisent les enjeux, voire stigmatisent les personnes ; incrédulité vis-à-vis des bilans statistiques ou des démonstrations scientifiques qui établissent de tels liens ; et croyance invérifiée dans un progrès naturel, qui renverrait au passé les principales atteintes à la santé en milieu professionnel. » (Gollac & Volkoff, 2006)

Serge Volkoff et Michel Gollac confirment ici, à l'aune de leurs travaux, mais également de leur expérience du domaine, que la supposée « nature » peut efficacement participer à l'invisibilisation des causes réelles des problèmes de santé. Ils n'hésitent pas par ailleurs à parler de « *sexisme du corps médical* », reprenant à leur compte les analyses que Karen Messing applique à l'ensemble du monde académique, expériences personnelles à l'appui (Messing, 2000). Ce sexisme n'a pas besoin d'être volontaire, conscient et agressif pour produire ses effets : il semble important de le souligner, ce sexisme que pointent les différents auteurs n'est pas une misogynie. Il suffit de ne pas remettre en cause un certain nombre de présupposés sur la nature des femmes pour participer activement à leur reproduction, ou alors il suffit de ne pas *voir* les femmes au travail, même (et surtout) lorsqu'elles travaillent en dehors de leurs cadres considérés comme naturels (le soin, l'éducation, etc.).

L'androcentrisme que déplore Marcel Drulhe dans la longue citation que nous avons proposée *supra* touche l'ensemble des acteurs en santé au travail : les postes de travail, les équipements, les tests, etc. tout est conçu et pensé comme s'il n'y avait que des hommes au travail. Pourtant, les marges de manœuvre sont réelles, comme l'illustre le renouvellement de l'armement de poing de la police nationale : les effectifs de cette institution se sont féminisés selon des modalités décrites et analysées par Geneviève Pruvost (Pruvost, 2007) (Pruvost, 2008). Le renouvellement de l'arme de service a été l'occasion de proposer une arme pouvant être équipée de deux modèles de crosse, dont une plus petite : la diffusion de cette arme à petite crosse a amené à une meilleure performance au tir des femmes... et des hommes ayant une petite main.

Une fois le rôle de l'exposition professionnelle confirmée dans la survenue d'une pathologie, hommes et femmes ne sont pas égaux devant l'accès à la reconnaissance de l'origine professionnelle des pathologies. De nombreux travaux montrent que les femmes ont un accès plus restreint que les hommes aux dispositifs de réparation. Cette inégalité s'observe dans toute l'Europe avec des différences selon le dispositif de reconnaissance : lorsqu'il est mixte, comme en France, et combine tableaux de maladies et possibilité de passage devant une commission, le système est plus accessible aux femmes que lorsqu'il n'est basé que sur un système de tableau (Vogel, 2003).

Cela s'explique également par l'androcentrisme : les critères des tableaux sont établis sans tenir compte des spécificités des emplois féminins. Par exemple, les critères d'exposition continue sur une durée donnée ont plus de probabilité de ne pas être remplis lorsque l'emploi peut être temporairement suspendu pour cause de grossesse. Il existe également un phénomène d'intégration par tous les acteurs concernés, salariées comprises, que les femmes ne sont pas concernées par les pathologies professionnelles. Le faible volume de reconnaissances conduit à une moindre prévention, et nous retrouvons ici le principe du cercle vicieux déjà proposé par Karen Messing :

« [...] il y a moins de prévention dans des secteurs fortement féminisés, entraînant par là une moindre attention aux problèmes de santé qui y apparaissent en lien avec le travail et renforçant les stéréotypes suivant lesquels le travail des femmes serait moins dangereux pour la santé. » (Vogel, 2011, p. 7)

Dans notre recherche, nous focalisons notre propos sur les femmes, mais dans le registre du travail, l'altérité peut prendre d'autres formes. Elsa Dorlin a montré la proximité de certains discours médicaux sur les femmes et sur les étrangers (Dorlin, 2009). Femmes et étrangers ont en commun d'occuper des postes ne bénéficiant pas d'une grande reconnaissance sociale et la combinaison de ces deux qualificatifs, femme et étrangère, conduit à occuper les postes les plus invisibles et les moins valorisés de la sphère productive (le nettoyage industriel en étant certainement l'exemple le plus emblématique) (Chaïb, 2008) (Meynaud, 2009), et les moins surveillés en matière de santé.

3.2 Le care

3.2.1 *Le care, concept pragmatique*

Notre terrain d'observation est celui du *care* dispensé par les auxiliaires de vie à domicile auprès des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Il est nécessaire de clarifier ce concept de *care* et d'en rappeler les jalons historiques pour comprendre la portée de ce choix de terrain. En effet, l'usage du concept de *care* nous permet de dénaturiser toutes les tâches accomplies par les auxiliaires de vie, à les faire envisager comme un travail à part entière. Cela nous permet également d'envisager le travail des auxiliaires de vie plus largement que simplement comme celui de femmes accomplissant des gestes techniques et des travaux ménagers au bénéfice de personnes dépendant de l'aide apportée. Parler de *care* à domicile est donc déjà inscrire notre lecture dans une perspective particulière, qui élargit le périmètre de la notion de travail et nous permet de mieux comprendre ce que font effectivement les auxiliaires de vie au domicile des personnes.

3.2.1.1 *Une brève histoire du care*

Un texte particulier est généralement admis comme l'acte de naissance du concept de *care* : il s'agit de l'ouvrage *In a Different Voice*, publié par Carol Gilligan en 1982, bien avant sa traduction française en 2008 (Gilligan, 2008). Dans ce texte, Gilligan revient sur des travaux menés depuis de nombreuses années par Lawrence Kohlberg, psychologue américain, sur les stades de développement moral chez l'être humain. Revenons rapidement sur ces travaux, afin de poser les bases de ce qui deviendra l'éthique du *care*.

Le projet initial de Kohlberg était de proposer, à la façon de Piaget, une grille de lecture permettant d'identifier et d'observer les différents stades de développement moral chez les individus. Pour identifier ces stades, Kohlberg a principalement travaillé selon une méthode originale : il a soumis des individus variés à des exposés de dilemmes moraux, c'est-à-dire des situations virtuelles amenant fatalement les sujets à se positionner. Le plus célèbre de ces dilemmes, notamment depuis sa reprise critique par Carol Gilligan, est le dilemme de Heinz,

également connu sous le nom de « dilemme du pharmacien ». Voici les termes de ce dilemme :

« Une femme atteinte d'un type particulier de cancer était proche de la mort. Il existait un médicament dont les médecins pensaient qu'il pourrait la sauver. Il s'agissait d'une forme de radium, découvert récemment par un pharmacien dans la même ville. Le médicament était onéreux à produire, mais le pharmacien le facturait à dix fois son coût de fabrication. Il payait 200 dollars pour le radium et revendait 2 000 dollars une petite dose du médicament. Le mari de la femme malade, Heinz, avait fait le tour de ses connaissances pour recueillir de l'argent, mais il n'était parvenu qu'à recueillir 1 000 dollars, soit la moitié du coût du traitement. Il alla dire au pharmacien que sa femme était mourante et lui demanda soit de lui faire un prix, soit de lui vendre le traitement à crédit. Mais le pharmacien répondit : « Non, j'ai découvert ce traitement et je vais m'en enrichir. ». Désespéré, Heinz finit par entrer par effraction dans la pharmacie et vola le traitement pour sa femme.

Heinz a-t-il bien fait d'entrer par effraction dans la pharmacie et de voler le traitement pour sa femme ? Pourquoi ou pourquoi pas ? »⁷ (Kohlberg, 1981, p. 19)

⁷ « A woman was near death from a special kind of cancer. There was one drug that the doctors thought might save her. It was a form of radium that a druggist in the same town had recently discovered. The drug was expensive to make, but the druggist was charging ten times what the drug cost him to produce. He paid \$ 200 for the radium and charged \$ 2,000 for a small dose of the drug. The sick woman's husband, Heinz, went to everyone he knew to borrow the money, but he could only get together about \$ 1,000, which is half of what it cost. He told the druggist that his wife was dying and asked him to sell it cheaper or let him pay later. But the druggist said, "No, I discovered the drug and I'm going to make money from it." So Heinz got desperate and broke into the man's store to steal the drug for his wife. Should Heinz have broken into the laboratory to steal the drug for his wife? Why or why not ? »
Notre traduction.

Dans l'approche que propose Kohlberg, ce n'est pas la réponse au dilemme qui présente un intérêt, mais les raisons que les individus avancent pour expliquer leur réponse. C'est la nature de ces raisons, et notamment le degré de généralité et d'abstraction qui les caractérisent, qui permettent de classer les individus selon leur développement moral. Kohlberg distingue au final trois niveaux, chacun de ces niveaux étant lui-même composé de deux stades, soit au final 6 degrés de développement moral. Sur cette échelle, le stade moral le moins évolué est le premier, qui se retrouve principalement chez de jeunes enfants : ces derniers adaptent simplement leur comportement pour fuir les punitions. Le niveau le plus élevé de développement moral est le sixième et correspond à la maîtrise par l'individu de principes éthiques universels : ce niveau de développement moral est notamment celui qui permet à un individu de juger bonne une action illicite ou socialement non conforme. D'après les travaux de Kohlberg, seule une part réduite (13 %) de la population adulte atteint le stade six.

Dans le cadre de campagne d'application systématique de la méthode à diverses populations, Kohlberg remarqua des différences significatives entre hommes et femmes, les femmes semblant ne pas atteindre le niveau de développement moral des hommes du même âge. Il en déduit une différence de développement moral, les femmes étant moins « disposées » à s'élever vers les principes abstraits et universels de l'éthique. Carol Gilligan reprendra cette hypothèse de façon critique pour proposer une lecture alternative. Ainsi, plutôt que de voir un retard des femmes sur les hommes en termes de développement moral, elle propose de considérer l'approche des femmes comme spécifique : ce qu'elle proposera d'appeler « une voix différente ».

La particularité de cette voix différente est de se fonder non pas sur un rapport au monde empreint de justice, mais sur le dialogue, le sens de la responsabilité et l'attention à autrui. Citant une des participantes du programme de recherche de Kohlberg, Gilligan pointe que plutôt que de chercher à se construire sur des principes universels, l'éthique alternative qui apparaît repose sur « *un sentiment très fort de responsabilité envers le monde* » (Gilligan, 2008, p. 44).

Notamment en France, il a été beaucoup reproché à Gilligan une forme de féminisme essentialiste ou différentialiste : le dévoilement de l'éthique du care serait venu confirmer des différences de nature entre hommes et femmes :

« La critique faite à l'éthique du care et notamment à Carol Gilligan, en France, est que cette éthique ne serait pas féministe, mais au contraire durcirait, voire essentialiserait, une distinction entre femme et homme, en lui donnant un contenu moral : les femmes représenteraient l'attention à autrui et au proche, les hommes emblématiseraient l'autonomie et l'impartialité ; les femmes les activités domestiques, les hommes la vie active ; les femmes le privé, les hommes la vie publique. L'éthique du care, en montrant l'importance (sociale, morale, politique) des qualités d'attention à autrui et des activités de souci des autres, serait alors la reprise ou la confirmation de ces stéréotypes. » (Laugier, 2011)

Nous n'entrerons pas dans ce débat, car Gilligan n'est pour nous qu'une étape – fondamentale – dans l'histoire du concept de *care* : les reprises ultérieures du concept du *care* sur lesquelles nous basons notre recherche et que nous allons présenter ont largement clarifié ce positionnement en rejetant toute forme d'essentialisme. Par ailleurs, il a souvent été reproché à Gilligan d'avoir initialement pensé le *care* principalement dans le contexte exclusif de la sphère privée, alors que le *care* comme travail dépasse cette limite, voire la transcende. Il reste qu'avec ce texte, Carol Gilligan a jeté les bases d'une réflexion nouvelle, sur l'éthique de ce qu'elle a choisi d'intituler le *care*.

Précisons que l'habitude d'utiliser le mot anglais de *care* dans les textes français n'est pas liée à l'origine américaine du concept, mais à la difficulté qu'il y a à traduire tout ce que porte le *care* dans un équivalent simple en langue française. Je me range à cette pratique, qui semble fondée en raison, de la même façon que dans mes communications en langue anglaise, j'ai fait le choix de maintenir le français pour « rapports sociaux » devant la difficulté à traduire le syntagme dans la langue anglaise qui ne distingue pas les « rapports » des « relations ». Cela posé, comment peut être traduit *care* ? Selon le contexte, *care* en tant que nom commun peut être traduit par soucis, inquiétude, soin, attention, précaution, prise en charge (Collin, Knox, Ledésert, & Ledésert, 1982). Si cette floraison de traductions, auxquelles nous pouvons rajouter « sollicitude », peut aider à saisir le sens général, elle ne vaut pas une définition du

concept. Depuis le moment initial du texte de Gilligan, de nombreux auteurs se sont penchés sur ce concept et diverses définitions en ont été proposées. Nous nous arrêterons sur celle élaborée par Berenice Fischer et Joan C. Tronto. Cette définition est d'une part compatible avec l'approche en termes de rapports sociaux ; en effet, elle ne pose aucune relation essentielle entre le sexe et le *care* et propose de lire les travaux du *care* comme assignés aux femmes du fait de la dynamique des rapports sociaux de sexe. D'autre part, elle s'inscrit dans ce qui est aujourd'hui la réflexion théorique et analytique la plus poussée et la plus aboutie en matière de *care*. Largement reprise en France, l'approche de Tronto et Fischer fait l'objet d'une relecture critique permanente qui en a déjà validé toute la fécondité (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009) (Garrau & Le Goff, 2010) (Laugier & Paperman, 2011). Voici donc cette définition.

« Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer ou réparer notre « monde », en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. » (souligné par l'auteure) (Tronto J. C., Du care, 2008) (Fischer & Tronto, 1991)

Cette définition présente plusieurs caractéristiques qu'il nous semble important de reprendre. D'une part, il faut noter que le *care* ainsi défini ne se limite pas à la stricte sphère des humains et de leurs interactions : l'environnement est explicitement inclus dans le périmètre du *care*, de la même façon que le sont « tous éléments » qui participent au maintien du monde. Le *care* se définit par rapport à ces objectifs « *maintenir, perpétuer ou réparer notre « monde », en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible* », et non par rapport à ses moyens ou ses objets.

Cette construction du *care* par sa cause finale, au sens aristotélicien du terme, nous semble particulièrement intéressante, parce qu'elle ne ferme pas *a priori* la liste des activités concrètes qui participent du *care*. Une seconde caractéristique intéressante de cette définition est qu'elle ne circonscrit pas le *care* dans une relation entre deux individus. Cela a l'avantage de ne pas limiter le *care* à une relation type comme une interaction duelle de type soignant-

soigné. Au contraire, la dimension collective de l'activité de care est largement portée par cette définition.

Cette définition du *care* comme question collective marque définitivement une rupture avec des conceptions antérieures ayant réfléchi le *care* uniquement dans le cadre intime de la sphère privée. Avec l'approche proposée par Tronto et Fischer, le *care* devient également un enjeu politique et social. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette dimension collective du *care*.

Revenons à notre terrain, pour préciser à quel point nous sommes, dans l'aide à domicile auprès de personnes âgées dépendantes ou de personnes handicapées, dans le registre du travail de care. Si nous prenons la définition de l'auxiliaire de vie telle qu'elle est aujourd'hui officiellement proposée, nous lisons la chose suivante :

« L'Auxiliaire de vie sociale intervient auprès des familles, des enfants, des personnes en difficulté de vie ou en difficulté sociale, des personnes âgées, malades ou handicapées. Il/elle réalise une intervention sociale visant à compenser un état de fragilité, de dépendance ou de difficultés du à l'âge, la maladie, le handicap ou les difficultés sociales par une aide dans la vie quotidienne. Il favorise ainsi le maintien de la personne au domicile et évite son isolement. Il veille à la préservation ou à la restauration de l'autonomie de la personne et l'accompagne dans sa vie sociale et relationnelle. » (*Direction générale de la compétitivité de l'industrie et des services, 2013*)

Les parallèles entre la définition du *care* par Tronto et Fischer et cette définition du travail de l'auxiliaire de vie sont explicites : en particulier, « *la préservation ou à la restauration de l'autonomie de la personne* » renvoie très clairement à « *maintenir, perpétuer ou réparer notre « monde », en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible* ». S'il nous a semblé pertinent et nécessaire de nous arrêter sur le concept de *care*, c'est bien parce qu'il semble que le travail d'auxiliaire de vie en est la manifestation concrète parmi les plus fortes et les plus fécondes. D'une part parce que c'est bien de *care* dont il s'agit, d'autre part parce que cela ne se joue plus dans l'intimité des relations familiales, mais dans l'organisation d'une

offre principalement salariée, le métier d'auxiliaire de vie venant, comme illustration, ouvrir et soutenir la réflexion sur le *care* en tant que question collective, politique et sociale.

La possibilité de ce type de connections entre des activités éminemment concrètes et le concept sont également une force du *care*, qui le distingue nettement, nous semble-t-il d'approches morales construites sur des concepts moins matériels, plus abstrait, comme c'est par exemple le cas pour la justice rawlsienne, qui se construit détachée des conditions réelles, « *sous le voile de l'ignorance* » (Rawls, 1991). Car le *care*, certes est concept, mais est avant tout un travail. Il s'agit là d'un point important dans la conception du *care*. L'approche initiale qu'en proposait Gilligan renvoyait le *care* exclusivement à une dimension morale, qui devait rendre compte d'une éthique particulière, portée spécifiquement par les femmes dans les sociétés occidentales. Avec la définition proposée par Fischer et Tronto et largement reprise en France, le *care* est également travail, c'est-à-dire action sur le monde : cela dépasse le seul positionnement éthique. Mais c'est un travail qui est à penser différemment, à envisager dans un autre cadre que le travail productif :

« Dans une société du care, l'épicentre, ce n'est pas le travail mais le souci des autres. Or ceci a des conséquences sur la définition du travail. En partant du souci des autres, on n'abandonne pas la centralité du travail, mais on la redéfinit en fonction des préoccupations du care. Il s'agit, d'une part, de penser le travail sous l'angle du souci pour les travailleurs (tous et toutes, pas seulement celles qui travaillent dans le domaine du care) ; d'autre part, il s'agit d'envisager sous l'angle du travail des activités qui étaient restées à la périphérie du concept de travail, soit parce que non rémunérées, comme le travail domestique ou celui des aidants familiaux, soit parce que peu professionnalisés et implicitement confondues avec des qualités féminines dites « naturelles ». » (Molinier, 2013, p. 35)

Sans abandonner sa dimension éthique et politique, le *care* embrasse véritablement une dimension matérielle, qui est également le support nécessaire de cette dimension éthique et politique : le *care* est une éthique parce qu'il est aussi un travail.

3.2.1.2 *Le care, un travail réel*

Avant d'aller plus avant dans l'exploration du *care* comme travail, il convient de préciser certains aspects de l'approche proposée par Tronto (Tronto J. C., 2009). Elle invite en effet à distinguer quatre phases du *care*, qu'elle présente comme étant analytiquement distinctes mais structurellement interconnectées. Ces quatre phases sont :

- Le souci de (traduction de *caring about*) ;
- Se charger de (traduction de *taking care of*) ;
- Accorder des soins (traduction de *care giving*) ;
- Recevoir des soins (traduction de *care receiving*).

En quelques mots, le « souci de » indique la disposition dans laquelle il faut se trouver pour prendre conscience chez l'autre de l'existence d'un besoin et des réponses qu'il est possible d'apporter à ce besoin. Il est important de relever que ce « souci de » est autant une disposition individuelle qu'un enjeu collectif : l'attention que porte une société donnée à une population particulière relève du *care* vécu à la dimension sociale et politique. Dans l'approche séquentielle du *care*, après le moment initial du « souci de » vient donc le « se charger de » : il s'agit d'assumer la responsabilité de répondre, en identifiant les moyens appropriés, à un besoin identifié. La séquence suivant du *care* consiste à « accorder des soins », c'est-à-dire à agir concrètement au contact du bénéficiaire du *care*, travail matériel qui peut nécessiter une compétence technique. Vient ensuite le temps de la réponse, de celui qui est en position de « recevoir des soins ». Tronto inclut la réponse du bénéficiaire du *care* comme une séquence à part entière de la dynamique du *care* parce qu'il ne pourrait y avoir de *care* véritable sans connaissance de la réponse, qui indique si le « se charger de » et le « accorder des soins » ont été appropriés à la situation.

Cette présentation analytique séquentielle donne l'impression d'un début et d'un fin du travail de *care*. La réalité est différente, et les choses s'enchaînent de façon beaucoup plus dynamique, même si pour l'observateur l'élément central reste le soin concrètement fourni, l'acte de *care giving*. Le moment d'évaluation, le moment de *care receiving* est à la fois la clôture de la séquence de *care* qui s'achève puisqu'un acte a été effectivement posé et une ouverture : cette ouverture, c'est celle du *caring about* qui est nécessaire pour que s'enchaîne une nouvelle séquence, bien sûr, mais également nécessaire pour que puisse être recueilli la manifestation de satisfaction de la séquence précédente. Il faut veiller à ne pas céder à

l'illusion produite par le modèle d'analyse et imaginer un enchaînement mécanique des séquences.

La phase la plus visible du care et celle qu'il est le plus facile de faire admettre comme étant travail est celle du *care giving* : « accorder des soins ». Outre que cette étape se manifeste concrètement par des actions, visibles et objectivables, elle demande en outre des compétences, un savoir-faire, qui ne peuvent être occultés. Depuis la reconnaissance de la notion de « travail domestique » et les différentes tentatives de valorisation de ces tâches effectuées sans contrepartie monétaire dans la sphère privée, il n'est plus possible de ne pas reconnaître, ne serait-ce qu'*a minima*, que « accorder des soins » est un travail, qui excède en outre largement « *le temps de travail professionnel de la population* » (Chadeau & Fouquet, 1981). Cela se manifeste de façon encore plus nette lorsque le care en question correspond à la production domestique de santé : le fait qu'il puisse s'agir de la ré-intégration de soins de santé dans la sphère domestique plutôt qu'en institution souligne qu'il y a une véritable technicité du *care giving*, même lorsque celui-ci est dispensé de façon non professionnelle et non marchande (Flori, 1995).

Pour le reste du care, les autres phases, les choses sont moins immédiatement perceptibles, ne serait-ce que parce qu'elles ne se traduisent pas nécessairement par des actions concrètes visibles. La disposition qui consiste à se « soucier de » ne se manifeste pas forcément à l'observateur extérieur. De la même façon, « se charger de » ou « recevoir des soins », c'est-à-dire être attentif à ce que le bénéficiaire des soins exprime, ne se traduisent pas forcément par des actions observables. Pourtant la réalisation de ces phases du care est également un travail, au sens où ces phases sollicitent une implication et un engagement, notamment psychique, qui est loin d'aller de soi, en dépit des apparences. Pascale Molinier, dans son observation réalisée en maison de retraite, a très bien montré combien, abstraction faite des actes relevant du *care giving*, le care est un travail mobilisant le corps et l'esprit des travailleuses :

« Le care est d'abord l'attention à la vie humaine et à ce qui fait sa continuité ordinaire. Une attitude attentionnée – celle d'un parent pour un enfant, d'un infirmier envers un patient – n'implique pas nécessairement des tâches matérielles, mais mobilise toujours un travail psychique de réflexion et

d'anticipation combiné avec un travail de mise en latence de sa propre inquiétude, sa propre agressivité, irritation ou ambivalence. » (Molinier, Le travail du care, 2013, p. 76)

Sur notre terrain, les auxiliaires de vie rendent également compte combien l'attention à l'autre, en dehors de toute tâche concrète et visible, est un travail à part entière, dont le prestataire du *care* paie le prix :

*« Parfois je suis un peu irritable parce qu'on est fatiguée parce que quand arrive le soir et qu'on rentre à la maison, on n'a pas envie d'écouter les soucis de l'autre parce qu'on se dit « C'est bon ! Toute la journée j'en ai écouté. ». »
[Camille, auxiliaire de vie]*

C'est ce qui fait toute la richesse du *care* et qui le distingue du simple accomplissement d'actes techniques. La toilette est un très bon exemple de cette richesse : lorsque les auxiliaires de vie font la toilette d'un bénéficiaire, le point central, le cœur du *care giving* en quelque sorte, est de prodiguer des soins du corps dans la recherche de l'hygiène. Camille, auxiliaire de vie, nous révèle sa propre évolution dans le métier et le fait de dépasser la simple toilette, à travers ce qu'elle nomme des détails :

« Parce que du coup on fait plus attention à certains détails comme couvrir une personne quand on fait une toilette où des choses où on se dit voilà, c'est vraiment une question de pudeur, on se met à la place des gens. » [Camille, auxiliaire de vie]

Il se trouve que cette disposition que Camille catégorise comme relevant du détail est précisément ce que recherchent les bénéficiaires de l'aide et leurs proches⁸ : ce qui garantit la

⁸ J'ai eu l'opportunité de réaliser dans le cadre professionnel de nombreux entretiens soit avec des personnes âgées aidées, soit avec des proches de personnes âgées, et de travailler sur la retranscription littérale de très nombreux entretiens. Cette opportunité m'a été offerte par le biais d'une étude sur la bientraitance réalisée pour le compte de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

qualité de la tâche effectuée, en l'occurrence la toilette, ce n'est pas tant la qualité des gestes techniques que la qualité de l'attention portée au bénéficiaire de la toilette. C'est, à en croire les bénéficiaires et leurs proches, ce qui fait véritablement la marque d'une professionnelle : l'attention portée au bénéficiaire n'est pas simplement ce qui fait la différence entre le bon travail et le mauvais travail. L'attention portée au bénéficiaire *est* le travail de l'auxiliaire de vie. L'avantage de la grille de lecture du *care* proposée par Tronto, c'est bien de fournir un cadre pour permettre de penser ces éléments, qui sinon risquent de tomber dans la trivialité des « détails », y compris dans la considération que les auxiliaires de vie portent à leur propre travail.

L'attention aux situations n'est cependant pas simplement reléguée au rang de détail. Pour Jacob, responsable de structure, le fait d'être en capacité de « faire attention » aux personnes est une caractéristique et une qualité majeure de son personnel, bien plus performant à ce sujet que d'autres professionnels susceptibles d'intervenir au domicile pour des actes plus techniques et plus qualifiés *a priori* :

« Mais après [la capacité de supporter l'intimité avec les personnes âgées], il y a plus la notion d'anticiper les problèmes. On a eu le cas avec une de nos

(Anesm). Le corpus final d'entretiens dans le cadre de cette étude réunit 73 entretiens réalisés dans quatre régions de France. Les situations explorées correspondent à des degrés de dépendance divers, dans des contextes de vie variés. Malheureusement, pour des raisons administratives et techniques, ce matériau ne peut être mobilisé dans le cadre de cette thèse. Par ailleurs, à la date de rédaction de cette thèse, le rapport final rédigé à partir de l'exploitation de ce matériau n'est toujours pas publié par l'Anesm, et il n'existe aucune garantie qu'il soit finalement publié. Il n'est donc même pas possible de renvoyer à une publication à venir. J'ai donc choisi de limiter les références à ce matériau dans ma rédaction. Cependant, attendu que les entretiens fournissaient le point de vue des bénéficiaires sur le travail des auxiliaires de vie, il est certain que cela a influencé ma façon de considérer mon propre corpus et de traiter certaines questions. Cette étude a en outre été l'occasion de réaliser des entretiens collectifs avec des auxiliaires de vie. L'impossibilité d'exploiter ce matériau-ci est moins dommageable, dans la mesure où les propos tenus ont été pour l'essentiel la redite collective de ce qui se trouve dans les entretiens individuels.

intervenantes qui intervenait auprès d'une dame très âgée, qui intervenait seule chez elle. L'infirmière venait tous les matins. L'infirmière n'avait rien remarqué de particulier. L'auxiliaire de vie arrive à midi et dit « Elle est dans un sale état. Moi, je ne la laisse pas comme ça, j'appelle le Samu. ». Alors qu'elle était dans le même état le matin, l'infirmière n'a rien dit. Donc ça c'est bien, elle a eu le réflexe de dire : « Je ne peux pas repartir et laisser cette dame seule. ». Il y a cette conscience professionnelle. « Je me sentirai responsable s'il arrivait quelque chose, donc je préfère anticiper. ». Et les enfants nous ont d'ailleurs remerciés après, d'avoir pris cette décision. Donc c'est à ce niveau-là que moi je dis que ça va plus loin qu'un métier. » [Jacob, responsable de structure].

Il nous faut nous arrêter un instant sur les propos de Jacob. Ils confirment l'importance de l'attention dans le travail de *care*, ainsi que la dimension de responsabilité, que porte le *taking care of*. Mais surtout, Jacob nous précise que, selon lui, cet engagement des auxiliaires de vie « va plus loin qu'un métier ». Cette précision est extrêmement intéressante. Elle n'est d'une part partagée, et le terme de « *vocation* » vient çà et là dans les entretiens pour traduire l'idée que développe Jacob : le travail demandé, la prestation attendue va au-delà d'un métier. D'autre part cette précision fait écho à un résultat important du travail de Pascale Molinier : elle montre en effet comment les travailleuses observées en maison de retraite résistent, dans leur activité de *care*, à l'analyse qui ne se baserait que les concepts habituels des diverses théories du travail. Parler de compétence ou de qualification, cela peut bien évidemment relever d'une volonté de valorisation du travail de *care*, mais c'est le restreindre à la possibilité d'une transmission académique, formelle. Or il apparaît que le travail de *care* n'est justement pas réductible à une profession au sens classique du terme.

« Le caractère non spécialisé du care pose d'innombrables problèmes dans un univers spécialisé et hiérarchisé. La spécialisation est indispensable pour piloter des avions, pratiquer la chirurgie, enseigner la philosophie occidentale, diriger un orchestre ou édifier un bâtiment. Il ne s'agit donc pas de condamner la spécialisation per se, mais d'en critiquer l'expansion là où elle n'a pas lieu d'être. » (Molinier, Le travail du care, 2013, p. 83)

Le travail de *care* est bien un travail à part entière, mais il résiste à la spécialisation, la division ou l'enseignement selon des voies académiques : le travail du *care* ne peut être réduit à une succession de gestes techniques aux conséquences parfaitement prévisibles et attendues. Il s'agit d'un savoir pratique qui échappe à l'évaluation en dehors de celle que peut en donner le bénéficiaire dans le cadre du *care receiving* et dont la valeur consiste justement en ce qu'il n'en a pas. Le *care* doit bien être perçu comme un travail réel, mais il échappe par certains de ses aspects aux catégorisations habituelles qui permettent de comprendre et analyser le travail. Nous pouvons même ajouter qu'il ne faut pas que le *care* se professionnalise : en effet, si le *care* est posé comme une compétence professionnelle, la présentation de la souffrance, l'appel au *care*, peut en réponse et dans une forme de symétrie devenir une compétence des personnes vulnérables au point d'être en besoin d'aide.

Les enjeux de cette vision sont extrêmement importants à une échelle globale. En effet, les travaux menés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la problématique de la main d'œuvre dédiée à la prise en charge de la population âgée dépendante font bien l'impasse que redoute Pascal Molinier. En effet, les tâches fondamentales de l'aide sont pensées justement comme des gestes mécaniques qui peuvent être enseignés et réalisés par tous, la formation au « bon geste » permettant de garantir la qualité de l'aide apportée.

*« [...] beaucoup de soins de longue durée n'exigent qu'un niveau de compétence relativement faible. Le niveau d'instruction exigé des soignants s'en trouve réduit. Les programmes de formation jouent un rôle important en ce qu'ils aident à garantir le respect de normes de qualité. » (Fujisawa & Colombo, 2009)
(souligné dans le texte)*

Sur cette base de gestes techniques simples à assimiler et suffisants, s'ils sont bien exécutés, à assurer une prise en charge de qualité, la question de la main d'œuvre se trouve grandement simplifiée elle aussi. En toute logique, s'il est aussi simple d'acquérir les gestes nécessaires à ces « *soins de longue durée [qui] n'exigent qu'un niveau de compétence relativement faible* », alors il existe différentes populations qui peuvent être sollicitées pour remplir ces tâches et fournir la main d'œuvre en soins de longue durée que requièrent les évolutions démographiques

des pays de l'OCDE, tous concernés à des degrés divers par le vieillissement de leur population :

« Il existe une stratégie pour étoffer les effectifs des SLD qui consiste à recruter des travailleurs parmi les populations sous-représentées ou inactives. Celles-ci englobent notamment les retraités, les personnes sans emploi, les bénévoles [...]. Cependant, on ne recense que peu d'exemple d'initiatives nationales qui ont ciblé les chômeurs ou les personnes âgées. » (Fujisawa & Colombo, 2009) (souligné dans le texte)

Il est intéressant que dans leurs suggestions de population corvéables, les auteurs du rapport passent sous silence les réalités de la main d'œuvre du *care* telle qu'elle existe déjà aujourd'hui. Car en première ligne du travail de *care* se trouvent des femmes, pauvres et peu qualifiées, et des femmes étrangères, comme nous allons le voir.

3.2.2 *Le care, un travail invisible, genré, racisé.*

Un des aspects par lesquels le travail de *care* se distingue est que pour être, le travail de *care* doit être nécessaire invisible :

« Ce travail, en effet, pour être réussi doit être discret. Que l'on imagine seulement, à l'issue d'une journée épuisante, la différence ressentie entre être accueilli chez soi ou chez des amis par quelqu'un qui vous fait remarquer : « Oh ! Mon dieu, comme tu as mauvaise mine ! » ou par quelqu'un qui se contente de vous tendre généreusement une chaise ou un couvert. L'attention aux besoins d'autrui efface ses propres traces, disparaît comme effort ou comme travail. Ne pas peser, ne pas gêner, ne pas étouffer par sa sollicitude... » (Molinier, Laugier, & Paperman, Introduction, 2009, p. 18) (souligné par les auteures)

Cette dimension n'est perceptible que si nous prenons en compte l'ensemble des phases du *care* (*caring about, taking care of, care giving, care receiving*), et pas uniquement celle correspondant au *care giving*. Que signifie cet impératif de l'invisibilité ? Cela signifie simplement que le soin, au sens de *care*, pour être reçu comme tel, ne doit pas être ostensible :

l'acte de soin réalisé est bien évidemment perçu par le bénéficiaire, puisque celui-ci est supposé pouvoir signifier s'il est satisfait ou non. Mais les autres étapes, et notamment les deux premières (*caring about, taking care of*), ne doivent pas être manifestes, au risque d'être contre-productives. En fait, le travail de *care* ne se voit que lorsqu'il n'est pas là, ce qui n'est pas la moindre des difficultés qu'il y a à travailler sur cet objet. Comment le *care* peut-il se voir précisément lorsqu'il est absent ? Tout simplement lorsque les tâches, les actes de soin typiques du *care*, sont réalisées, mais que le « reste » du *care* n'est pas présent : il s'agit d'un *care* décharné, réduit à sa seule troisième phase, celle du *care giving*, mais qui dès lors ne mérite plus vraiment cette dénomination. Le *care* se dévoile dans son absence, alors que sa présence passe inaperçue parce que semble relever de la normalité, comme l'écrivent Natalie Benelli et Marianne Modak :

« Travail de routine d'abord, effectué dans la discrétion, la production de care va de soi, elle ne se voit que lorsqu'elle manque : la mère peu aimante, l'infirmière froide, l'éducatrice indifférente choquent, alors que l'amour, l'écoute attentive et la disponibilité de la part de ces mêmes personnes passent pour normales. »
(Benelli & Modak, 2010)

Cette invisibilité ontologique du travail de *care* est à prendre en considération pour qui veut l'observer et le comprendre. Mais ce n'est pas la seule invisibilité qui s'applique au *care* : en effet, le travail de *care* souffre également d'une invisibilité sociale, c'est-à-dire d'une absence importante de reconnaissance dans la sphère collective. Il est possible d'imaginer que cette invisibilité sociale découle directement de l'invisibilité ontologique. Il semble bien plus probable que la société se satisfasse de garder un voile sur une bonne part du travail de *care*. Les travailleuses du *care* pourraient être rendues visibles, en même temps que leur travail : c'est bien parce qu'on ne souhaite pas les voir qu'elles demeurent invisibles. Plusieurs éléments nous invitent à penser cela.

D'une part, accepter la définition du *care* proposée par Tronto et Ficher et rendre visible le *care*, c'est reconnaître que les enfants et les personnes dépendantes n'en sont pas les seuls bénéficiaires : tous les individus humains, à des degrés divers selon les moments de leur existence, sont dans une situation de vulnérabilité qui les met en besoin de *care*. Dans une société construite sur des tensions antagonistes entre groupes (groupes qui sont le produit de

ces tensions, rappelons-le), il n'est certainement pas souhaitable pour les individus du groupe dominant de reconnaître leur vulnérabilité, reconnaissance qui les placerait sur un pied d'égalité avec les autres :

« La vulnérabilité est le propre de tout homme, égalité fondamentale devant la souffrance et la mort, elle fonde une éthique » (Tronto J. C., 2009)

D'autre part, nous observons que les tâches du travail de *care* ont toutes les caractéristiques objectives du sale travail tel qu'observable dans l'organisation sociale du travail : elles sont en effet majoritairement dévolues à des individus issus de groupes subalternes dans la dynamique des rapports sociaux ; les femmes plutôt que les hommes, et, sous nos latitudes, les non-blancs plutôt que les blancs. Cela renforce l'idée selon laquelle l'invisibilité du travail de *care* n'est pas autre chose que le résultat d'une construction du fait des dominants.

« Dans cette perspective des dominants, toutes ces vies, tous les individus n'ont pas la même valeur, et cette valeur s'exprime en intensité de présence dans le champ perceptif. Le paradigme de l'invisibilité doit ici être mis de côté. Les travailleuses du care ne sont pas du tout invisibles. Il suffit de vouloir regarder pour les voir. Elles ne sont pas vues et leur point de vue ne compte pas. [...] Les personnes qui sont indifférenciées dans le regard des privilégiés, c'est-à-dire de ceux et celles qui profitent de leur travail, sont absorbées dans une masse d'individus et d'individues agglutinée et inexprimée dans les catégories de la démocratie : des femmes pauvres d'origine étrangère, dont pour la plupart la couleur de peau n'est pas perçue comme blanche et qui, à partir de là, ne sont pas non plus, quel que soit leur passeport, perçues comme des Françaises. Des gens qui ne comptent pas. » (Molinier, 2013, p. 66)

Nous nous sommes déjà penchés sur la question des rapports sociaux de race : sur notre terrain des auxiliaires de vie à domicile, il existe une division du travail qui exclut du métier les femmes étrangères, les renvoyant plutôt au métier d'aide-ménagère. Ce résultat n'est pas totalement concordant avec la littérature, mais conforme avec les données statistiques nationales. Toujours est-il que le ménage reste une activité du registre du travail de *care*, ce

qui valide la force des rapports sociaux, dont la dynamique se fait ressentir au cœur même du champ.

Le fait que le travail de *care* soit massivement assigné aux groupes subalternes dans la dynamique des divisions sociales nous invite bien sûr à considérer avec prudence la question même de la limite et de la définition du champ du travail de *care*. Car dans l'hypothèse où une profession historiquement et socialement valorisée et occupée par des hommes blancs viendrait à produire un travail de *care*, il y a fort à parier que cela resterait également invisible. Joan C. Tronto explique ainsi que le champ du care est susceptible d'inclure certaines tâches de certaines professions ou organisations, qui en semblent pourtant *a priori* bien éloignées. En tout cas, cela nous invite à ne pas être trop radicaux dans nos lectures et nos analyses, puisque des métiers occupés majoritairement par des hommes blancs peuvent également relever partiellement du travail de *care*, même si dans ces professions l'accent n'est pas mis sur cette dimension : la police est l'exemple que donne l'auteure.

« [...] certaines activités sont, tout à la fois, partiellement orientées vers le care et partiellement dirigées vers une autre fin. La protection représente ce type d'activité. En parlant de protection, je me réfère à ce qui permet d'éviter les interruptions extraordinaires de violence ou d'autres formes de perturbation dans notre vie quotidienne. Il pourrait sembler, à première vue, que la protection ait pour but le maintien et la perpétuation du monde et qu'elle concorde donc avec la définition du care. Certaines formes de protection en font, à l'évidence, partie. Ainsi, les rituels régulièrement accomplis pour parer les menaces de violence semblent faire partie du soin. Certaines activités de police sont susceptibles d'être considérées comme relevant du care et d'autres non. » (Tronto J. C., Du care, 2008)

Au final, ces exemples aux marges du travail de *care* sont utiles pour pointer le caractère socialement construit de l'assignation des femmes et des étrangères au travail de *care*, mais également le caractère socialement construit de l'image de cette assignation, qui n'est pas pleinement conforme avec la réalité. L'important est de retenir que le fait que les femmes soient majoritaires dans le travail de *care* ne renvoie pas ni à une nature féminine, ni à une systématisme de la division sexuelle du travail : des hommes sont présents dans les métiers du

care, à effectifs majoritairement féminins, et des métiers majoritairement masculin dans leurs effectifs peuvent se trouver assurer des tâches relevant du travail de *care*, mais sans trop le mettre en avant.

« Dans la perspective du care, les femmes ont le premier rôle, non par nature, mais parce que c'est l'héritage sociohistorique de la civilisation du travail qui le veut. Nous partons d'un point où les femmes sont majoritaires. Comme je l'ai déjà souligné, cela ne pose aucun problème que les hommes qui se sentent concernés se rangent dans la catégorie générique « femmes ». Le care n'appartient aux femmes que dans la mesure où les hommes s'en sont débarrassés. » (Molinier, 2013, p. 35)

3.2.3 Le soin des vieux : *elderly care*

Nous souhaitons revenir sur la branche particulière qui nous intéresse principalement, celle du soin apporté au domicile des personnes âgées dépendantes. Nous l'avons précisé, notre terrain s'est étendu de lui-même au soin apporté au domicile des personnes handicapées, mais nous allons nous limiter pour les lignes qui viennent aux seules personnes âgées. Nous avons souhaité mettre à l'épreuve nos connaissances du *care* avec les représentations sociales sur ce même sujet. La question méthodologique est toujours importante pour aborder les représentations sociales.

Nous avons fait le choix de nous inspirer des travaux de Jean Véronis. Professeur de linguistique et d'informatique à l'université d'Aix-Marseille, Jean Véronis est décédé prématurément d'un accident, à 58 ans, en 2013. Le blog qu'il tenait rendait compte de ses travaux, sous des aspects plus ou moins académique. Il est toujours en ligne et peut toujours être consulté (à l'adresse <http://blog.veronis.fr>). L'une des idées récurrentes est d'utiliser le moteur de recherche Google pour obtenir un reflet de ce que pense la majorité des utilisateurs du *World Wide Web*. Ainsi, dans son billet du 9 septembre 2010, Jean Véronis pouvait par exemple noter que *« le moteur de complétion nous aide à savoir ce que les gens pensent de leur prochain »* (Véronis, 2010), puisque le moteur de complétion de Google se construit en fonction des associations les plus fréquemment recherchées.

Nous basant sur la même logique, nous pouvons interroger le moteur de recherche Google image de nous renvoyer les résultats correspondant au sujet qui nous intéresse, à savoir le *care* à destination des personnes âgées.

Une première réalisation de cette requête et de ses résultats a été réalisé et présenté au workshop international de l'université de Kyoto des 21 et 22 novembre 2009 sur la base d'un corpus de 50 images obtenues à l'aide de la requête « aide personne# âgée# ». Les résultats sont éloquentes : l'essentiel des images (très majoritairement des photographies) montrent des contacts non fonctionnels entre une personne âgée et une femme. Par contact non fonctionnel nous voulons signifier des contacts n'étant manifestement pas de nature instrumentale. Une grande partie de ces images mettent également en scène une personne âgée et une femme les yeux dans les yeux, avec le sourire (Polesi, 2009).

Pour le présent texte, nous avons souhaité réitérer la démarche, sous sa forme anglo-saxonne afin de pouvoir conserver le terme de *care*, et faisant le pari de proximité culturelles suffisantes entre le monde anglo-saxon et le nôtre pour que la démarche reste pertinente. Nous avons donc constitué un corpus d'images à partir de la requête « *elderly care* » sous google image. Les cinq premières pages de résultats nous permettent de constituer un corpus de 160 images, principalement des photographies. Nous retrouvons exactement les mêmes caractéristiques que celles identifiées lors de notre précédente réalisation. Voici une première illustration, qui résume à elle seule grand nombre de ces caractéristiques.

Illustration 1 : femme adulte et femme âgée avec contact non-fonctionnel, sourire et échange de regard



Comme il est possible de le voir, nous avons deux personnes : l'une est une personne âgée, manifestement à mobilité réduite puisque nous distinguons un fauteuil roulant. La seconde personne est une femme. Les deux se regardent dans les yeux et affichent un sourire. Une main de la femme est posée sur l'épaule de la personne âgée, tandis que son autre main tient l'une des mains de la personne âgée. Nous avons là une illustration double de ce que nous avons appelé des gestes non fonctionnels : il est clair que les gestes ne remplissent pas une fonction instrumentale, à l'opposé de ce qui apparaît par exemple sur l'image suivante, où une femme tend à un homme âgé ce qui semble être un verre d'une boisson quelconque.

Illustration 2 : femme adulte et couple âgé avec contact fonctionnel, sourire et échange de regard



Nous pouvons relever que même dans le cadre d'un geste fonctionnel, l'illustration ne fait l'économie ni du sourire, ni du regard les yeux dans les yeux.

Une variante oriente les regards des protagonistes vers le photographe, ce qui nous prive du contact visuel entre la personne âgée et celle qui l'accompagne. Mais le sourire reste quant à lui de mise, de même que le contact non fonctionnel, comme les mains de l'accompagnante sur les épaules de l'homme âgé sur la photographie suivante. Nous pouvons également relever que le fait que les deux personnes regardent le photographe préserve un sentiment de communauté et de partage entre les deux protagonistes.

Illustration 3 : femme adulte et homme âgé avec contact non-fonctionnel et sourire



Il s'agit presque exclusivement de femmes qui sont mises en scène avec des personnes âgées, plus ou moins manifestement dépendantes. Sur les rares clichés où apparaît un homme en compagnie de la personne âgée, nous perdons en même temps tous les autres attributs de la scène : pas de sourire, pas de contact visuel, pas de geste non fonctionnel. L'exemple suivant illustre parfaitement ce type d'images. Il s'agit d'un homme avec un homme âgé. Le contact est fonctionnel, même médical. Il n'y a pas de sourire mutuel, ni de contact visuel. Même si en l'occurrence le choix du type de contact (osculation du conduit auditif) rendait bien évidemment impossible tout contact visuel entre les deux protagonistes, cela n'était pas une fatalité. Il était possible de mettre en scène un acte médical préservant le contact visuel entre les deux personnes, comme par exemple la prise de tension. Nous allons d'ailleurs retrouver une illustration de ce type plus loin.

Illustration 4 : homme adulte et homme âgé avec contact fonctionnel



Pour souligner l'importance de certaines représentations, nous allons terminer sur des photographies particulières, nettement moins présentes dans le corpus. Elles correspondent à un zoom sur les mains en contact. Il s'agit de photographies de mains dans des mains. Même dans cette situation, la personne qui donne sa ou ses mains à la personne âgée est toujours une femme.

Illustration 5 : photographie mains seules



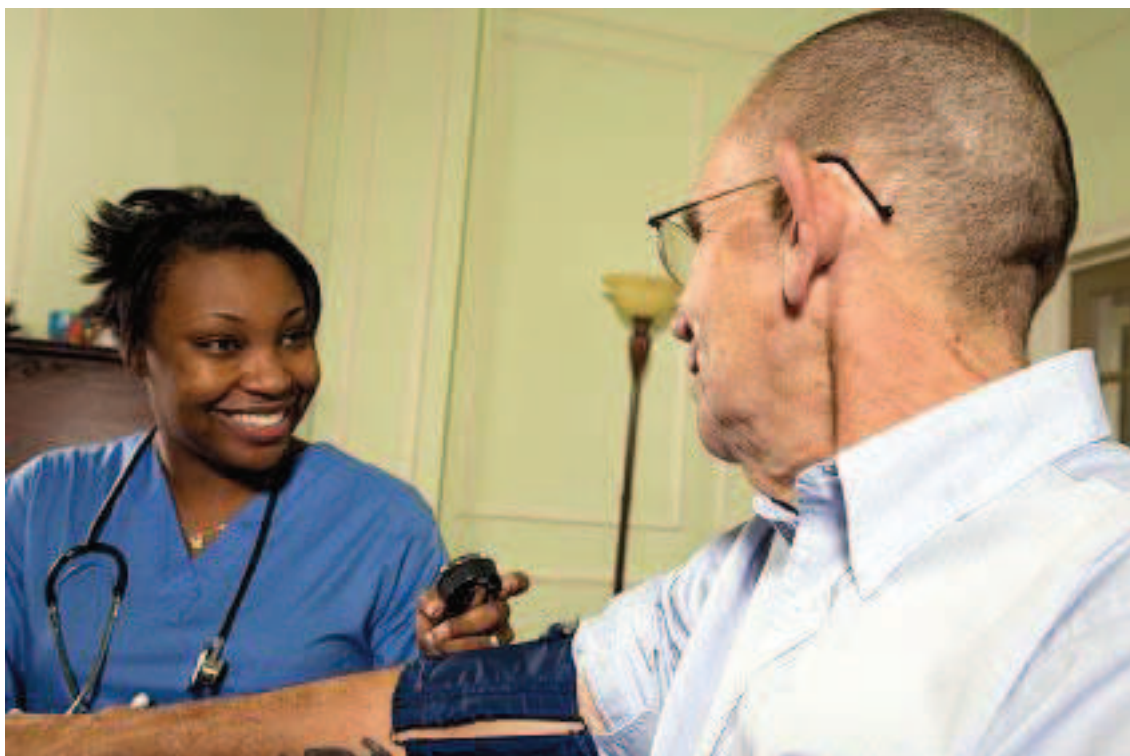
Que nous disent ces illustrations du *care* aux personnes âgées ? Elles mettent bien de côté la question de l'intervention technique, du *care giving*, qui sans être totalement absent du corpus, est au final très peu présent. Elle indiquent l'importance d'une relation entre deux individus : les yeux dans les yeux, le sourire aux lèvres, et avec la proximité physique que suggèrent les contacts non fonctionnels. Donner du *care* aux personnes âgées apparaît donc, sur la base de ces illustrations, comme fondamentalement une question de relation plus que de prise en charge. Et d'une relation assumée par des femmes, qui se trouvent de surcroît être majoritairement des femmes blanches.

Cette occultation partielle de la réalité de la composition des effectifs tiens probablement à l'origine des photographies, qui sont pour la plupart issues de sites web vantant un établissement d'hébergement ou une structure d'intervention à domicile. Il y a donc un travestissement de la réalité pour qu'elle semble correspondre à ce que peuvent en attendre les clients de ces entreprises : si nous suivons cette logique, il semble que l'idée de confier son aîné à une femme visiblement d'origine étrangère ne soit pas une idée porteuse, du point de vue des entreprises concernées en tout cas.

Les images mettant en scène des femmes de couleur sont trop peu nombreuses pour permettre un traitement satisfaisant. Mais nous ne pouvons nous empêcher de relever que les deux

premières images de ce type mettent en scène des femmes dans le cadre de gestes fonctionnels. Le sourire et le contact visuel restent de mise, mais le geste est médical ou paramédical. En tous cas, il ne s'agit pas d'un geste de tendresse non fonctionnel comme cela peut être le cas sur les autres illustrations.

Illustration 6 : femme adulte et homme âgé avec contact fonctionnel, sourire et échange de regard



Que nous indiquent ces éléments ? Ils confirment que sur le plan des représentations collectives telles qu'elles peuvent être explorées *via* les productions visuelles sur le *world wide web*, le *care* à destination des personnes âgées est une affaire de femmes. Cela confirme également la réalisation de gestes techniques, d'apport effectif d'aide ou sens du *care giving*, n'est pas le fond de l'affaire ou en tout cas ne correspond pas à ce que l'on souhaite montrer du travail de *care*, qui s'exprime plus dans une relation chaleureuse entre le personnel et les personnes âgées. En tant que représentations idéales, ces images évacuent au maximum la question de l'origine raciale des intervenantes, sauf dans le cas où la compétence médicale ou paramédicale permet de passer outre la question de l'origine. Cela montre également que dans le registre des représentations, lorsqu'un homme intervient auprès d'une personne âgée, c'est pour réaliser un acte technique. Les quelques hommes présents dans le corpus ne sont pas là pour le *care*, ils sont là pour rendre un service technique précis.

Mis en perspective avec tous les éléments que nous avons déjà évoqué au sujet du care, les éléments issus de l'exploitation de ce corpus d'images, comme du précédant corpus, indiquent clairement que sur le plan social, le *care* est une affaire de femme, qui se joue dans l'attention à l'autre.

4 Les services à la personne et les auxiliaires de vie

Le terrain qui doit nous fournir les éléments empiriques pour notre étude est celui de l'aide à domicile des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. La démarche initiale se focalisait uniquement sur les personnes âgées, et c'est bien le hasard des rencontres lors du travail de terrain qui a amené l'ouverture vers le champ du handicap. Pour autant, il ne s'agit pas juste d'un effet d'opportunité sans pertinence : que ce soit à destination de personnes handicapées ou de personnes âgées dépendantes, le type de service que nous avons choisi d'observer présente des similitudes fondamentales. Dans tous les cas, il s'agit de faire prendre en charge par une personne rémunérée des gestes qui peuvent tout aussi bien relever de l'aide familiale : le flou de la frontière entre monde professionnel et monde privé est le même dans les deux secteurs. L'environnement économique est également très proche, avec des activités à très faible rentabilité : d'un côté le niveau de solvabilité des bénéficiaires ne permet pas de facturation très élevée des services, et de l'autre côté l'existence d'un salaire minimum en France contraint sans grande marge de manœuvre le coût salarial du service. Nous aurons l'occasion de découvrir d'autres points communs, notamment en matière de profil des salariés.

4.1 Le contrainte sociale des personnes âgées et de la dépendance

4.1.1 Données démographiques

Revenons à notre objet premier : les personnes âgées dépendantes. Il y a une forme de pléonasmie dans le syntagme « personnes âgées dépendantes ». D'une part, parce que la dépendance est probablement le lot commun de tous les êtres humains (Tronto J. C., 2009), mais surtout parce que l'avancée en âge amène fatalement à une *augmentation* du besoin d'aide, indépendamment de toute pathologie. Dans une histoire récente, les solidarités familiales suffisaient à apporter ce surplus d'aide à une population par ailleurs moins nombreuse. Les évolutions démographiques et socioéconomiques en France comme dans la majorité des pays de l'OCDE sont venues bousculer cet équilibre entre pourvoyeurs d'aide et bénéficiaires.

En effet, plusieurs phénomènes ont contribué à créer une situation inédite sur le plan démographique. D'une part, même sur une période relativement courte, l'espérance de vie à la naissance a connu des progrès considérables en France : du lendemain de la guerre, en 1946, à 2009, l'espérance de vie à la naissance a progressé de 17,9 ans pour les hommes⁹ et de 19,3 ans pour les femmes¹⁰. Même sur une durée plus restreinte, de 1968 à 2009, soit une quarantaine d'années, les progrès enregistrés en France restent considérables : 10,0 ans de plus pour les hommes et 9,3 ans pour les femmes. Ce que traduit cette augmentation de l'espérance de vie, c'est le recul de l'âge moyen du décès : du fait de ce recul, les effectifs de la population âgée ont connu une forte augmentation. Pour les personnes de 75 ans ou plus, la France est passée de 2,271 millions d'individus en 1968 à 5,517 millions en 2009, soit un effectif 2,4 fois supérieur. Si nous nous focalisons sur les personnes de 85 ans ou plus, l'augmentation est encore plus marquante : toujours sur la même période 1968-2009, les effectifs passent de moins de 400 000 individus à 1 510 000, soit près de 4 fois plus de personnes.

Cette seule évolution suffirait à poser un certain nombre de problèmes en matière de besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne : même si la qualité de vie au grand âge s'est indiscutablement améliorée, comme nous l'avons déjà écrit l'avancée en âge s'accompagne inmanquablement de besoins accrus en termes d'aide, indépendamment de l'apparition d'éventuelles incapacités. Lors d'un recueil de terrain dans le cadre d'une autre étude, j'ai eu l'occasion de rencontrer des situations individuelles révélatrices de cette réalité : par exemple, j'ai interrogé une femme veuve âgée de 94 ans, dans un excellent état général, mais bénéficiant de deux heures d'aide au ménage par semaine, pour les travaux les plus physiques, d'une heure hebdomadaire d'aide pour le bain, et de la livraison des repas. Cette femme n'était cependant pas dépendante au sens médicotechnique ouvrant droit au versement d'aides.

Mais, de surcroît, l'apparition de problèmes de santé divers devient également plus probable avec l'avancée en âge, augmentant la probabilité d'avoir besoin d'une aide accrue.

⁹ Passant de 59,9 ans à 77,8 ans.

¹⁰ Passant de 65,2 à 84,5 ans.

4.1.2 Les personnes en situation de dépendance

Fin 2010, les estimations officielles faisaient ainsi état de 1 150 000 personnes en France hexagonale¹¹ ayant un besoin conséquent d'aide et bénéficiant à ce titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), allocation financière permettant à des personnes dépendantes âgées de 60 ans ou plus d'avoir recours à des services d'aide (loi n°2001-647 du 20 juillet 2001). La proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus et bénéficiant de l'Apa s'élevait en 2007 à 17 %, mais elle est inégalement répartie, augmentant pratiquement de façon linéaire avec l'âge à partir de 75 ans : à 95 ans, c'est 63 % de la population qui bénéficie de l'allocation personnalisée d'autonomie (Debout, 2010). Cette allocation n'étant attribuée que sur critères de dépendance, le dénombrement de ses bénéficiaires donne une estimation *a minima* du nombre de personnes dépendantes : comme toutes les allocations, il convient d'en faire la démarche et nous manquons cruellement d'information sur le phénomène de non-recours, en dépit de l'intérêt croissant des tous les secteurs concernés (Warin, 2012). Au sein de l'ensemble des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie, il existe des degrés de dépendance auxquels correspondent des niveaux d'allocation. La dépendance de tout demandeur est évaluée à l'aide d'une grille standardisée, la grille Aggir (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources), outil qui a déjà fait l'objet de critiques approfondies (Bevernage, 1998), ce qui n'a pas empêché qu'il devienne l'outil légal d'évaluation de la dépendance (loi n°97-60 du 24 janvier 1997, décret n°97-427 en Conseil d'État du 28 avril 1997).

Évalués à l'aide de la grille Aggir, les individus sont classés en fonction de leur Groupe Iso-Ressource (Gir). Ces groupes sont au nombre de six : le Gir 6 correspond à une absence totale de dépendance, le Gir 1 à la plus lourde dépendance. Être classé en Gir 5 ou en Gir 6 n'ouvre pas droit à bénéficier de l'Apa. Pour les Gir 4 à 1, les montants attribuables au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie progressent en fonction de la dépendance. L'essentiel de la connaissance disponible aujourd'hui en France repose sur la collecte d'informations au sujet des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et donc des personnes les plus dépendantes. Des travaux plus ponctuels viennent compléter cette connaissance et

¹¹ Par « France hexagonale », nous voulons désigner ce que d'autres appellent « France métropolitaine ». Mais la référence à la métropole nous semble trop chargée d'histoire et de sens.

l'affiner, comme l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) réalisée par l'Insee en 1998 et 1999. Les exploitations de cette enquête ont notamment permis d'observer la concordance entre les estimations de l'effectif de personnes dépendantes selon la grille Aggir et ceux obtenus selon d'autres grilles synthétiques : entre 628 000 et 844 000 personnes, avec une estimation par le Gir qui s'élève à 796 000 (Colin, 2003).

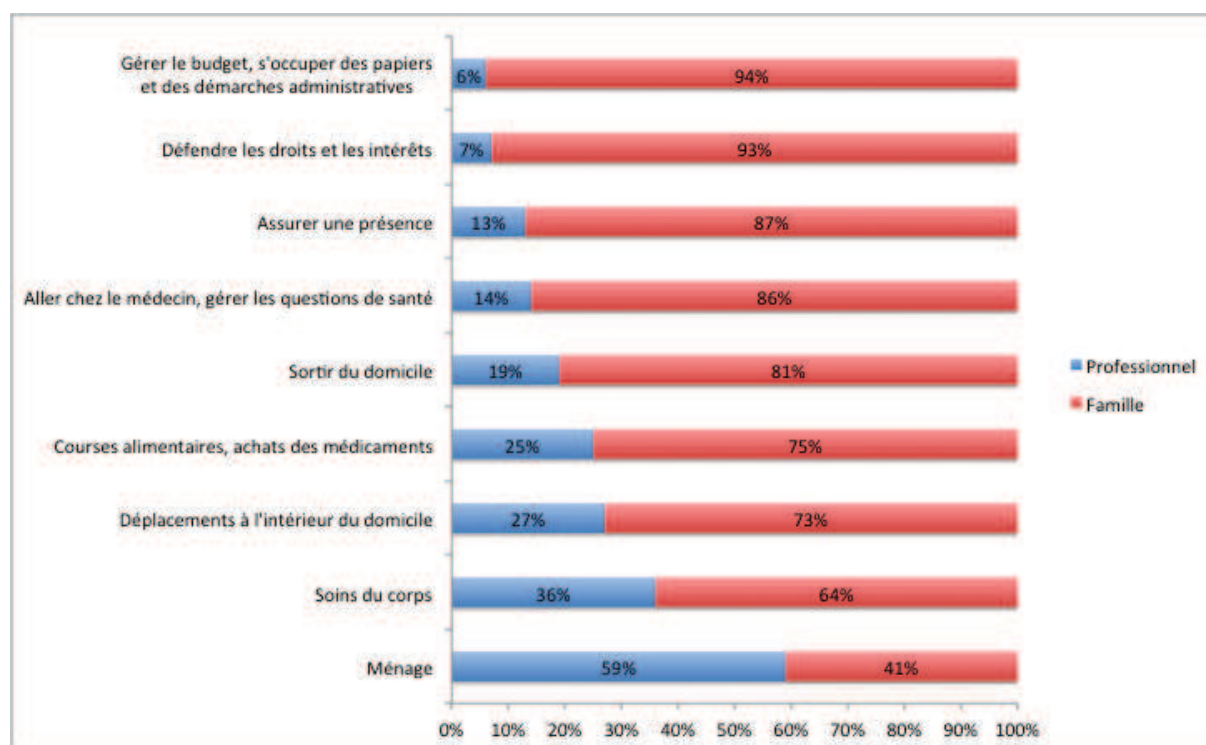
L'importance de ces effectifs préoccupe les pouvoirs publics, d'autant que les projections officielles sont significatives : selon le scénario retenu, la population dépendante pour la France hexagonale pourrait atteindre entre 1 850 000 et 2 700 000 personnes en 2060 (Rahola, 2011). La question du financement des aides accordées aux personnes dépendantes est centrale : pour l'année 2010, selon le périmètre retenu pour le calcul, les dépenses liées à la dépendance sont estimées entre 26 et 34 Md€ (Rahola, 2011). Ces chiffres ne tiennent cependant compte que des dépenses : une estimation plus complète tenterait d'évaluer le manque à gagner des proches réduisant leur activité professionnelle pour prendre en charge un parent âgé.

4.2 Le problème de la main d'œuvre

4.2.1 Une importante implication des proches

Car la problématique de la prise en charge de la dépendance dépasse les considérations financières : la question de la main d'œuvre est en effet centrale. Cette main d'œuvre peut soit provenir du cercle privé familial, soit être proposée par un intervenant extérieur. Les traitements que nous pouvons réaliser sur les données de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance confirment le poids important de l'intervention des proches dans la prise en charge de la dépendance accrue des personnes âgées. En effet, comme il est possible de le voir sur la figure suivante, il n'y a guère que pour le ménage que l'intervention des professionnels est plus fréquente que celle des proches chez les personnes âgées de 75 ans ou plus (59 % vs. 41 %). Même les soins du corps, qui touchent à l'intimité, ou les déplacements à l'intérieur du domicile, qui peuvent solliciter physiquement l'aidant et nécessiter une formation ad hoc, sont principalement assurés par les proches (respectivement 64 % et 73 % des situations).

Figure 3 : Répartition de l'aide apportée aux personnes âgées selon la nature de l'aidant et le type d'aide



Source : enquête HID 1998-1999, Insee. Nos traitements.

Des travaux plus détaillés réalisés en Alsace avaient montré que cet investissement des proches restait fort quelque soit le niveau de dépendance et pouvait concerner des actes extrêmement intimes comme l'élimination urinaire et fécale ou la toilette intime (Berthel, 1998).

Au niveau international, ces enjeux de main d'œuvre préoccupent largement les gouvernements : après des expérimentations diverses, tous les pays de l'OCDE font aujourd'hui le choix d'une politique du grand âge axée principalement sur le maintien à domicile. Bien évidemment, cela correspond à un vœu largement exprimé par les personnes âgées, qui souhaitent poursuivre leur vie au domicile et n'envisagent l'entrée en institution que dans les situations les plus extrêmes (Polesi, Benaim, & Imbert, 2009). Mais relevons également que nous pouvons nous arrêter sur le choix des mots : « maintien à domicile » est loin d'être un syntagme chargé positivement, pouvant évoquer d'autres formes de maintien, comme le « maintien en détention » ou le « maintien en hospitalisation d'office » qui sont tous deux des régimes de contrainte. Il est bien entendu toujours possible de proposer des lectures positives de ce syntagme, en voyant dans le maintien « *l'idée de conservation et de continuité dans un sens protecteur* » (Ennuyer, 2007). Mais nous ne pouvons pas nous

satisfaisant d'une lecture positive qui néglige les aspects socioéconomiques de choix politiques aussi majeurs.

Quel est le bénéfice collectif à « maintenir » à domicile ? Entre autres raisons, la possibilité de bénéficier du travail gratuit des proches est sans commune mesure lorsque la personne en besoin d'aide peut conserver son lieu de vie habituel, autour duquel est construit son réseau relationnel et social. Car toute l'aide apportée par les proches devra être dans la plupart des cas apportée par des salariés en cas de transfert de la personne en institution : ce travail d'aide cesse alors d'être gratuit et doit être rémunéré. En ce sens, le maintien à domicile, tout comme la convalescence ou l'hospitalisation à domicile sont des dispositifs qui certes répondent à des désirs exprimés par les patients, mais mettent surtout les proches au travail (Bungener, 2004).

4.2.2 Les limites et contraintes de la mise au travail des proches

Cette mise au travail des proches n'est d'ailleurs pas sans risque pour leur propre intégrité, ce qui amène Martine Bungener à parler de « *gestion par l'épuisement* » : ce n'est finalement qu'en cas de rupture et de désengagement parfois brutal des proches que des alternatives seront recherchées. Les professionnels de l'intervention gériatrique sont bien au courant de cette limite importante et des limites qui en découlent : les situations où le proche aidant cesse subitement d'être disponible, quelle qu'en soit la raison, sont des situations dans lesquelles sont sollicitées en urgence des entrées en maison de retraite ou des hospitalisations indues. En effet, en dernier recours, devant la situation d'une personne âgée dépendante privée subitement de soutien familial, l'entrée à l'hôpital est souvent la seule solution permettant de dégager le temps nécessaire à la construction d'une réponse plus pérenne. Outre le coût financier collectif que ces solutions d'urgence représentent (estimé à deux milliards d'euro par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2011), elles génèrent également des souffrances humaines importantes, qui ne se résorbent que lentement (Benaim & Polesi, 2010).

Les travaux se multiplient pour rappeler la nécessité d'une « aide aux aidants », comportant groupes de paroles, formations techniques et aménagement de moments de répit. Car le recours aux aidants familiaux est clairement présenté comme un aspect incontournable de la gestion des problématiques de dépendance :

« L'ensemble des contraintes démographiques, mais aussi budgétaires tend à converger dans le sens d'une plus grande place accordée aux aidants familiaux. Cela se traduit par de multiples dispositifs, assez disparates selon les pays et en fonction des territoires au sein d'un même pays. La question de la reconnaissance juridique et financière des aidants – via une « rémunération » ou une « compensation » spécifiques –, ou encore celle de la pertinence de leur proposer une formation spécifique, contribuent, au moins tendanciellement, à brouiller les frontières entre les intervenants à titre informel (aidants familiaux) et ceux qui relèvent du secteur formel du soin. » (Gimbert & Malochet, 2011)

Les aidants familiaux apprécieront de constater qu'ils ne doivent finalement le peu de considération qui leur est accordée par les pouvoirs publics qu'à la pression des contraintes démographiques et budgétaires. Ce que nous observons, c'est que le travail fourni de façon informelle par les proches depuis toujours est devenu visible et objet d'intérêt parce qu'il est devenu une nécessité dans un contexte de forte augmentation démographique des personnes dépendantes.

4.2.3 Une aide familiale principalement féminine

Ce qui en revanche n'est toujours pas visible et objet d'intérêt, c'est le *sex ratio* des aidants familiaux : le soin aux malades et aux personnes dépendantes, qu'il s'agisse d'enfants ou de personnes âgées, est une tâche à laquelle les femmes sont massivement assignées par les rapports sociaux de sexe. Les données de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance confirment cet engagement massif des femmes. Toutes générations d'aidants confondues, la proportion de femmes parmi les aidants familiaux varie de 64 % à 80 % selon le type d'aide. Cette proportion connaît en outre d'importantes fluctuations selon la génération d'appartenance de l'aidant : plus les aidants sont éloignés des personnes aidées, plus les proportions de femmes sont importantes. Cette relation entre écart générationnel et féminisation ne s'observe pas pour certaines tâches parmi les moins intimes : faire les courses, sortir du domicile, assurer une présence. En revanche, elle se manifeste clairement pour les autres tâches. Comme si la distance générationnelle rendait les hommes soit moins disponibles, soit moins responsables ou mobilisables, pour apporter de l'aide.

Figure 4 : Proportion de femmes chez les aidants familiaux selon le type d'aide apportée

	Tous aidants confondus	Même génération	Génération des enfants	Génération des petits-enfants
Ménage	76%	67%	83%	93%
Soins du corps	80%	78%	81%	100%
Déplacements à l'intérieur du domicile	72%	62%	80%	100%
Courses alimentaires, achats des médicaments	68%	60%	74%	71%
Sortir du domicile	64%	50%	73%	49%
Aller chez le médecin, gérer les questions de santé	70%	59%	75%	98%
Assurer une présence	70%	66%	75%	48%
Défendre les droits et les intérêts	66%	56%	68%	83%
Gérer le budget, s'occuper des papiers et des démarches administratives	68%	61%	71%	86%

Source : enquête HID 1998-1999, Insee. Traitement : Hervé Polesi

Cet engagement des femmes aux côtés des personnes âgées est globalement occulté dans le discours politique : les rapports institutionnels qui traitent du maintien à domicile omettent souvent de relever cette très forte féminisation de l'aide familiale.

Le recueil de terrain permet d'observer d'autres manifestations du processus d'invisibilité : lors d'une étude auprès des personnes âgées, je devais rencontrer la personne et son aidant familial principal. Je rencontre donc une femme âgée de 80 ans, et son fils unique, identifié comme l'aidant familial principal, ainsi que l'épouse de ce dernier. Au fil de la conversation, il apparaît que c'est la belle-fille qui consacre plusieurs heures par jour à la personne âgée et que c'est bien elle qui occupe la place d'aidant principal. Il apparaît même qu'elle a différé sa recherche d'emploi, profitant d'un arrangement avec Pôle emploi : elle travaille à temps très partiel, mais bénéficiera plus longtemps d'une allocation couvrant la différence entre sa précédente rémunération et celle obtenue par son temps partiel. Ce sont ainsi les allocations chômage de la belle-fille qui, au moment de l'entretien, financent depuis près de 18 mois le maintien à domicile de la vieille femme. Interrogé spécifiquement sur ce sujet en toute fin d'entretien, le fils, soutenu par sa femme, maintiendra que c'est lui, l'aidant familial, puisque lui assure une aide « *en plus de son travail* », alors que sa femme ne fait que « *donner un coup de main, puisqu'elle a le temps* ». Relevons cet effet rhétorique qui relativise l'investissement

selon son poids relatif dans l'emploi du temps. En outre, l'aide apportée par le fils réside spécifiquement dans le couchage : il déplace sa mère du fauteuil roulant au lit. La belle-fille prend en charge les courses, le ménage, la cuisine, etc. Au final, le couchage est présenté comme l'aide principale, puisque technique (le fils a suivi une formation de manutention des corps) et ne pouvant être déléguée. Il s'agit là d'une illustration très concrète de l'effet d'invisibilisation du travail des femmes qui est une des composantes importantes de la division sexuelle du travail.

4.3 Le traitement politique de la question de la main d'œuvre

4.3.1 Le care drain

La question de la main d'œuvre est centrale dans la problématique du maintien à domicile des personnes âgées, et plus globalement de la prise en charge de cette population, y compris dans le cadre d'une vie en institution. En France, entre 1968 et 2009, le ratio entre le nombre de personnes de 25-59 ans et celui de personnes de 75 ans ou plus est passé de 9,0 à 5,3. En outre, les évolutions démographiques ont conduit à une baisse de la fécondité : les moins de 20 ans en 2009 ne représentent que 92 % de l'effectif de 1968. Cette faiblesse démographique rend problématique à long terme la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. D'autres effets, comme la mobilité professionnelle, viennent amplifier le risque de voir une personne âgée dépourvue de soutiens familiaux à proximité et relevant d'une aide exclusivement professionnelle, même dans le cadre d'un maintien à domicile.

Des pays de l'OCDE expérimentent depuis plus longtemps ces problématiques et se retrouvent face à un déficit de main d'œuvre tant familiale que professionnelle pour la prise en charge des personnes âgées. Dans le cadre par exemple du Japon, de multiples causes (baisse de la natalité, absence de migration, évolutions immobilières, réduction des familles, mobilités professionnelles, etc.) ont conduit à une situation relativement critique (Ochiai, 1996). L'ouverture vers une immigration de travail s'avère finalement indispensable : dans un Japon désormais vieillissant, il faut aller chercher à l'étranger la main d'œuvre indispensable (Ito, 2010). Le gouvernement japonais a conclu des « *accords bilatéraux de libre-échange* » (Ribault, 2009) de nature commerciale avec les Philippines ou l'Indonésie : des ressortissantes

de ces deux pays sont reçues au Japon pour être formées et intégrées au système de prise en charge des personnes âgées.

Il s'agit d'un exemple de ce que la littérature scientifique désigne par le syntagme anglais de « *care drain* » : impossible à traduire de façon satisfaisante, le *care drain* désigne le fait de voir une société donnée satisfaire ses besoins de main-d'œuvre à destination notamment des personnes dépendantes en ponctionnant les effectifs nécessaires au sein d'autres pays, moins riches, mais plus dynamiques sur le plan démographique (Lutz & Palenga-Möllenberg, 2012). Le *care drain* se traduit par la mise en mouvements migratoires de femmes ; sous son aspect inédit (des migrations internationales essentiellement féminines) il ne s'agit que d'une déclinaison de la même assignation des femmes à la sphère reproductive que celle qui s'observe à des échelles plus réduites. Sur un plan strictement économique, il s'agit toujours de la même captation d'une force de travail.

Il est certain que la mise en perspective internationale n'est pas anodine pour ceux qui vivent la situation : changer de pays, de langue, ou de culture est difficile et il ne faut pas nier la spécificité du fait migratoire, ni l'effectivité des rapports sociaux de « race ». Mais l'effet recherché, la mobilisation d'une force de travail féminine, reste fondamentalement le même : dans ces contextes nationaux, la consubstantialité des rapports sociaux s'exprime clairement, et les femmes étrangères se trouvent prises à la confluence des rapports sociaux de sexe et des rapports sociaux de « race ».

La situation est moins marquée en France, et les pouvoirs publics n'ont pas encore lancé de programmes d'importation de main d'œuvre. Cela ne signifie pas pour autant que les dynamiques à l'œuvre soient différentes. Nous reviendrons ultérieurement sur la question de l'origine des femmes travaillant comme aide à domicile, et déclinerons le mot « origine » sous ses diverses acceptions. Les services à la personne ont tout de même focalisé l'attention des pouvoirs publics qui y ont vu un important gisement d'emplois potentiels. Entre autres avantages, dans le contexte français où la question de la délocalisation de l'industrie occupe fréquemment les débats publics – nonobstant la réalité ou l'importance de ce phénomène – les emplois dans le service à la personne présentent l'indéniable propriété de ne pas être délocalisables.

4.3.2 Le soutien public au recours à l'emploi d'aide à domicile

Un premier moment important correspond, avec la mise en œuvre de l'allocation personnalité d'autonomie en 2002, à une solvabilisation des personnes et des ménages ayant un besoin d'aide lié à une situation de dépendance : le versement d'une allocation permet en effet à des personnes en situation de dépendance d'acquiescer une prestation de service d'aide. L'utilisation de l'allocation étant conditionnée à la rédaction et la mise en œuvre d'un « plan d'aide », les fonds sont en outre orientés vers des dépenses spécifiques. Le second moment important correspond à la loi dite « Loi Borloo 2005 » qui visait à dynamiser le secteur de l'aide à la personne au-delà de ce qui avait déjà pu être amorcé par la mise en œuvre de l'allocation personnalité d'autonomie (loi n°2005-32 du 18 janvier 2005). Le cœur de la loi Borloo est la défiscalisation partielle des services à la personne : après avoir solvabilisé les ménages, l'État a réduit le coût du recours.

Diverses mesures sont venues accompagner cette défiscalisation : maintien d'un taux de TVA faible, simplification des démarches administratives, réduction des cotisations patronales. La réalité des services à la personne entrant dans le périmètre de la loi de 2005 va bien au-delà du seul secteur de l'aide aux personnes dépendantes. Il s'agit également d'inciter les ménages de la classe moyenne à recourir à des services de ménage, jardinage, ou petit bricolage. Les trois principaux constats devant porter une dynamique de création d'emplois dans les services à la personne sont clairement identifiés :

« [...] cette vision d'une demande en forte croissance est largement partagée. Elle repose sur des facteurs désormais bien connus :

- le vieillissement de la population : le développement des services à la personne demeure très lié aux politiques de la vieillesse et à ce titre la création de la PSD (prestation spécifique dépendance, 1997) puis celle de l'Apa (aide personnalisée à l'autonomie, 2002) ont permis un développement rapide du secteur. Les évolutions démographiques attendues – on estime à 23 % de la population la part des plus de 60 ans en 2010 – nourrissent des perspectives de croissance optimistes ;*
- l'augmentation de l'activité féminine : la population active féminine est passée entre 1968 et 2005 de 7,6 millions à un peu moins de 13 millions. La croissance*

des taux d'activité est nette et s'accompagne de tensions importantes en termes d'articulation des temps sociaux. En effet, les tâches domestiques et parentales demeurent largement supportées par les femmes y compris quand elles sont en emploi. Ainsi, les services à la petite enfance comme les services de « confort » peuvent bénéficier des politiques de conciliation des temps, mises en place par les entreprises notamment via le Cesu préfinancé ;

- enfin, la moindre disponibilité des aidants familiaux, du fait de l'éclatement géographique des familles et de la raréfaction de la prise en charge des parents au domicile des enfants, nourrit une demande potentiellement élevée de services à la personne. » (Devetter, Jany-Catrice, & Ribault, 2009, pp. 43-44)

Ces trois piliers sur lesquels est supposé reposer le « gisement d'emploi » des services à la personne nous renvoient clairement aux rapports sociaux de sexe, et de façon peut-être moins immédiatement perceptible, aux rapports sociaux de « race », sur lesquels nous reviendrons ultérieurement. Il est en effet manifeste que les services à la personne se structurent autour du positionnement des femmes par rapport à leur inscription dans la sphère professionnelle (augmentation du taux d'activité des femmes), leur moindre disponibilité dans la sphère domestique (du fait de leur activité professionnelle accrue et de la transformation des modes de vie qui augmentent les distances géographiques entre les générations) et la croissance supposée des besoins dans la sphère domestique (augmentation de la population âgée dépendante).

Les rapports sociaux de sexe sont centraux, dans la mesure également où l'augmentation du taux d'activité des femmes ne s'accompagne pas d'une réorganisation domestique qui verrait les hommes assumer une part plus importante des tâches domestiques : la répartition entre temps professionnel et temps domestique reste très inégalitaire (Ricroch, 2012).

Ce projet politique d'inscription dans la sphère marchande de tâches auparavant réalisées gratuitement dans l'économie des rapports sociaux de sexe a-t-il été couronné de succès ?

« Le nombre d'établissements publics, associatifs ou privés a connu une croissance forte sur les quinze dernières années. Cette croissance est, pour la dernière période, le fruit d'un effet de substitution assez nette entre les

organismes publics et associatifs d'un côté, dont la croissance stagne depuis le début des années 2000, et la très forte hausse des entreprises privées commerciales de l'autre, surtout depuis 2004-2005.

Cette croissance des structures, très fréquemment mise en avant dans les bilans évaluatifs du plan Borloo, se traduit jusqu'ici par de faibles créations d'emplois. Les employés des entreprises privées commerciales représentent environ 4 % des emplois, et les volumes annuels travaillés sont très faibles dans ce type d'organisations, de l'ordre de 440 heures annuelles. » (Devetter, Jany-Catrice, & Ribault, 2009, pp. 22-23)

En termes de créations d'emploi, le bilan ne semble donc pas merveilleusement positif. En revanche, il y a manifestement eu un transfert d'activité du secteur à but non lucratif vers le secteur privé commercial, ce qui correspond à une véritable marchandisation de ce qui était, il y a encore peu, une activité relevant presque exclusivement de la sphère domestique. Pour autant, les salariées enregistrées sous le code 563b (Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales) dans la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de l'Insee représentent un groupe bien à part dans le paysage national de l'emploi salarié. En effet, en premier lieu l'exploitation des informations issues des déclarations annuelles des données sociales (DADS)¹² nous révèle que, pour l'année 2008, ce groupe professionnel compte 36,8 femmes pour 1 homme : il n'y a guère que les métiers de sage-femme (PCS 431e, 48,7 femmes pour 1 homme) et d'auxiliaire de puériculture (PCS 526c, 68,3 femmes pour 1 homme) qui présentent des taux de féminisation supérieurs. Par ailleurs, le groupe des aides à domicile représente 3,41 % des emplois des

¹² « La déclaration annuelle des données sociales (DADS) est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés, en application de l'article R243-14 du code de la Sécurité sociale (Décret du 24 mars 1972) et des articles 87.240 et 241 de la loi 51-711 du 7 juin 1951 du code Général des Impôts.

Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs, y compris les administrations et les établissements publics, fournissent annuellement et pour chaque établissement, la masse des traitements qu'ils ont versés, les effectifs employés et une liste nominative de leurs salariés indiquant pour chacun, le montant des rémunérations salariales perçues. »

femmes : cela en fait le cinquième groupe le plus important après les secrétaires (PCS 542a, 4,24 %), les caissiers de magasin (PCS 552a, 3,61 %), les nettoyeurs (PCS 684a, 3,50 %) et les employés de libre-service du commerce et magasiniers (PCS 551a, 3,50 %).

4.3.3 Les particularités du secteur de l'aide à domicile

Le secteur de l'aide à la personne, s'il partage avec d'autres un poids important au sein de l'emploi salarié, se distingue cependant de tous les autres secteurs par des caractéristiques remarquables. La première de ces caractéristiques est la diversité des structures juridiques qui assurent l'encadrement de l'emploi. Historiquement, ce sont les structures religieuses qui ont assuré ce type de services, avant de se structurer en associations à but non lucratif. Les associations de parents ou de malades ont également investi le secteur. La prétendue faiblesse du niveau de qualification requis pour assurer l'aide à domicile en a par ailleurs fait un terrain de choix pour des structures d'insertion par l'activité économique : par ailleurs ce secteur n'était pas particulièrement attractif et concurrentiel et laissait donc une réelle opportunité d'activité pour des personnes en insertion. Enfin, les effets sociaux et démographiques dont nous avons déjà exposé les grandes lignes ont amené les acteurs privés à but lucratif à s'investir dans l'aide à domicile.

Nous sommes donc face à un secteur d'activité couvert par acteurs aux identités (associations, structures d'insertion, sociétés anonymes à responsabilité limitée, entreprises unipersonnelles) et aux finalités divergentes (but lucratif ou non). En outre, nous devons tenir compte du fait que des employeurs peuvent être simplement des particuliers, dans ce qui est désigné par le syntagme « emploi en gré à gré ». Nous devons également faire mention de la différence entre l'emploi en mode « prestataire » et « mandataire » : en mode « prestataire », la structure emploie directement le salarié, alors qu'en mode « mandataire », c'est le particulier qui est l'employeur, la structure ne faisant que prendre en charge les démarches administratives. Cela fait un ensemble relativement hétéroclite de cadres d'emploi pour les personnes travaillant comme aide à domicile.

La seconde de ces caractéristiques qui distingue le secteur de l'aide à domicile des autres secteurs d'emploi est le fait qu'il échappe au cadre classique de l'emploi salarié. Pas de lieu unique de travail, pas de continuité des horaires, etc. Ces éléments font de l'aide à domicile un

secteur particulier au regard des cadres standards de l'emploi salarié. En outre, la relation historique avec l'emploi domestique et l'implication dans l'intimité contribuent à mettre l'aide à domicile « hors cadre » (Angeloff, 2003). Nous aurons l'occasion de revenir sur cet aspect du métier ; en effet, si le secteur de l'aide à domicile échappe aux cadres classiques de l'emploi salarié, il échappe en particulier aux dispositions de la médecine du travail mises en œuvre pour protéger les salariés des nuisances du travail. Les médecins du travail doivent en effet censément se déplacer sur le lieu de travail pour pouvoir suivre de façon pertinente les salariés, et connaître de façon détaillée la liste des tâches.

Conjuguant à la fois très forte féminisation et poids important dans l'emploi salarié total, le groupe des aides à domicile est loin d'être négligeable en tant qu'objet sociologique, d'autant que ce type d'emploi présente la particularité forte de s'exercer au domicile de particuliers, dans le registre de l'intime. Ce que nous avons pu voir des dynamiques en matière de santé au travail nous invite donc tout particulièrement à nous pencher avec attention sur ce secteur : féminisé, il sera par nature négligé, et son invisibilité est accentuée par sa dimension domestique, tant du fait qu'il ne s'agit jamais « que » de faire ce que font quotidiennement et gratuitement d'autres femmes, que du fait que l'activité est véritablement soustraite à la vue publique puisque s'exerçant à domicile. La transformation du secteur opérée au cours des dernières années et sa marchandisation viennent accentuer la préoccupation que nous pouvons avoir de ces femmes, de leurs conditions de travail, de leur santé.

5 Les auxiliaires de vie

Comme nous allons le voir, les salariées de l'aide à domicile sont des femmes et elles comptent beaucoup d'étrangères. Nous nous pencherons sur le parcours de vie de ces salariées et sur l'ensemble des éléments qui concourent à déterminer leur profil et qui vont également venir jouer directement et indirectement le rôle de déterminants de la santé des femmes, au travers de l'influence du travail sur la santé.

5.1 L'aide à domicile, un champ hyperféminisé

5.1.1 Une proportion de femmes qui s'élève à 98 %

Nous avons déjà vu que les salariés qui interviennent au domicile des personnes dépendantes dans le registre de l'aide à domicile sont en très large majorité des femmes. Rappelons que les données de l'enquête emploi de l'Insee nous indiquent que 93 % des salariées du champ « services à la personne » sont des femmes, cette proportion n'étant que de 45 % parmi les autres actifs occupés. La division sexuelle du travail produit ici ces effets les plus manifestes. La différence est encore plus marquée si nous focalisons notre attention sur la seule profession et catégorie socioprofessionnelle des aides à domiciles (PCS 563b) : 98 % des salariées de cette profession sont des femmes.

Les auxiliaires de vie rencontrées sont bien conscientes de cette très forte féminisation du métier. Les hommes en particulier savent combien leur présence constitue une forme d'étrangeté.

« Vous voulez que je vous dise pourquoi je fais un métier de bonne femme ?
[rire] » [Antoine, auxiliaire de vie]

Nous avons interrogé directement les auxiliaires de vie et les responsables de structure sur les raisons de ce déséquilibre du *sex ratio* au sein de la profession. Les réponses qu'ils nous ont apportées sont très pragmatiques, et très éloignées pour une bonne part d'entre elles de l'image toute faite d'un « métier de bonne femme », invitant à reconsidérer ce qui peut se cacher derrière cette étiquette manifestement péjorative. Prises dans l'assignation au *care* par les rapports sociaux de sexe, la majorité des femmes rencontrées ont un regard très critique et distancié sur cette assignation.

5.1.2 *L'explication du sex ratio par le salaire*

En illustration de ce regard critique, la raison la plus fréquemment invoquée pour expliquer ce *sex ratio* est tout simplement d'ordre salarial. L'idée que défendent les auxiliaires de vie est que les hommes étant socialement tenus de rapporter le plus gros salaire de la maison, il peut difficilement être envisagé qu'un homme assume cette obligation avec une rémunération d'intervenant à domicile.

« Pour faire bouillir la marmite dans la famille idéale, peut être que le salaire d'auxiliaire de vie ça ne suffit pas, peut être que c'est considéré comme un salaire d'appoint. » [Mia, auxiliaire de vie]

Loin d'idées toutes faites sur une supposée nature féminine et d'une disposition naturelle aux travaux de *care*, c'est donc par le traitement salarial que les auxiliaires de vie expliquent la très forte féminisation de leur profession.

Nous rencontrons cependant des interlocuteurs qui mettent en doute cet effet de sélection par le salaire. Laurence [directrice de structure] considère que les possibilités salariales ne sont pas plus mauvaises dans le secteur que dans d'autres, pourtant fortement masculinisés :

« [...] les mecs qui se font griller dans les centrales, ils sont pas payés plus cher. Nous on a une grille, vous pouvez monter à 13 euros de l'heure à la fin. Donc si on veut être honnête, je ne suis pas sûre que ça soit ça. » [Laurence, directrice de structure]

Nous ne disposons pas de données précises sur les « mecs qui se font griller dans les centrales », mais nous savons que des postes très masculins et faiblement rémunérés existent, dans lesquels confrontés à l'arbitrage entre santé et emploi, les salariés favorisent majoritairement l'emploi, au détriment de leur santé (Thébaud-Mony, 2000). En ce qui concerne les aides à domicile, il est cependant remarquable d'observer que les rares hommes ont un salaire supérieur de 33 % à leurs homologues féminines, toutes choses égales par ailleurs (Marquier, 2010).

Nous retrouvons là un écart constaté globalement dans le monde du travail (Bihr & Pfefferkorn, 2002) : mais l'analyse effectuée permet de supprimer tous les effets annexes qui pourraient expliquer cet écart. Sont ainsi pris en compte l'ancienneté, le temps de travail, le diplôme le plus élevé obtenu, le type de public bénéficiaire, le type de contrat de travail, le fait de travailler le week-end, etc. Au final, pour expliquer ces 33 % d'écart, l'auteur ne peut que constater que « *le genre joue à plein dans ces disparités, les hommes de cette profession (2 %) gagnant un tiers de plus que les femmes* ». Soit il existe un important facteur explicatif du niveau de salaire qui nous échappe, soit nous sommes en face de ce que Dominique Meurs et Sophie Ponthieux ont nommé la « part inexpliquée » de l'écart salarial, qu'aucun facteur objectif ne vient justifier et qui ne repose que sur « *une pénalisation salariale à l'encontre des femmes* » (Meurs & Ponthieux, 2000).

Avec l'ensemble de ces éléments, nous sommes invités à suivre la logique que nous propose Laurence : si les quelques hommes travaillant comme auxiliaires de vie touchent un salaire supérieur d'un tiers aux femmes toutes choses égales par ailleurs, alors nous sommes fondés à croire que le sexe est un critère de rémunération bien plus déterminant que l'ensemble des autres critères présents. Cela nous invite à considérer que la féminisation du métier n'a rien à voir avec le faible niveau de rémunération, mais au contraire que la faible rémunération est la conséquence du caractère féminisé du métier. Le sexe est le critère de sous-rémunération, comme le résume Jules Falquet :

« [...] *les rapports sociaux de sexe [permettent] eux aussi « magiquement » que soit attribué aux femmes une rémunération de loin inférieure à celle que le critère méritocratique pourrait jamais justifier.* » (*souligné par l'auteur*) (Falquet, 2009, p. 75)

L'assignation des femmes à ce champ d'activité qu'est le soin aux personnes dépendantes se double d'une sanction économique : quelle raison à cela ? Les femmes interrogées nous livrent, à travers leur compréhension des enjeux, une clé d'analyse : le salaire d'une auxiliaire de vie ne permet pas de faire vivre une famille, ce ne peut être qu'un salaire d'appoint. La faible rémunération inscrit les femmes concernées dans une dépendance économique structurelle : si les tâches auxquelles elles sont assignées sont mal payées, en tous cas insuffisamment pour « *faire bouillir la marmite* », elles n'ont pas d'autre choix que celui de dépendre du salaire d'un homme, à moins de renoncer à la réalisation de « *la famille idéale* ».

Dans le même temps, le fait que le salaire soit faible justifie *a posteriori* que ce soient des femmes qui occupent ces emplois, au moins aux yeux des premières concernées. Le tour de passe-passe est complet : les femmes croient qu'elles occupent ces postes parce qu'ils sont mal payés alors qu'ils ne sont mal payés que parce que ce sont des femmes qui les occupent.

5.1.3 L'explication du sex ratio par la nature ménagère des tâches

Cette lecture malgré tout pragmatique qu'ont nos informatrices de leur métier et de sa forte féminisation se complète d'autres considérations, notamment sur le fait que ce travail est trop centré sur des tâches ménagères pour lesquels les hommes n'ont pas acquis les compétences dans leur socialisation. L'idée d'employer des hommes fait beaucoup rire Rosalie, auxiliaire de vie (« *c'est pas sérieux. S'ils savaient faire quelque chose...* »), tandis que Jade, auxiliaire de vie, considère, sur le ton de l'humour, que ce serait le meilleur moyen de faire mourir les bénéficiaires. Il est intéressant de relever cette conscience de la nécessité de compétences techniques nécessaires, d'autant qu'elle est éloignée de considérations technocratiques qui postulent que l'aide aux personnes dépendantes ne nécessite pas de compétence et peut donc être confiée à n'importe qui :

*« Beaucoup d'emplois de SLD n'exigent qu'un niveau de compétence relativement faible. Le niveau d'instruction exigé des soignants s'en trouve réduit. [...] »
(Fujisawa & Colombo, 2009).*

La question de la socialisation et plus largement de « l'expérience » est diversement mobilisée, tant pour expliquer l'absence quasi-totale d'hommes dans le métier, que pour justifier la présence des quelques hommes.

« Et eux, se retrouvent en général dans les métiers comme ça parce qu'ils ont aidé leur grand-mère. C'est les trois cas qui travaillent chez nous, ils ont aidé leur grand-mère qui a habité avec eux, grand-mère et grand-père et ils ont fait la chambre, ils ont tout fait. » [Noémie, auxiliaire de vie]

Nous ne sommes malheureusement pas en mesure de produire d'entretien avec l'un de ces hommes, qui ont tous trois décliné l'invitation à s'exprimer sur leur exercice professionnel, sous des prétextes divers. Les acquis de la socialisation semblent donc légitimer la forte

féminisation du métier tout en offrant une explication pertinente à la présence de quelques hommes. Cette construction ne tient malheureusement pas face à la confrontation avec un fait largement constaté par nos différents informateurs : la socialisation qui fait défaut aux hommes et rend difficile leur insertion dans le champ d'activité s'avère également faire défaut à bon nombre de femmes. Le recrutement se heurte ainsi à l'absence de compétences chez les femmes qui se présentent en entretien d'embauche :

« Ben des choses toutes simples, comme faire du repassage. On a découvert qu'il y a énormément de gens parmi les jeunes, qui ne savent pas repasser. Parce qu'ils repassent plus aujourd'hui. Mais chez les personnes âgées y a du repassage à faire. [rire] C'est ballot, mais donc voilà, ça fait partie des critères. Pareil pour la cuisine, faire un peu de cuisine. On demande pas du gastronomique, mais faire un petit peu de cuisine, ce sont des choses que les jeunes ne maîtrisent plus [...] C'est ce qu'on apprenait pour le certificat d'étude pour les jeunes filles, en 1940, on leur apprenait le repassage etc. tout à faire, de la couture.. » [Alicia, responsable de structure]

À entendre certains informateurs, ce déficit en compétences domestiques est tellement criant que la valeur relative des professions s'inverse. Alors que le titre d'auxiliaire de vie dépend d'un parcours de formation et de diplôme et que celui d'aide-ménagère est accessible sans aucune forme de qualification, la rareté de l'une vis-à-vis de l'autre peut être inversée :

« C'est plus difficile de trouver une bonne aide-ménagère qu'une bonne auxiliaire de vie. [...] » [Jacob, responsable de structure]

Alors si au final, ce n'est ni une question de salaire, ni une question si nette de compétences, que peut-il rester pour expliquer cette très forte féminisation du secteur. L'un des aspects de la division sexuelle du travail est la captation par les hommes des travaux à forte valeur sociale. La conséquence de cette captation est la relégation des femmes aux travaux à faible valeur sociale.

5.1.4 Travail de femmes et faible reconnaissance sociale

Cette question de la valeur sociale, du prestige, de la reconnaissance, fait cruellement défaut dans le cas de l'intervention à domicile à en croire nos informateurs. Juliette considère que ce n'est tout simplement pas la place d'un homme pour cette raison d'absence de reconnaissance, et que si un homme veut intervenir à domicile, il doit « *se débrouiller pour le faire avec quelque chose en main* », ce quelque chose devant être une qualification. S'ils souhaitent intervenir dans le *care*, les hommes sont supposés le faire *via* une entrée plus prestigieuse qu'un poste d'auxiliaire de vie ou d'aide-ménagère.

« Je pense qu'ils vont plutôt pencher alors pour infirmier, aide-soignant. Quelque chose de reconnu¹³. Mais l'aide à la personne, ça sera, la majorité, ça sera des femmes. » [Maika, auxiliaire de vie]

Dans ce verbatim de Maika, toute la problématique de la division sexuelle du travail que nous pointons est résumée : aux hommes les travaux reconnus, aux femmes les autres travaux. Et clairement, l'aide à domicile souffre d'un net déficit de reconnaissance, en tous cas dans l'esprit de nos informatrices. La figure à laquelle les métiers d'aide à la personne renvoient fréquemment est celle de la « femme de ménage » ou de la « bonne », et clairement, ce n'est pas là une image valorisante.

« D'abord je pense qu'il reste une image qui n'est pas toujours valorisante. Donc pour ces métiers-là. D'ailleurs il y a des personnes qui disent « ma femme de ménage ». Moi ça ne me dérange pas à partir du moment où je sais qu'il y a un respect réciproque. Et qu'on apprécie mon travail, qu'on m'apprécie en gros. » [Hélène, auxiliaire de vie]

Pourquoi cette image de « bonne » agit-elle comme une figure-repoussoir ? Principalement parce qu'elle renvoie à des liens de subordinations dont les professionnels de l'aide à domicile ne veulent pas entendre parler, parce que la subordination n'est pas compatible avec la relation qui est supposée s'établir entre aidant et aidé.

¹³ Nous soulignons.

« Donc il y a un décalage entre le client qui considère que c'est leur bonne, parce que l'ancienne génération. Elles qui ont été formées, et à qui on a dit « vous êtes là pour aider ». Donc qui refusent pour certaines de faire cette espèce de statut de bonne. Donc déjà premier problème. [...] je sens un vrai manque de reconnaissance au niveau des salariés. C'est un truc qui les blesse. » [Laurence, responsable de structure]

Les métiers de l'aide à domicile souffrent manifestement d'un déficit de reconnaissance dont peuvent même pâtir les femmes engagées dans la profession. Comment des hommes pourraient-ils souhaiter s'engager dans un domaine aussi peu porteur en matière de reconnaissance ? C'est par la dimension « tâches ménagères » que le métier d'aide à domicile souffre visiblement d'une image de faible valeur sociale : la difficulté tient à la présence de ces tâches domestiques dans un cadre d'aide plus large. Le ménage fait partie des tâches dévolues aux aides à domicile et bien qu'il ne s'agisse pas en théorie du cœur de l'intervention, c'est à ce thème que sont constamment renvoyées les intervenantes. Elles-mêmes sont prises dans cet effet d'attraction.

Dans le *verbatim* suivant, Hélène, auxiliaire de vie, veut nous expliquer que l'aspect du métier qui explique sa forte féminisation est l'aspect relationnel, pour lequel les hommes seraient moins bien disposés. Mais, pour illustrer le fait que son mari ne pourrait certainement pas assurer cet aspect relationnel, elle cite... son refus de passer l'aspirateur :

« Et puis je crois que la parité dans ce domaine, ne se fait pas encore! Voilà. Maintenant est ce qu'il y a aussi l'aspect relationnel. [Vous pensez que les hommes pourraient avoir plus de mal avec cette dimension relationnelle ?] Ça, ça peut dépendre d'un caractère, mais... Moi je pense que oui quand même. D'une part l'image, après... Mon mari il fait un certain nombre de choses à la maison. L'autre jour il a bien reconnu qu'il ne passait jamais l'aspirateur par exemple. Donc je pense que c'est pas encore tout à fait acquis. » [Hélène, auxiliaire de vie]

Cette confusion entre qualité relationnelle et tâche domestique doit nous permettre de deviner ce qui fait toute l'ambivalence de l'intervention auprès de personnes âgées : le « relationnel » en ferait toute la noblesse, et c'est sur cet aspect qu'insistent les auxiliaires de vie, et les tâches ménagères en seraient la part d'ombre qui condamne le métier à sa féminisation.

5.2 Critique de la féminisation du métier

5.2.1 Usages et limites de la dimension relationnelle de la profession

Dans l'un des entretiens exploratoires menés, un médecin du travail a attiré notre attention sur cette particularité du secteur : d'après lui, les difficultés psychologiques et le poids de l'aspect relationnel, bien que réels et non négligeables, servent trop de paravent à tous les autres aspects pénibles du métier, comme notamment la charge physique. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces questions. Mais cette mise en avant de la dimension « relationnelle » fait également écho à d'autres travaux.

Christelle Avril a relevé des différences dans la convocation de la dimension relationnelle chez aides à domicile qu'elle a observées. Il y a une relation positive à cet aspect du travail pour les personnes les moins qualifiées, pour lesquels le secteur de l'aide à domicile est le premier contexte d'emploi. À l'opposé, pour les femmes qui sont venues à ce secteur par défaut, après des emplois occupés dans d'autres secteurs, la dimension relationnelle est mise à l'écart, et le discours sur le métier est centré sur une certaine normativité : l'emploi d'aide à domicile doit être un emploi comme les autres, avec des horaires, des tâches prescrites, un cadre précis (Avril, 2008). Observée auprès d'autres travailleurs, comme les personnels des services de nettoyage en Suisse (Benelli N. , 2011), la convocation – ou non – de la catégorie du « relationnel » marque un écart entre deux catégories d'individus selon le niveau de qualification :

« [...] le relationnel est valorisé par les personnes non qualifiées, tandis que les personnes plus qualifiées et/ou occupant une position plus favorable dans la division du travail s'en distancient. » (Benelli, LeFeuvre, & Rey, 2012)

La mobilisation de la catégorie du « relationnel » permet donc deux césures : l'une entre les femmes, selon le niveau de qualification, l'autre entre hommes et femmes, de part et d'autre de la division sexuelle du travail. Nous retrouvons en toute logique la revendication de la « *compétence relationnelle* » dans le discours des aides-soignantes en milieu hospitalier (Arborio, 2001, p. 108) qui se démarquent ainsi des infirmières, plus « techniques ».

Mais sur tous ces terrains de soin, à domicile ou en institution, si les aides-soignantes ou les aides à domicile se retrouvent en charge d'une bonne partie du « sale boulot », elles ne sont pas non plus tout en bas de l'échelle sociale. Comme le précise Laurence [directrice] dans l'extrait que nous avons déjà cité, même si leur niveau de qualification est bas, les aides à domicile ont été formées : « Elles [...] ont été formées, et à qui on a dit « vous êtes là pour aider ». ». Agent de service hospitalier en institution ou femme de ménage à domicile sont en-deçà de ce niveau de formation des aides-soignantes ou des aides à domicile. Dès lors, une simple « opposition entre « le monde des choses matérielles » (tendanciellement masculin) et « le monde des choses humaines » (principalement féminin) » (Wenceslas, 2004), semble nettement moins heuristique pour rendre compte de ce que sépare la sollicitation de la « compétence relationnelle ».

Car si les plus qualifiés ne veulent pas mobiliser cette catégorie du relationnel, les non-qualifiés ne le peuvent pas : renvoyés à des tâches exclusivement matérielles, « infra-relationnelles » pourrions-nous dire, il existe des catégories de personnel qui ne peuvent prétendre au « relationnel ». La concentration de leur travail sur les actes précis liés à l'hygiène et au nettoyage ne laissent pas de place à l'interaction avec les patients ou les bénéficiaires : ce sont les « bonnes », celles-là mêmes qui font office de figure-repoussoir pour les aides à domicile. Car bien que la notion de « relationnelle » soit assurément floue et surtout « tacitement féminisée » (Cartier & Lechien, 2012), elle présuppose toute de même un minimum de proximité. Nous verrons ultérieurement que, sur le terrain de l'intervention à domicile, l'aspect « relationnel » est manifestement tacitement féminisé, mais également explicitement « racisé » puisque les femmes d'origine étrangère peuvent être tenues à distance des bénéficiaires et cantonnées dans l'exécution de tâches de ménage. Nous n'oublions pas que les rapports sociaux de sexe ne sont pas les seuls à l'œuvre et qu'il nous faut notamment tenir compte de l'expression des rapports sociaux de « race ».

5.2.2 Refus de l'essentialisation

En tous cas, les auxiliaires de vie n'associent pas explicitement « féminité » et capacité au « relationnel ». En effet, pratiquement aucune des personnes que nous avons entendues ne renvoie directement à une supposée nature féminine, en dehors de William, auxiliaire de vie, qui explique son implication dans le métier par sa « *part de féminité* ». Il n'y a guère que

Alice, auxiliaire de vie, qui laisse échapper une remarque qui pourrait renvoyer à une essentialisation des sexes sociaux, lorsqu'elle nous parle du rapport à la mort :

« Et puis après donc elle a été mise au reposoir parce qu'ils appellent ça un reposoir dans la structure, et cette dame avait toujours une espèce de peluche avec elle qu'elle aimait beaucoup et son tuteur m'a dit : « Tu ne crois pas qu'elle serait bien comme elle voulait être incinérée qu'on lui mette son petit machin ? » Je dis « Oui bien sûr ». Et lui étant un homme¹⁴, il me dit : « Oui mais tu sais moi je n'ai pas trop envie d'aller en bas. » J'ai dit : « Tu crois que moi j'ai envie d'y aller ! ». Oui mais alors j'ai dû descendre au reposoir » [Alice, auxiliaire de vie]

En fait, Alice ne signifie probablement pas une différence de nature entre le tuteur et elle qui disposerait différemment par rapport à la mort : elle souligne simplement une relation de caractère hiérarchique. Le tuteur « *étant un homme* » peut simplement se permettre de décider ne pas « *aller en bas* », contraignant Alice à faire ce qu'elle n'avait pas envie de faire : après avoir établi la nécessité de déposer la peluche avec le cadavre, le tuteur peut décider que c'est Alice qui réalisera ce geste difficile. Ce que dit Alice, c'est que le sexe du tuteur lui permettait d'accéder naturellement à une position d'autorité que rien de venait justifier par ailleurs : en effet, il n'existe pas de lien hiérarchique formel entre eux deux.

Certaines informatrices vont même plus loin dans la « dénaturalisation » de la profession et soulignent clairement la conscience qu'elles ont du caractère tout à fait contingent de cette répartition des tâches : pour elles, le fait qu'il n'y a que des femmes dans le secteur de l'aide à domicile n'est pas lié à autre chose qu'une construction sociale. Elles soulignent que cela pourrait changer, en même temps que pourraient changer les représentations.

« Parce que je pense que c'est antérieur, parce que ça vient encore des années précédentes où on se disait c'est un métier de femmes. Aide-soignante c'est un métier de femme, mécanicien c'est un métier d'homme. Je pense que ça vient encore beaucoup de là. Parce que dans d'autres secteurs ça se développe quand même. On voit quand même de plus en plus d'aide-soignants et d'infirmiers tout ça quoi. Je pense que ça se développera avec le temps. Je pense que c'est ça.

¹⁴ Nous soulignons.

Après je ne sais pas, peut être que c'est plus difficile pour un homme de faire une toilette, je ne sais pas. Je ne pourrais pas trop vous expliquer là-dessus. J'ai pas vraiment de point de vue parce que chaque personne est différente. Donc au fond il y en a qui serait capable de le faire, mais il faudrait qu'ils le voient pour pouvoir y arriver parce que ça leur viendrait pas d'eux-mêmes. Et y en a d'autres, qui de toute façon ne pourraient jamais y arriver. Comme il y a des femmes qui pourraient pas... » [Camille, auxiliaire de vie]

Dans son commentaire, Camille renvoie la disposition à être aide à domicile à des déterminants individuels et non à une détermination genrée, constatant qu'il existe des femmes qui ne se projettent absolument pas dans ce type d'activité professionnelle. Pour Camille, comme pour d'autres, la répartition par sexe des emplois tient à des représentations qui ne demandent qu'à changer.

5.2.3 Un acteur qui résisterait à la mixité : le bénéficiaire

Après tous ces déterminants avancés pour expliquer la très forte féminisation du métier, il en reste un dernier que nous retrouvons fréquemment dans les discours : il s'agit des réactions des bénéficiaires. Visiblement, pour une majorité d'entre eux, l'idée d'avoir un homme à la maison ou pire, de se faire faire la toilette par un homme, n'est visiblement pas acceptable.

« Nous on avait défini avec le fils, tout le monde était d'accord que ça soit un homme. Il est arrivé, la petite mamie lui a refusé la porte. Elle a ri pendant dix minutes avec sa copine. Elle nous a téléphoné, elle nous a dit « Yo, c'est pas possible ! » Et elle a raccroché. » [Laurence, responsable de structure]

Cette réticence des bénéficiaires, qui pose des problèmes aux structures qui embauchent malgré tout des hommes et qui ont du mal à les placer, se retrouve même chez les intervenants eux-mêmes. En effet, en se projetant dans l'âge, certains reproduisent cet effet de clivage et imaginent partager cette gêne.

« Honnêtement, moi j'aurais 80 balais, pas sûr que j'aurais envie que ce soit un homme qui vienne me nettoyer les pieds. J'en sais rien. Donc je pense que c'est une première difficulté, clairement. » [Florence, auxiliaire de vie]

Ce discours présente tout de même des failles importantes. La première de ces failles est l'inconstance. En effet, si la question de l'accueil des hommes par les bénéficiaires est mise en avant uniformément par tous les informateurs, les discours divergent dès que nous creusons plus avant. Comparons par exemple les propos de Jacob et ceux de Florence ; pour le premier les bénéficiaires masculins préfèrent l'intervention d'hommes, pour la seconde, les bénéficiaires masculins préfèrent l'intervention de femmes :

« Par contre on a quand même maintenant régulièrement des bénéficiaires hommes, notamment pour tout ce qui est toilette intime etc. qui préfèrent que ce soit un homme qui le fasse. Après vous avez ceux qui s'en fiche. Tant que c'est bien fait. D'ailleurs tous nos intervenants hommes sont bien appréciés. Qui ne veulent pas en changer, qui s'y sont fait. » [Jacob, responsable de structure]

« Mais les hommes si on leur demande, eux ils préfèrent les femmes, c'est du radical [rire]. Alors ça c'est... J'en ai des messieurs, impossible de leur mettre un homme qui leur fait la toilette mais je ne sais pas pourquoi mais ils ne veulent pas. Ils disent « Non, non, moi je préfère que ce soit une dame qui vienne ». » [Florence, auxiliaire de vie]

Ces divergences, exprimées avec beaucoup de conviction, invitent à la prudence. D'autres informateurs plus nuancés, comme Camille, concluent sur cette question en considérant que, finalement, les représentations changeront le jour où les faits s'imposeront.

« Mais si le secteur était plus développé, au final ça ne choquerait plus personne, si maintenant ça devenait courant, comme on voit de plus en plus de femmes mécaniciennes. Je prends l'exemple, ça ne choquerait plus personne à long terme. » [Camille, auxiliaire de vie]

C'est également la position de Gabriel, responsable qui souhaite à terme arriver à un équilibre des sexes parmi ses salariés, pour « *changer l'image du métier* ». Pour ces acteurs, la question de la réception d'intervenants de sexe masculin n'est pas un véritable problème et la supposée réticence des bénéficiaires ne peut servir de prétexte et ne doit pas occulter les effets autrement plus massifs de la division sexuelle du travail.

5.2.4 Certaines conditions favorables à l'emploi d'hommes ?

Cependant malgré le caractère massif de l'expression de la division sexuelle du travail dans le champ de l'aide à domicile – rappelons qu'il y a 98 % de femmes – il y a tout de même quelques hommes qui exercent, que nous avons eu du mal à rencontrer. Si les bénéficiaires sont si rétifs à l'idée d'être assistés par des hommes, il doit tout de même y avoir des situations justifiant ou légitimant l'emploi d'hommes. D'après nos informateurs, le recours à des hommes est justifié par des situations spécifiques, avec des bénéficiaires particuliers. Nous trouvons dans nos entretiens un inventaire de situations qui ont en commun d'être des situations « hors normes » : cas psychiatriques, perversion sexuelle, personnes excessivement lourdes.

« Oui pour les cas psychiatriques, c'est mieux. Parce que un schizophrène par exemple ou autre, pathologie psychiatrique, c'est souvent quand même des jeunes hommes qu'on a, au niveau clientèle et ils osent moins face à un homme par rapport à une femme. » [Maélien, auxiliaire de vie]

« Ben le premier homme qu'on a embauché, c'était justement par rapport à un cas d'un monsieur qui confondait intervenante et prostituée. » [Alicia, auxiliaire de vie]

« Vous avez 40 auxiliaires de vie, vous avez 2 bonshommes dans le service. On était 2 à l'époque, on doit être 3 maintenant je crois. Vous allez envoyer qui sur les postes où il y a de la manutention ? Pour soulever les malades ? Bibi ou la collègue qui fait 50 kilos toute mouillée ? Voilà ! Donc je suis allé sur des postes difficiles. » [Nathan, auxiliaire de vie]

Que faut-il donc pour que se justifie l'emploi d'hommes en tant qu'auxiliaire de vie ? Il faut manifestement une situation exceptionnelle, ou en tout cas hors-norme, en dehors du cadre habituel d'intervention. La situation qui justifie l'emploi d'un homme est une situation qui présente un risque, une difficulté particulière identifiée et qui renvoie aux idées selon lesquelles les hommes sont plus forts, imposent plus de respect, offre une réponse aux problématiques sexuelles. Nous retrouvons là une des frontières habituelles entre emploi masculin et emploi

féminin : le danger supposé ou la difficulté prétendue entrent dans la détermination des « travaux virils ». Antoine [auxiliaire de vie] peut ainsi défendre une position où, certes, le détail des tâches est du registre du « *travail de bonne femme* » mais où la somme de ces parties est virile, parce que difficile :

« À ceux qui me demandent, je leur explique que oui, on fait la cuisine, les toilettes et on torche les gens, mais au final, c'est plus viril qu'autre chose comme travail, parce que bon, on se cogne tous les jours la réalité de la vie, brute, nette et sans bavures. » [Antoine, auxiliaire de vie]

Pourquoi ne pas former les personnels féminins à la gestion des cas psychiatriques ? La force physique seule compense-t-elle la méconnaissance des gestes de manutention ou l'absence d'un équipement ? Les situations qui légitiment selon nos informateurs l'emploi de salariés masculin dans cet environnement hyperféminisé produisent surtout un effet rhétorique relativement simple : le fait que les situations particulières appellent l'intervention d'hommes confirme par retour l'idée que les situations usuelles peuvent largement être gérées par des femmes. La présence des hommes dans le métier peut rester exceptionnelle, puisqu'elle répond à des situations exceptionnellement difficiles, ce qui confirme qu'il s'agit bien d'un métier propre à être occupé par des femmes.

Dans ces réponses sur les situations amenant à solliciter les services de professionnels masculins se déploie une vision toute faite des avantages des hommes sur les femmes, basée sur des présupposés de supériorité physique et d'autorité. Il faut noter ici un effet particulier : les hommes qui exercent le métier d'aide à domicile ne sont pas tenus d'embrasser une identité « féminine » et de se couler dans le moule des prétendues « qualités » d'une muliérité fantasmée. Ils peuvent conserver une posture « virile », sachant que muliérité et virilité désignent ici le conformisme des individus aux conduites sexuées requises par la division sexuelle du travail (Molinier & Welzer-Lang, 2007). Autrement dit, les hommes travaillant comme aide à domicile ne sont pas tenus de « trahir leur sexe » pour embrasser les caractéristiques de l'autre sexe. C'est d'autant plus intéressant que la situation opposée, c'est-à-dire l'insertion de femmes dans un milieu professionnel masculin, se fait au prix de la virilisation des femmes concernées.

Geneviève Pruvost le décrit très clairement pour les femmes dans la police, montrant comment la féminisation des effectifs ne remet pas en cause la virilité de la profession, puisque les femmes sont tenues d'endosser l'habit viril de circonstance :

« La neutralisation de la division sexuelle du travail et l'indifférenciation dont il a été précédemment question passent en partie par la virilisation des femmes. En dépit de la progression, depuis les années 1970, du modèle de la prévention et de la proximité citoyenne, et de l'émergence d'une plainte policière sur leurs conditions de travail (du type : on n'est pas des surhommes), le modèle viril continue d'être une référence dans l'exercice du métier. [...] En conséquence, doivent être mis à distance les stéréotypes féminins de fragilité, d'émotion et de compassion. Sont valorisés deux éléments typiques de la virilité : « force, courage, la capacité à se battre » et disqualification du féminin, entendu comme mollesse physique et affective. » (Pruvost, 2008)

Les deux situations, hommes dans un métier « de femmes » et femmes dans un métier « d'hommes », ne sont donc pas le miroir l'une de l'autre. La virilité des hommes est préservée même dans un cadre d'exercice féminin, parce que les qualités supposément rattachées à cette virilité sont toujours valorisables. À l'opposé, les qualités rattachées à la muliérité des femmes ne sont pas valorisables en dehors des cadres habituels d'exercice féminin : dans des métiers masculins, les femmes sont supposées se comporter avec virilité. Ce différentiel pointe, comme d'autres indices, d'une part la moindre valeur relative des métiers « de femmes » par rapport aux métiers d'hommes, mais également de la moindre valeur absolue des qualités professionnelles rattachées à la muliérité.

Au final rien de ce que nous avons pu recueillir ne légitime ou n'explique rationnellement l'assignation des femmes au secteur de l'aide à domicile. La seule chose qui permette de comprendre cette féminisation importante est l'expression des rapports sociaux de sexe. Ce point est important car cela signifie que les raisons pour lesquelles les femmes sont si majoritaires dans l'aide à domicile n'ont pas grand-chose à voir avec une construction rationnelle : il n'y a pas de raison autre que la construction sociale.

5.3 Une présence élevée de femmes étrangères

5.3.1 Données objectives

Les dynamiques internationales dont nous avons déjà parlé en évoquant le *care drain* nous invitent à nous interroger sur l'origine de ces femmes. En effet, rappelons que, dans les pays dont le vieillissement est plus marqué qu'en France, le recours à l'importation d'une main-d'œuvre féminine étrangère est conçu comme une solution. En combinaison « consubstantielle » des rapports sociaux de « race » avec les rapports sociaux de sexe, nous pouvons nous attendre à observer une double articulation : les femmes sont assignées à la sphère reproductive, et dans cette assignation, il y a un clivage selon l'origine. Rappelons cette citation d'Angela Davis :

« Je n'aurais jamais fait partie des mouvements féministes américains des années 1970. Ces femmes étaient bien trop bourgeoises pour moi ! En grande majorité, elles étaient blanches et se battaient pour le droit au travail et à l'avortement. Les Noires avaient déjà un travail, mais comme domestiques. »

Le contexte des années 70 n'est plus d'actualité, et la France n'est pas les États-Unis d'Amérique : pour autant, c'est bien de cela qu'il s'agit. Il est d'ailleurs possible de considérer la croissance des services à la personne comme une réactivation du recours à la domesticité dont pouvaient profiter les familles des classes moyennes (Devetter, Jany-Catrice, & Ribault, 2009). Le point que nous pouvons retenir comme enjeu de la réorganisation entre les femmes et leurs femmes de ménage tient dans la définition du « sale boulot » (Hughes, 1997) : toutes ces tâches dont on se décharge dès que l'on peut, notamment parce qu'elles mettent en rapport avec la souillure, la souillure étant le lot de l'étranger (Benelli N. , 2011) quelle que soit la façon dont se décline cette étrangeté.

Nous avons déjà éclairé précédemment que dans le cadre strictement privé, plus l'écart générationnel entre la personne aidée et la personne aidante était important, plus certaines tâches spécifiques, comme le ménage ou les soins du corps, étaient dévolues aux femmes : avec ce que nous savons des rapports sociaux de sexe, cela désigne clairement ces tâches comme relevant du « sale boulot ». Nous pouvons raisonnablement nous attendre à ce que,

lorsque l'occasion se présente, les femmes en charge de ces tâches les délèguent à d'autres femmes infériorisées par le jeu des rapports sociaux de « race ».

La législation en vigueur en France rend difficile les approches quantitatives en matière d'origine ethnique réelle ou supposée. L'analyse des données issues de l'enquête emploi nous permet cependant d'observer des éléments pertinents pour notre étude : les nationalités et pays de naissance des salariés sont en effet recueillis. Bien qu'il ne s'agisse que d'éléments indirects, ils sont de nature à nous éclairer sur l'expression empirique que nous recherchons. En première intention, ces données confirment la très forte féminisation du secteur. Les salariés qui nous intéressent sont à 93 % des femmes, alors qu'elles ne représentent que 45 % des autres personnes actives, ce qui concorde avec les données de la littérature. Pour la simplicité du propos, nous allons restreindre la poursuite de nos analyses aux seules femmes. Comme nous l'attendons, 16 % des salariées « services à la personne »¹⁵ sont d'une nationalité autre que française, contre 3 % des autres femmes actives occupées. Ce qui est peut-être moins attendu est la répartition par nationalité de ces femmes : la plus grande part des étrangères est de nationalité portugaise (48 % d'entre elles). Viennent ensuite les ressortissantes d'Afrique subsaharienne (15 %), les Marocaines (10 %) et les Algériennes (9 %).

5.3.2 Répartition des tâches selon l'origine et le contexte

Cependant, si les spécialistes du traitement statistique nous invitent à considérer en commun les salariées de la PCS 563b et celles de la PCS 563c, le positionnement des informatrices que nous avons rencontrées nous invite à distinguer ces deux catégories. En effet, la PCS 563b relève de l'aide à la vie quotidienne et en cela excède largement le simple ménage : les auxiliaires de vie, qu'elles soient ou non titulaire d'un diplôme, soulignent bien cette différence, dans une hiérarchie évidente. Les femmes de ménage ne sont « que » femmes de ménage, alors que les auxiliaires de vie, quand bien même lorsqu'elles n'interviennent que pour réaliser le ménage, sont bien plus que des femmes de ménage : elles sont en relation avec

¹⁵ Rappelons que nous désignons par « services à la personne » les salariées de deux PCS de la nomenclature Insee : 563b (aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales) et 563c (employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers).

les personnes aidées, elles proposent une « *prise en charge globale* » [Alice, auxiliaire de vie]. Même si le ménage entre dans le cadre de leurs attributions, elles refusent de se voir limitées à ce type de tâche :

« Moi je veux bien faire du ménage. Il faut le faire, puisque... Moi je dis toujours : « Je fais pour eux, ce que je fais pour moi ! ». Donc je me lave, je mange, je vais me promener, je vais faire mes courses, et je fais mon ménage aussi. Et je fais pareil pour eux. Mais je ne dois pas faire que du ménage. Ca c'est pas bon! Ça ne va pas ! » [Zoé, auxiliaire de vie]

Certains bénéficiaires comptent d'ailleurs parmi leurs intervenants des femmes de ménage et des auxiliaires de vie, qui sont clairement identifiées et distinguées. Cette distinction rebat les cartes en matière de nationalité : les salariées de la PCS 563b sont certes toujours nettement plus nombreuses à être de nationalité étrangère que les salariées hors « services à la personne » (8 % vs. 3 %), mais les salariées de la PCS 563c se démarquent encore plus nettement, puisque 24 % d'entre elles sont de nationalité étrangère. Cela confirme incidemment la hiérarchie indiquée par nos informatrices.

En outre, nous ne devons pas négliger que notre terrain de recueil s'il assure une diversité de situations (cadre rural et cadre urbain notamment), se situe intégralement en Alsace. Nos informatrices sont nombreuses à considérer que les alsaciens sont particulièrement racistes. Léa nous explique le partitionnement très net qu'elle a observé :

« Il y avait une portugaise déjà elle s'en prenait un petit peu mais ça allait. Moi j'ai connu des filles dans ma formation, qui ont vécu des stages très pénibles parce qu'elles n'étaient pas d'origine française. [...] La personne immigrée peut faire le ménage mais elle ne peut pas forcément aider la personne. Nous, on avait des personnes qui disaient elle peut faire le ménage mais elle ne peut pas me toucher. [...] Ah ben c'est horrible, c'est... Et puis même moi je l'ai aussi vécu. Je veux dire pendant mes premières interventions on me demandait toujours mon nom de famille et si j'étais née ici. Donc voilà c'est un critère de recrutement, encore aujourd'hui. [...] La différence c'est déjà l'intimité et je pense que les gens, ils ont ancré que le ménage c'est un sous-métier donc ça leur va je pense. » [Léa, auxiliaire de vie]

Nous pouvons relever que pour les femmes s'engageant dans la formation pour devenir auxiliaire de vie, les moments de stage sont l'occasion de découvrir qu'elles ne sont pas bien reçues, si ce n'est pour rester confinées à la réalisation du ménage. Léa, comme d'autres, met ce clivage sur le compte de la ruralité de son territoire d'intervention – en opposition à la ville – et sur le racisme des personnes âgées. Nous n'avons pas poussé plus avant notre interrogation sur d'éventuelles dynamiques internes à la profession qui soutiendraient cette partition. Mais lorsque nous avons cherché à valider ce clivage selon l'origine, certains employeurs ont spontanément reconnu participer à ce clivage, mais en renvoyant la responsabilité sur les bénéficiaires et leurs demandes :

« Oui. Mais moi, si vous voulez, là aussi, j'étais certain que vous alliez m'en parler. Mais bon j'assume complètement si vous voulez. Pour moi, au niveau de Pôle Emploi, on me traite un peu de raciste. C'est pas du tout le cas. Mais je veux dire, je vais adapter mon intervenant au profil de la personne chez qui on va intervenir. » [Olivier, responsable de structure]

Nous retrouvons les mêmes constructions rhétoriques que celles expliquant la faible présence d'hommes dans le secteur par le désir des bénéficiaires.

5.3.3 *La prise en compte du contexte historique national*

Nous avons approché la question de l'origine des salariées « services à la personne » à partir de leur nationalité. Mais dans le contexte national français, cela ne fait pas tout. En effet, l'histoire coloniale de la France et les flux migratoires que le pays a connus se conjuguent pour rendre les choses complexes. Il est possible et relativement fréquent d'être français descendant en première ou en seconde génération de parents immigrés. Hors « services à la personne », 15 % des actives occupées ont ainsi au moins l'un de leurs deux parents qui est d'une nationalité étrangère. Cette proportion s'élève à 21 % chez les salariées de la PCS 563b, et à 39 % chez celles de la PCS 563c. Prises ensemble, les salariées « services à la personne » sont 28 % à avoir au moins l'un de leurs parents de nationalité étrangère, soit près d'un tiers d'entre elles. Cela confirme que les rapports sociaux de « race » sont bien à l'œuvre en articulation avec les rapports sociaux de sexe dans la configuration du salariat des aides à domicile.

Nous n'avions pas fait de cette dimension un axe d'interrogation de notre travail de recueil. Nous ne disposons donc pas de matériaux permettant d'étudier plus en profondeur les questions liées à l'origine – réelle ou supposée – des femmes travaillant dans l'aide à domicile. C'est là une limite de notre travail. En effet, les effets des discours naturalisant peuvent aussi bien concerner les femmes que les étrangers, selon des logiques similaires de construction de discours légitimant la domination des hommes sur les femmes et des « blancs » sur les « personnes de couleur » :

*« [...] les catégories historicisables de « sexe », de « race » et de classe fonctionnent comme des opérateurs de différentiation : comment, par exemple, et de façon paradigmatique, le sexuation des corps figure leur racisation et, inversement... Ainsi, ces catégories idéologiques se génèrent mutuellement : elles apparaissent toujours comme les signifiants mouvants des unes et des autres, et définissent les matrices sémiologiques des dispositifs historiques de domination. »
(Dorlin, 2009)*

Concrètement, Elsa Dorlin a mis en évidence que le discours médical sur le corps de femmes et celui sur le corps des Africains procédaient d'une logique similaire de réification qui les posait comme des corps défaillants par nature. La santé, dans une construction normée bâtie

sur la référence à « l'homme blanc », reste inaccessible aux femmes et aux « noirs » (Dorlin, *La matrice de la race : Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, 2006). À ce titre, la question de l'origine peut évidemment produire des effets sur l'articulation entre travail et santé, de la même façon qu'elle a des conséquences sur l'assignation aux postes les moins bien rémunérés, comme cela se produit pour les femmes. C'est ce que résume Immanuel Wallerstein :

« Ce genre de système – un racisme constant dans la forme et dans le venin, mais flexible dans ses frontières – rend possibles trois choses. Il permet d'étendre ou de contracter, selon les besoins et dans un espace-temps particulier, le nombre de ceux qui sont disponibles pour les salaires les plus bas et les rôles économiques les moins gratifiants. [...] Il fournit une base non méritocratique pour justifier l'inégalité. [...] À un segment important de la force de travail, il justifie que soit attribuée une rémunération de loin inférieure à celle que le critère méritocratique pourrait jamais justifier. Mais si le capitalisme, en tant que système, engendre le racisme, a-t-il besoin également d'engendrer le sexisme ? Oui, car les deux sont en fait intimement liés. » (Wallerstein, 1998)

Il aurait été très facile de recueillir des idées d'attribution de caractéristiques spécifiques à des ressortissants de telle ou telle origine : ils sont perçus comme plus forts, plus rudes à la tâche, ou encore plus lents, tout cela « par nature ». N'ayant pas envisagé dès le début cette piste de travail et n'ayant pas initialement pensé les rapports sociaux de « race » comme déterminants de la santé au travail, nous ne pouvons que constater les quelques éléments descriptifs dont nous avons fait ici l'exposé. Les femmes travaillant dans l'aide à la personne sont plus fréquemment d'origine étrangère que les autres salariées occupées. Cette surreprésentation étrangère vient au moins confirmer ce que la très forte féminisation du secteur nous indiquait déjà en partie : l'aide à la personne est vraiment un domaine qui ne bénéficie que d'une très faible reconnaissance sociale.

5.4 L'emploi à domicile comme fin de parcours

5.4.1 Une structure d'âge différente de celle des autres salariées

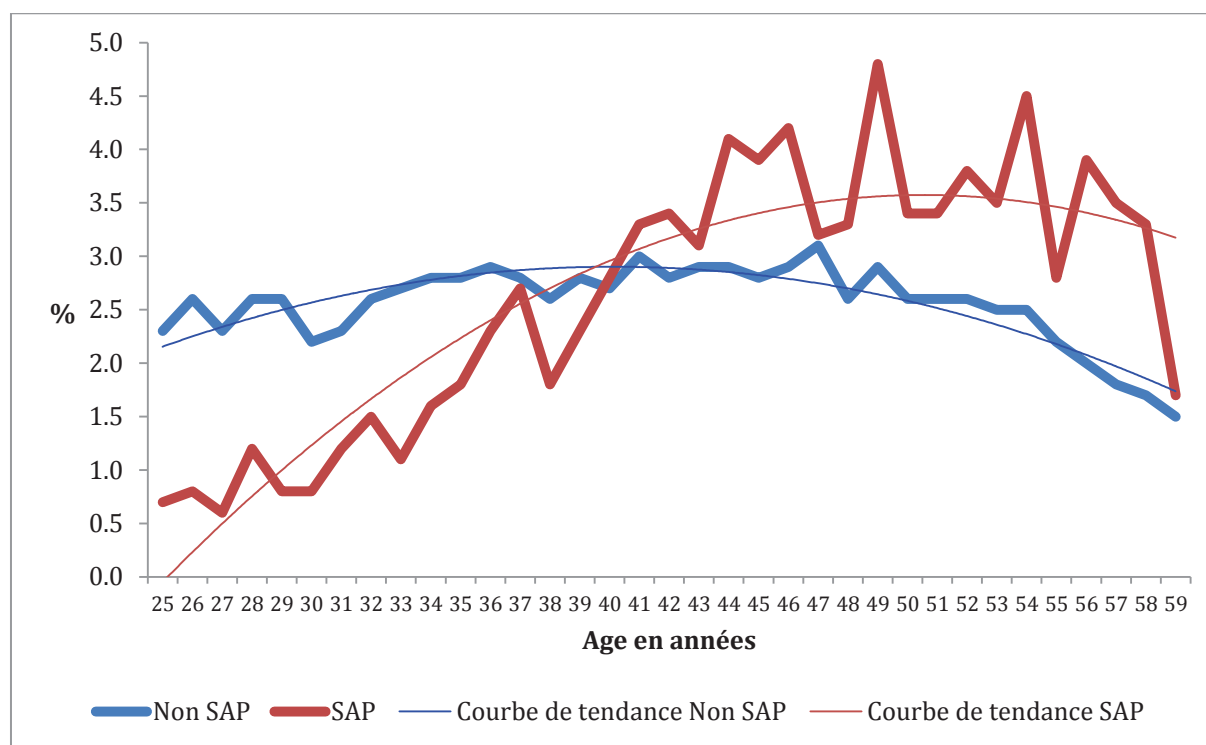
Nous avons à présent vu que les aides à domicile sont quasi exclusivement des femmes et qu'elles comptent une proportion de femmes d'origine étrangère bien plus élevée que le reste de la population active occupée, quelle que soit la façon dont nous caractérisons cette « origine étrangère » à partir des moyens statistiques limités dont nous disposons. Rappelons cette citation de Danièle Kergoat :

« Une femme ne se pense pas comme femme, elle se pense aussi dans un réseau de rapports sociaux : comme travailleuse, comme jeune ou vieille, comme éventuellement mère ou immigrée. »

Jeune ou vieille, c'est une dimension que nous devons encore explorer, et surtout que nous pouvons explorer *via* nos le contenu de nos entretiens et les données statistiques de l'enquête emploi.

Il apparaît en effet que les salariées de l'aide à la personne sont plus âgées que les autres femmes actives occupées. La figure suivante indique la répartition par âge selon l'appartenance ou non au secteur « services à la personne »: il est manifeste que la structure d'âge entre les deux populations diffère et que les salariées « services à la personne » sont plus nombreuses à être âgées entre 40 et 59 ans que les autres femmes actives occupées. Les courbes de tendance que nous pouvons tracer à partir des données réelles se croisent à 39 ans. L'âge moyen des femmes travaillant dans l'aide à la personne est de 45,7 ans, alors que pour les autres femmes actives occupées, l'âge moyen n'est que de 40,5 ans. Ces éléments étant posés, comment devons-nous les comprendre ?

Figure 5 : répartition par âge (en années) des femmes selon le secteur d'activité



Source : enquête Emploi 2006, Insee. Nos traitements.

5.4.2 Reversions professionnelles, horizontalité des trajets

Nous pouvons déjà postuler que nous retrouvons l'une des catégories décrites sur son terrain d'étude par Christelle Avril : des femmes se retrouvant dans le secteur de l'aide à domicile après un problème dans leur parcours professionnel dans un autre secteur. Faillites, licenciements économiques, fusions : les motifs sont nombreux à provoquer des ruptures dans les parcours professionnels, et le glissement vers le monde des services est connu. Christian Trotzier avait également documenté dans son travail de thèse ce phénomène de reconversion de femmes ouvrières dans les emplois de service à domicile. À partir des enquêtes Emploi de mars 1979 et mars 1980, Danièle Kergoat constatait déjà que 41 % des femmes qui étaient ouvrières en 1979 et qui ne l'étaient plus en 1980 étaient devenues personnel de service (Kergoat D. , 1982).

L'enquête Emploi que nous traitons nous permet de savoir que 8 % des salariées « services à la personne » avaient une autre profession un an auparavant. Que faisaient-elles ? Nous atteignons avec cette question les limites statistiques de l'enquête Emploi : les effectifs en présence deviennent relativement faibles et il convient de rester mesurés dans la lecture de

nos résultats. Leur concordance avec les éléments de la littérature nous invite cependant à les produire avec une relative confiance.

Pour celles qui sont devenues aide à domicile (PCS 563b, tableau suivant), nous observons une certaine horizontalité des carrières : 24 % d'assistantes maternelles, 11 % d'agents de services hospitaliers, 11 % d'employés de maison. Une majorité des femmes qui n'étaient pas aide à domicile un an auparavant se trouvaient donc dans des emplois proches en termes d'activité et de positionnement social : dans des activités professionnelles qui font référence aux compétences domestiques des femmes. Pour l'autre partie de ces femmes, nous trouvons des secrétaires (7 %) et des serveuses (7 %), les ouvrières fournissant 9 % des effectifs. S'il est toujours délicat de porter un jugement sur l'évolution que représente un changement d'emploi, nous pouvons cependant affirmer qu'il s'agit d'un déclassement pour les secrétaires. En raison d'un cadre de travail moins stable et de la perte de la protection relative que peut conférer le travail collectif, nous pouvons également considérer qu'il s'agit d'une forme de déclassement pour les ouvrières. Ces mouvements divers correspondent à ce que notait déjà Danièle Kergoat en 1982 :

« [...] en ce qui concerne les femmes, des flux [de mobilité professionnelle] ascendants moins francs coexistent avec des mouvements descendants, et cela à tous les âges ; dans leur cas, il s'agit donc plutôt d'une mobilité horizontale, diffuse et contradictoire à tous les âges : « rien n'est jamais acquis pour les femmes ». » (souligné par l'auteure) (Kergoat D. , 1982, p. 95)

Tableau 2 : Emplois précédemment occupés par les femmes « aides à domicile » ayant changé d'emploi dans les douze mois précédant le recueil

Code PCS	Intitulé PCS	Proportion
563a	Assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, familles d'accueil	24%
525d	Agents de service hospitaliers	11%
563c	Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers	11%
542a	Secrétaires	7%
561a	Serveurs, commis de restaurant	7%
675a	Ouvriers de production non qualifiés du textile et de la confection	5%
674c	Autres ouvriers de production non qualifiés : industrie agro-alimentaire	4%
Total		67%

Source : enquête Emploi 2006, Insee. Nos traitements.

Le constat est similaire pour celles qui sont devenues femmes de ménage chez les particuliers (PCS 563c, tableau suivant). Elles viennent en grande partie du monde du nettoyage industriel (38 %), de l'aide à domicile (9 %) et du nettoyage en établissement (17 %). Nous retrouvons une part non négligeable de secrétaires (8 %) et d'ouvrières (9 %).

Tableau 3 : Emplois précédemment occupés par les femmes « femmes de ménage » ayant changé d'emploi dans les douze mois précédant le recueil

Code PCS	Intitulé PCS	Proportion
684a	Nettoyeurs	38%
563b	Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales	9%
525c	Agents de service de la fonction publique	9%
627d	Ouvriers qualifiés de scierie, de la menuiserie industrielle et de l'ameublement	9%
525d	Agents de service hospitaliers	8%
542a	Secrétaires	8%
Total		80%

Source : enquête Emploi 2006, Insee. Nos traitements.

Parmi nos informatrices, les parcours des plus âgées ne rends pas compte précisément de ces catégories, mais illustre tout de même la diversité des situations : Alice était directrice de centre de vacances, Noémie travaillait dans la restauration, Léa était responsable de magasin, Chloé secrétaire, etc. Toutes nous présentent leur réorientation comme une évolution positive, le choix d'un travail plus en phase avec leur personnalité et leurs aspirations :

« En fait le secrétariat c'est pas vraiment ce que je voulais faire. C'était plus rendre des services à la personne. » [Chloé, auxiliaire de vie]

Mais derrière la satisfaction affichée, il faut également être conscient d'autres problématiques, comme la nécessité d'articuler activité professionnelle et obligations domestiques. Noémie est satisfaite de son changement, et nous n'avons pas de raison de ne pas la croire, sauf à considérer que le fait qu'elle enchaîne les formations témoigne de son désir de s'évader « par le haut » de son poste. Toujours est-il que c'est bien sous la contrainte qu'elle a changé d'emploi :

« C'est un public qui me plait, où je me sens à l'aise avec. Je suis totalement à l'aise avec, je préfère travailler avec la personne âgée qu'avec les enfants même. C'est un public qui me plait. [...] Je travaillais dans la restauration, et après, avec

les enfants, les horaires, ce n'était plus possible. [...] Surtout le soir. Quand on a des enfants... J'ai un mari, du moins un conjoint, qui part en déplacement la semaine ; il me fallait à chaque fois une nourrice et vu le prix des nourrices, il valait mieux changer de travail, c'était plus simple. » [Noémie, auxiliaire de vie]

Les projets d'avenir marquent bien le désir qu'il peut y avoir à faire marche arrière et à retourner dans le milieu d'origine. Noémie, dont nous avons vu qu'elle venait de la restauration, nous explique sans le dire qu'elle attend d'y retourner, dès que son travail de mère le lui permettra.

« [La restauration c'était quelque chose lié à votre milieu familial ?] Non, non. C'était quelque chose qui me plaisait et qui me plaît encore mais bon pour l'instant on a toujours les enfants alors... [rire] » [Noémie, auxiliaire de vie]

Nous avons également des femmes qui sont en reprise d'emploi après une interruption plus ou moins longue de leur vie professionnelle destinée à la prise en charge des enfants. Vu leur âge, ces femmes qui se sont consacrées exclusivement à leur foyer sont le reflet de la société française du début des années 1980. Cependant, en dépit d'une modification des comportements, qui amène plus de femmes à concilier maternité et vie professionnelle, il demeure vrai que la maternité obère les possibilités de carrière professionnelle. Cet impact des naissances ne s'observe que chez les femmes, et pas chez les hommes.

« Or en dépit, au fil des générations, d'une autonomisation des femmes par rapport à la fonction maternelle, comme en témoigne la très grande continuité de leur activité professionnelle aux âges de la fécondité, devenir mère semble demeurer, dès les premières années de vie active, un obstacle à la promotion sur le marché du travail. » (Couppié & Epiphane, 2007)

Mais, comme nous l'avons déjà dit, les femmes que nous avons rencontrées sont d'une génération antérieure ont purement et simplement abandonnée la vie professionnelle avec la venue du premier enfant. Les débuts dans le service à la personne sont alors motivés par un besoin soudain d'un revenu : divorce, mise en danger de l'emploi de l'époux, besoin de financement pour les études des enfants.

« L'entreprise de travail de mon mari, avait des difficultés. Et sachant que notre fille, notre aînée, allait faire des études. Des études plus poussées, ça c'était à prévoir. Je me suis posé la question, quel est le moyen le plus rapide pour avoir un complément de revenu. » [Hélène, auxiliaire de vie]

Pourquoi toutes ces femmes qui n'étaient pas déjà dans l'une des deux PCS qui composent notre population « services à la personne » ont-elles changé d'emploi ? Il convient déjà de rappeler que les femmes sont dans leur ensemble plus fréquemment soumises au changement d'emploi que les hommes.

« Les femmes sont amenées par ailleurs à changer d'emploi en cours d'année plus fréquemment que les hommes, de gré ou de force. En 1999, le taux de rotation de l'ensemble des salariés atteint 35,7 %, mais il est de 28,5 % pour les hommes et de 45,7 % pour les femmes. Pour les femmes, plus des deux tiers des « sorties » sont des fins de contrats à durée déterminée ; et à peine une « sortie » sur huit est le résultat d'une démission, cette dernière pouvant de surcroît être plus ou moins contrainte. Les changements d'emploi sont donc presque tous subis. » (Bihl & Pfefferkorn, 2002, p. 68)

Elles sont plus des deux tiers (68 %) à avoir fait l'expérience d'un licenciement économique. La fin d'un contrat à durée déterminée (CDD) et la démission sont les deux autres principaux motifs (pour respectivement 20 et 12 % des femmes). Si nous comparons aux autres femmes ayant changé d'emploi, la différence est assez nette : les licenciements ne représentent que 14 % des situations, loin derrière les fins de CDD (37 %) et les démissions (36 %). Derrière l'étiquette de licenciement économique se cachent peuvent se cacher des choses plus complexes. Ainsi, Olivia, auxiliaire de vie, était secrétaire commerciale, titulaire d'un BTS. À l'occasion d'une restructuration, le choix lui est laissé entre licenciement ou délocalisation.

« Je ne voulais pas partir en région parisienne. Ça ne m'intéressait pas du tout. [...] Mes enfants étaient là. Ils faisaient leurs études ici, je veux dire, qu'est ce que j'allais faire en région parisienne ? Mon mari avait son travail ici. » [Olivia, auxiliaire de vie]

L'attachement aux enfants, et en seconde position au mari, conditionne la possibilité d'une mobilité professionnelle.

En outre, Olivia a 49 ans au moment de ce licenciement et doute immédiatement de sa possibilité de retrouver un emploi en rapport avec son niveau de qualification. L'aide à domicile apparaît comme un secteur pour lequel l'entrée sera facile, parce que le métier mobilise, en apparence, des compétences acquises dans la carrière d'épouse et de mère. C'est ce qui conduit Christelle Avril à parler d' « emploi-refuge » : quelle que soit le parcours, l'aide à la personne semble accessible, ce qui ne signifie pas que cela soit un emploi choisi, mais bien plutôt un choix par défaut.

*« [...] l'aide à domicile auprès de personnes âgées offre une position-refuge à des femmes en situation particulièrement défavorable sur le marché du travail. Tout d'abord, parce que, selon leur expression, elles entrent « facilement » dans cet emploi et surtout « beaucoup plus facilement qu'ailleurs » précise l'une d'elles. Ensuite, parce que, étant indispensables au maintien à domicile des personnes âgées, elles ont l'opportunité d'y déployer des tactiques d'ancrage dans l'emploi. S'il leur permet de (re)trouver une porte d'entrée vers l'activité salariée, encore faut-il préciser combien cet emploi n'est qu'un pis-aller pour ces femmes. »
(Avril, 2006)*

5.4.3 Peu de femmes quittent le métier

Vers quoi se sont tournées les femmes qui étaient, un an auparavant dans le secteur « services à la personne » et qui n'y sont plus au moment du recueil de l'enquête Emploi ? Si la question mérite d'être posée, il nous faut souligner qu'elle ne concerne qu'une part très réduite des femmes : 97 % de celles qui étaient dans le secteur « services à la personne » un an avant le recueil le sont toujours au moment du recueil. Pour les autres, celles qui ont changé, le changement n'est pas un bouleversement : comme cela apparaît dans le tableau ci-dessous, nous retrouvons les professions déjà évoquées à partir desquelles les femmes venaient vers le secteur « services à la personne ». Il s'agit toujours de cette horizontalité relevée par Danièle Kergoat. Les passages entre la restauration et les services à la personne mériteraient certainement un travail à part entière pour être éclairés plus avant.

Tableau 4 : Emplois occupés par les femmes précédemment « service à la personne » ayant changé d'emploi dans les douze mois précédant le recueil

Code PCS	Intitulé PCS	Proportion
525d	Agents de service hospitaliers	14%
684a	Nettoyeurs	14%
561d	Aides de cuisine, apprentis de cuisine et employés polyvalents de la restauration	11%
526a	Aides-soignants	9%
563a	Assistants maternelles, gardiennes d'enfants, famille d'accueil	9%

Source : enquête Emploi 2006, Insee. Nos traitements.

Pour finir notre caractérisation des parcours, il nous reste un dernier point que nous souhaitons documenter. Nous pouvons en effet savoir si les femmes qui travaillaient dans le secteur « services à la personne » un an avant le recueil de l'enquête Emploi ont changé de type d'emploi (nous comparons les PCS) ou non. Le croisement de cette information sur la stabilité de l'emploi par l'âge est intéressant. En effet, comme cela est visible dans le tableau ci-dessous, la stabilité dans l'emploi est fonction de l'âge pour les salariées « services à la personne »: passé 40 ans, elles sont une écrasante majorité (98 à 99 %) à rester stable dans leur emploi, là où les femmes des autres secteurs sont au maximum 89 % à s'inscrire dans cette stabilité. Il serait possible de voir cela comme un indicateur de satisfaction dans l'emploi, mais ce que nous avons vu des dynamiques et des trajectoires professionnelles nous donne matière à douter de cela. D'ailleurs, les femmes occupant un emploi « services à la personne » sont deux fois plus nombreuses que les autres à vouloir changer d'emploi, et ce rapport reste constant quel que soit l'âge : 31 % vs. 15 % entre 15 et 29 ans, 22 % vs. 10 % entre 30 et 39 ans, etc.

Tableau 5 : proportion de femmes non stables dans leur emploi selon leur secteur d'emploi un an avant le recueil

	Services à la personne	Autres salariées
15-29 ans	23%	18%
30-39 ans	9%	11%
40-49 ans	1%	11%
50-59 ans	2%	11%
60 ans ou plus	1%	14%

Source : enquête Emploi 2006, Insee. Nos traitements.

Ces éléments concordent avec ce que la thèse de Christian Trotzler documente de façon éclairante sur la façon dont les femmes qui ont perdu leur emploi dans le cadre de phénomènes collectifs cherchent à retrouver une activité professionnelle.

Leurs obligations dans la sphère reproductive, en tant que mère, épouse et fille, les contraignent géographiquement : pas question pour les femmes de quitter l'environnement proche, parce que la gestion de la double journée n'est possible que dans le cadre de temps de transports réduits entre les différents lieux.

6 Les expositions physiques liées au travail

6.1 Une pénibilité physique globale

6.1.1 Reconnaissance des contraintes physiques par les salariées

Le travail de ménage et la manutention des personnes représentent le cœur de l'intervention des auxiliaires de vie à domicile. Cela induit *a priori* une charge physique importante à laquelle sont exposées les travailleuses. Les entretiens réalisés confirment tous l'existence de cette charge, de même que les données d'enquête statistiques disponibles. L'acmé de la contrainte physique est l'accident du travail que nous proposons de lire comme une exposition immédiatement insupportable, contrairement à des expositions dont les effets sur les corps apparaissent à plus long terme.

Nous nous arrêterons sur la problématique des accidents du travail en second point, après celle des expositions physiques à effet différé : en effet, comme nous aurons l'occasion de le voir, la question des accidents chez les auxiliaires de vie à domicile nous semble relever d'une construction spécifique et éclaire de façon particulière la question de l'exposition physique. Dans les services à la personne comme dans les autres métiers, les accidents ont au moins le mérite de la clarté de leur manifestation : subitement, quelque chose ne va plus. Moins clairement identifiable, l'épuisement, les conséquences d'une sollicitation excessive des corps, apparaissent à distance des expositions physiques, ce qui rend ces dernières moins immédiatement manifestes et plus difficiles à débusquer, tant pour les salariés qui les subissent que pour le chercheur qui souhaite les observer. Pourtant, dans le cas des auxiliaires de vie à domicile, la pénibilité du métier n'est plus à mettre en lumière, en tout cas pour les salariées que nous avons rencontrées. Camille, auxiliaire de vie, exprime de façon laconique cette pénibilité, à travers ses conséquences observables sur la santé des travailleuses :

« Il y a quand même pas mal de pourcentage d'auxiliaires de vie, d'aides-soignantes qui sont invalides à partir de 30 ans ». [Camille, auxiliaire de vie]

Cette idée de Camille selon laquelle les auxiliaires de vie sont nombreuses à être invalides à partir de 30 ans entre en contradiction apparente avec la structure d'âge du métier que nous avons déjà décrite : elles sont en effet plus âgées que les autres femmes salariées. Il n'est donc pas établi que l'invalidité (quelle que soit la définition exacte de ce que Camille entend par

là) soit si fréquente dans la profession, sauf à considérer que les femmes sont si nombreuses à entrer dans le métier en cours de vie que cela vient compenser les pertes liées à des invalidités.

Mais la même Camille souhaite quelques instants plus tard temporiser son propre commentaire :

« Dans n'importe quel métier, il y a des risques. Je ne suis pas sûre qu'il soit plus risqué qu'un autre en fait. Je pense que travailler au bord des autoroutes c'est beaucoup plus risqué qu'être auxiliaire de vie ». [Camille, auxiliaire de vie]

Ce faisant, Camille renvoie dos-à-dos deux réalités bien différentes et juge la pénibilité et la morbidité de son métier à l'aune d'un métier d'une part largement masculin, et d'autre part soumis à un risque d'accident mortel. D'ailleurs, lorsque Camille nous dit qu'elle s'est déjà bloquée le dos, elle ponctue sa phrase par un rire, comme si ce n'était pas là quelque chose de sérieux, ou de digne d'intérêt. Le raisonnement par lequel Camille relativise la pénibilité de son métier est naturellement fautif, puisqu'elle commente les conditions à l'aune des conséquences et qu'elle oppose la morbidité à la mortalité.

La mortalité par accident dans le cadre du travail est indéniablement une caractéristique du travail masculin (INVS, 2011) : se retrouvent au premier rang des secteurs les plus touchés en termes de nombre de décès par accident du travail les secteurs de la construction, de l'industrie, des transports. En termes de taux de mortalité, c'est l'agriculture-sylviculture-pêche qui arrive nettement en tête suivi des secteurs des transports et de la construction. Il ne s'agit pas de contester ces éléments : il s'agit simplement de contester la logique réduisant la pénibilité au risque de décès. Ce dont témoigne Camille à travers ce parallèle étrange entre son métier et celui d'agent d'autoroute, c'est de son incorporation de l'idée que les métiers féminins ne sont pas pénibles, puisque féminins. Idée populaire, mais largement étayée par le manque d'intérêt scientifique pour les métiers dont les effectifs sont majoritairement féminins :

« Les études en matière de pénibilité portent surtout sur les effets physiques et concernent souvent des secteurs et métiers majoritairement masculins. » (Dubois & Cornet, 2012)

6.1.2 *La gestion des tâches lourde et les fin de carrière*

L'assertion de Camille sur la part d'auxiliaires de vie invalides est globalement invérifiable tant le recours des femmes aux dispositifs de reconnaissance et d'indemnisation est en général faible : comme nous le verrons ultérieurement, il est difficile de construire une vision claire de l'état de santé des femmes lié au travail à partir des données officielles des systèmes de reconnaissance et de réparation. Mais Camille rend en tous cas compte d'une conscience claire de la charge physique que représente le métier d'auxiliaire de vie. Cette vision est partagée par les employeurs, qui le perçoivent à travers des problématiques de gestion des ressources humaines. En effet, il est difficile de composer avec des travailleuses qui fatiguent mais ne sont pas encore suffisamment atteintes par leur travail pour s'arrêter légitimement.

« Mais au-delà de 55 ans, on le voit, ça devient difficile, ça devient dur. Donc là il faut trouver des missions entre guillemets plus soft. Ben on a une dame qu'on a accompagnée jusqu'à la retraite par exemple. Mais qui à la fin, elle-même disait : « Il faut que j'arrête ». On l'a très bien compris. On s'est mis d'accord sur une date de départ, on a soulagé son planning, pour qu'elle puisse tranquillement faire les quelques semaines qui lui restaient à faire. C'est des métiers qu'on ne fait pas toute une vie je pense. Sauf cas particulier, mais je ne pense pas. » [Jacob, responsable de structure]

Ce qui émerge dans ces propos de Jacob, responsable de structure, outre le souci de gérer l'avancée en âge de ses salariés, c'est l'existence d'une marge de manœuvre : il existe des « *des missions entre guillemets plus soft* ». C'est probablement une des particularités du secteur : là où d'autres emplois présentent fatalement une uniformité certaine en termes de pénibilité, les services à domicile se déroulent dans des environnements aux pénibilités variables. Bien évidemment, dans le détail des emplois, l'uniformité n'est pas si grande que cela. Pour une femme de chambre en hôtel par exemple, même si les chambres sont standardisées, il existe des différences entre les chambres selon le niveau d'entretien requis. Mais les auxiliaires de vie à domicile sont probablement les salariées confrontées à la plus grande diversité de situations, avec des degrés de pénibilité divers. Olivia, auxiliaire de vie en gré à gré, nous explique qu'elle utilise cette mixité, dans la mesure du possible, pour rendre ses journées soutenables :

« Quand je fais trop d'aspirateur et de repassage. Quand je cumule certaines choses, certaines activités en journée. Alors là j'ai la sciatique le soir qui me fait mal.

- Et alors comment vous faites, vous tentez de panacher pour éviter l'accumulation ?

- Oui le matin, si je fais du ménage, j'essaye de faire le matin. Et l'après midi comme dame de compagnie ou alors jouer au scrabble où j'essaye de [fait le geste de mélanger] [rire]. » [Olivia, auxiliaire de vie]

Cette possibilité de panachage apparaît dans un cas comme relevant de la propre initiative de l'auxiliaire de vie, Olivia qui, rappelons-le est en emploi en gré-à-gré, et dans l'autre cas de la volonté de la direction. Cela pointe l'un des avantages qu'il y a à exercer en emploi direct : notre corpus compte malheureusement trop peu d'auxiliaires de vie dans cette situation pour que nous puissions explorer très avant les conséquences pratiques des différences quant au statut d'emploi. Nous pouvons simplement relever, pour inviter à la réflexion, que nos trois auxiliaires de vie « libérales » se démarquent des autres auxiliaires de vie en termes de profil : nous avons en effet un homme et deux femmes diplômées de l'enseignement supérieur. Pour ces dernières, la formation initiale et la carrière antérieure ont rendu possible l'inscription en exercice libéral, avec tout ce que cela comporte de gestion administrative et comptable notamment. Nous ne pouvons aller beaucoup plus loin dans cette analyse, mais nous pouvons supposer que l'accès au statut libéral est conditionné pour partie par la détention d'une formation initiale de niveau assez élevé et que l'accès à ce statut d'emploi permet aux auxiliaires de vie d'aménager leur charge de travail, de par la latitude que cela leur donne dans leur organisation. Il y aurait donc des marges de gestion de la pénibilité physique du métier qui serait permise par le statut.

Il reste donc qu'il existe des missions plus ou moins physiques, où la sollicitation du corps est d'intensité variable, où les tâches à effectuer sont plus ou moins lourdes. A partir des descriptifs des journées-types que nous avons recueillis, il est possible de caractériser trois grandes catégories d'éléments de charge physique. Nous allons les présenter puis exposer rapidement les problématiques du risque biologique et chimique avant de conclure par un retour sur les accidents. Dans tous les cas, nous pointerons dans quelle mesure ce que nous

observons semble être dû à l'expression des rapports sociaux de sexe, dont nous cherchons à établir qu'ils déterminent la santé des femmes au travail.

6.2 La manutention des corps

6.2.1 *Un environnement rarement adapté*

Très largement documentée et reconnue, la difficulté physique relevant de la manutention des corps apparaît naturellement de façon très nette dans les récits. C'est à l'occasion de telles manutentions que se produisent les agressions physiques les plus marquantes, celles qui ont l'impact morbide le plus immédiat. Confrontés à une perte d'autonomie, toutes les personnes ne sont pas en capacité d'équiper leur domicile de façon adéquate : lève-personnes, lits médicalisés, etc. sont autant d'équipements qui peuvent faciliter le travail des personnels, mais qui ne rentrent pas forcément dans les domiciles. Soit en raison de difficultés techniques (logements exigus, plafonds trop bas, etc.), soit parce que cet équipement présente un coût psychologique trop important pour la personne en perte d'autonomie en étant clairement le signe de l'installation de la dépendance.

« Parce que certaines personnes à domicile, elles sont très lourdes et on n'a pas de matériel. Et faire rentrer du matériel chez les personnes c'est très difficile parce que certaines ne veulent pas. Certains n'ont pas les moyens. » [Camille, auxiliaire de vie]

Une autre difficulté tient dans le fait que les personnes ne sont pas forcément informées des possibilités d'aides financières et reculent devant le coût de tels équipements. Il n'est pas difficile d'imaginer l'impact de ce non-équipement sur les intervenants, qui les confronte à des corps hypotoniques ou très raides : il faut bien se représenter que déplacer un corps humain n'est en rien comparable à la manipulation d'une masse équivalente non-humaine. En premier lieu, il faut veiller à ne pas causer de douleur, ou tout du moins le moins possible, et à adapter la prise au fait même que c'est bien d'un être humain dont il s'agit et qu'il n'est pas possible de faire n'importe quoi. En second lieu, même si ce n'est pas le cas chez tous, les bénéficiaires peuvent avoir des mouvements, involontaires ou non, qui compliquent considérablement la tâche. Par exemple, Nathan parle d'un bénéficiaire dont il était connu qu'il poussait à la chute :

« [...] lui son dada, c'était de choper les auxiliaires par le cou pendant le transfert comme ça elles tombent avec lui et il les a sur lui. Il était bien content de ça. » [Nathan, auxiliaire de vie]

Enfin, les manipulations se réalisent dans un environnement physique qui peut ne pas être soutenant : les pièces ne sont pas des chambres d'hôpital adaptées, avec de larges espaces vides. Au domicile, les personnes vivent au milieu de leurs meubles, de leurs bibelots ; les toilettes sont rarement pensées de façon à permettre la présence simultanée de deux personnes, etc.

6.2.2 Des réponses très partielles au problème de la manutention des corps

S'il n'est pas possible d'agir sur l'environnement, il est en revanche possible d'agir sur les personnes. A ce titre, il est intéressant de relever que les auxiliaires de vie rencontrés sont pratiquement toutes formées aux « gestes et postures », qui doivent leur permettre de prendre soin de leur corps à travers la connaissance des gestes adaptés et des postures de travail à adopter. Ils doivent cette formation soit aux enseignements dans le cadre de l'accès au Diplôme d'Etat Auxiliaire de vie sociale (DEAVS), soit à des formations spécifiques suivies dans le cadre de la formation professionnelle. La grande majorité complète d'une façon ou d'une autre cette formation par celle consacrée justement à la manutention de patients. Mais, comme l'exprime de façon très directe un article technique consacré au sujet, « *les techniques de manutention ne suppriment pas la pesanteur* » (Royer, 2002). Et surtout, en tant qu'effort physique, la manutention requiert une condition physique et une préparation qui ne peuvent être négligées. Le même article technique précise d'ailleurs :

« La sécurité, l'efficacité, la réserve de puissance de la tierce personne nécessitent une condition physique évidente, comparable à celle que requiert la performance des sportifs. Il ne viendrait pas à l'esprit d'un sportif, pas forcément de haut niveau, de ne pas pratiquer l'échauffement indispensable avant de s'élancer dans une épreuve. Quelle est la tierce personne qui, avant de commencer sa première manutention, a effectué sa gymnastique de mise en forme ? Par des :

- *exercices d'étirement : triceps jambiers, ischio-jambiers, adducteurs ; et de tous les muscles postérieurs des membres inférieurs et de la colonne vertébrale ;*
- *exercices d'auto-grandissements, de musculation des quadriceps, des abdominaux, des dorsaux et des muscles des ceintures (cf. p. 101 et 102) ;*
- *à l'intérieur de sa maison ou de son appartement, avec des exercices respiratoires, ou à l'extérieur, en intégrant ceux-ci au cours d'un léger footing de 15 mn.*

La tierce personne, comme nous tous, doit avoir le souci d'entretenir son « outil de travail » et ses aptitudes, autant pour elle que pour pouvoir offrir également à ses patients l'image de sa santé et de son dynamisme. Les tâches de manutention sont nombreuses et répétitives ; elles nécessitent un entraînement et un échauffement sélectifs préalable à la mise en action, et la pratique d'une activité physique d'entretien telle que parcours de santé réguliers, marche, footing, piscine... que l'on a vraiment plaisir à pratiquer. » (Royer, 2002)

Entretien de la condition physique et échauffement avant l'intervention sont les deux idées maîtresses de ces recommandations. Personne, sur notre terrain de recueil, ne nous a parlé d'échauffement : de toutes façons dans les contraintes temporelles et organisationnelles (sur lesquelles nous reviendrons) que sont celles des auxiliaires de vie à domicile, il apparaît difficile de les imaginer prendre le temps d'un échauffement, même rapide, qui prendrait de précieuses minutes sur un emploi du temps qui est toujours millimétré.

Quant au sport comme modalité d'entretien de la condition physique dans une visée professionnelle, la seule qui nous en parle est Florence, auxiliaire de vie de 19 ans, qui commence sa carrière et qui ressent le besoin d'améliorer sa condition physique. Mais cet entretien physique doit pouvoir s'inscrire dans un emploi du temps professionnel aux frontières complexe. Il faut pouvoir combiner l'investissement sportif avec les horaires spécifiques de l'intervention à domicile :

« Parce que moi j'ai commencé à m'inscrire dans une salle de sport et j'ai des cours quoi. Parce que quand même j'ai réussi à bloquer le mardi et le mercredi et je leur ai dit « Est-ce que c'est possible de finir au plus tard à 18 heures ? », elle

me dit « Oui il n'y a pas de problème ». On arrive quand même à [s'arranger]. » [Florence, auxiliaire de vie]

Mais Florence a 19 ans et vit chez ses parents. Elle n'a pas de conjoint, pas d'enfants et dispose donc de son temps privé. Pour les autres femmes qui ont évoqué l'activité physique, c'est du registre du loisir, comme pour Mia, pour qui l'activité sportive serait avant tout une façon d'oublier la journée de travail :

« [...] rentrer le soir et s'occuper de sa petite famille, penser à autre chose, aller faire du sport. Et encore, même pas faire du sport parce qu'on n'a pas les moyens d'aller se vider la tête dans un club de gym ou je ne sais quoi. » [Mia, auxiliaire de vie]

Mais une activité qu'il faut insérer dans le reste du quotidien et surtout qui d'une façon ou d'une autre, même *a minima*, représente un coût financier que toutes les auxiliaires de vie ne sont pas en capacité d'assumer.

6.2.3 Rapports sociaux de sexe et accompagnement à l'effort physique

Il est intéressant de relever le parallèle entre cette profession d'auxiliaire de vie et un autre métier, dont il est établi que « *pour remplir leurs missions dans des conditions optimales* » les personnels doivent être « *au meilleur niveau de leur qualification professionnelle et de leur aptitude physique* » : deux heures hebdomadaires d'activité physique et sportive sont organisées sur le temps de service des fonctionnaire de la police nationale :

« Conformément aux dispositions du règlement général d'emploi de la police nationale, les fonctionnaires de police ont l'obligation de se maintenir en bonne condition physique. Les chefs de service doivent s'assurer que les personnels placés sous leur autorité entretiennent leur condition physique dans le cadre de leur service. Ils font élaborer à cet effet un calendrier trimestriel prévisionnel, qui, pour chaque fonctionnaire, doit prévoir sur le temps de service une séance d'au moins deux heures par semaine de la pratique, au choix :

- *de la course à pied ;*

- *de la self-défense policière, des arts martiaux et des sports de combat ;*
- *de la natation. » (Chevènement, 2000)*

Si nous mettons en regard ces deux professions, nous avons d'un côté un métier au sein duquel l'engagement physique, notamment dans la manutention des corps mais non exclusivement comme nous le verrons par la suite, est quotidien *de facto* et de l'autre un métier où l'engagement physique est probablement certain, mais *a priori* moins systématique. Il est étonnant de voir que c'est le second qui voit les professionnels profiter d'une réelle prise en compte de leur besoin de condition physique.

En termes d'exposition, nous observons là ce qui nous semble relever très directement de l'expression des rapports sociaux de sexe, tels que nous avons eu l'occasion de les présenter. Si nous acceptons de lire les deux professions comme deux formes archétypiques, l'une de l'emploi masculin et l'autre de l'emploi féminin, alors nous ne pouvons être surpris de la reconnaissance dont bénéficient les policiers de leur besoin d'une bonne condition physique, alors que les auxiliaires de vie, dont pourtant tous sont prêt à reconnaître l'importance de l'engagement physique notamment dans la manutention des corps, sont renvoyées à leur responsabilité individuelle. De surcroît, en raison du phénomène de « double journée » des femmes et du déséquilibre persistant dans l'organisation de la vie privée et domestique, ce sont celles qui en ont le moins la possibilité matérielle qui sont invitées à prendre soin de leur condition physique, alors que leurs homologues masculins peuvent prendre ce temps sur leur temps professionnel. Probablement pour continuer à jouir tranquillement de leur temps de vie privée, pour faire du sport par exemple : en 2010, parmi les salariés, le temps quotidien moyen consacré au sport par les hommes reste deux fois supérieur à celui consacré par les femmes (Ricroch & Roumier, 2011).

Il nous semble ici déjà possible de poser que les rapports sociaux de sexe produisent très concrètement une inégalité sociale de santé. Et encore ne faisons-nous que rester à la surface d'un phénomène : en effet, la manutention des corps dans le cadre du maintien à domicile est une activité *reconnue comme pénible physiquement*. Et pour cette activité à la pénibilité attestée, nous observons déjà une insuffisance de considération et de reconnaissance. Mais nous n'avons pas encore abordé toutes les autres sollicitations physiques qui parsèment le quotidien des auxiliaires de vie, et pour lesquelles la reconnaissance est encore moins acquise.

En effet, travailler au domicile des personnes, c'est également pour les auxiliaires de vie être amenées à s'engager physiquement dans la manutention d'objets pesants.

6.3 Les charges lourdes diverses

6.3.1 Une sollicitation régulière

Matelas, meubles, corbeilles de linge humide, etc. : les logements des bénéficiaires comportent de multiples occasions de soulever et déplacer des charges. Sans atteindre l'importance de la masse d'un être humain, ces objets qu'il faut fréquemment manipuler sont loin d'être anodins. Un rapide tour d'horizon des produits disponibles dans le commerce fait par exemple apparaître qu'un matelas de 140 cm par 190 cm fait, selon son épaisseur, entre 9 et 30 kilogrammes s'il est en latex, entre 20 et 40 kilogrammes s'il est à ressort.

Les personnes rencontrées évoquent naturellement ces moments de sollicitation physique, qui sont leur lot quotidien. Florence, auxiliaire de vie, revenant sur la formation aux gestes et postures, explique la relative utilité de cette formation et de cette sensibilisation, qui s'avère bien souvent difficile à mettre en pratique dans les conditions de logements des bénéficiaires :

« Plier le genou, garder le dos droit, après ce n'est pas, dans tous les cas, ce n'est pas possible quoi. Parce qu'en structure, par exemple, il y a des trucs bien adaptés pour. Au domicile, le lit ne monte pas, les matelas, ils sont lourds. »
[Florence, auxiliaire de vie]

Olivia, auxiliaire de vie, évoque spontanément ce qu'elle appelle « les gros travaux ». Invitée à définir ce que recouvre cette notion de gros travaux, elle évoque des tâches qui peuvent surprendre, mais qui entrent effectivement dans la notion, somme toute très vague, de « l'entretien du cadre de vie » qui fait partie des missions de base des auxiliaires de vie :

« Aussi bien nettoyer la cave que descendre les rideaux, tourner les matelas régulièrement... [...] Bouger la gazinière pas nettoyée derrière, le frigo, tout ça je le fais. Tourner les matelas... oui, travailler dans le jardin » [Olivia, auxiliaire de vie]

Si Zoé, auxiliaire de vie, évoque ces « gros travaux », c'est pour expliquer qu'elle a appris à ne pas les faire, ou tout du moins à ne pas les faire seule, justement dans l'optique de prendre soin d'elle-même :

« Non! Et puis je me préserve. Et puis je mets le holà aussi. « Il faut tirer l'armoire », ça ne va pas la tête? Pourquoi il faut tirer l'armoire? Je ne suis pas déménageur! Les gens, après ils font n'importe quoi les gens! [...] Voyez, après c'est moi qui dit non, ça je ne le fais pas! Je tire des petits meubles, mais tirer une armoire, pourquoi faire? Pour enlever une hypothétique toile d'araignée ? Non, je fais attention aussi. « Il faut tourner le matelas toutes les semaines... », ça ne va pas la tête ? Deux fois par an. C'est tout. Et si plus... Y a des choses je veux bien le faire, mais il faut quelqu'un pour m'aider. Donc on se donne rendez-vous avec les enfants. On fait un gros truc à deux. Je ne le fais pas seule. Moi je ne sais pas comment font les autres, mais les gens ils exagèrent. » [Zoé, auxiliaire de vie]

Ce que ne perçoivent probablement pas les bénéficiaires, c'est que la sollicitation des auxiliaires de vie est continuelle, plusieurs heures dans la journée, et qu'il ne s'agit donc pas « juste » d'une armoire à tirer. Cette réalité des charges lourdes transparaît dans les recueils statistiques : sans que soit fait le distinguo entre charges lourdes humaines et non humaines, les salariées des « services à la personne » apparaissent soumises à la manutention de charge au moins deux heures par jour pour 56 % d'entre elles, contre 34 % des autres salariées (Sumer 2003, nos traitements). L'absence de distinction entre les types de charge est d'ailleurs regrettable : nul n'imagine pouvoir comparer, en termes de contrainte, la manutention d'une personne âgée et la manutention d'un matelas, même si les deux devaient faire le même poids.

6.3.2 L'absence de cadre réglementaire clair

Mais surtout, nous nous heurtons, dans notre compréhension des contraintes de travail, à une limite importante : s'il existe une réglementation européenne et nationale quant au port de charges, nulle part n'est précisé explicitement la valeur d'une charge. Aucune valeur de référence n'existe, qui permette d'appréhender avec finesse et précision la réalité des contraintes. La seule valeur que nous pouvons trouver sur le sujet sont celles des limites de

port de charge inscrites au Code du travail, soit, pour les femmes, de 25 kilogrammes maximum, limite portée à 40 kilogrammes en cas d'usage d'une brouette.

« Lorsque le recours à la manutention manuelle est inévitable et que les aides mécaniques prévues au 2° de l'article R. 4541-5 ne peuvent pas être mises en œuvre, un travailleur ne peut être admis à porter d'une façon habituelle des charges supérieures à 55 kilogrammes qu'à condition d'y avoir été reconnu apte par le médecin du travail, sans que ces charges puissent être supérieures à 105 kilogrammes.

Toutefois, les femmes ne sont pas autorisées à porter des charges supérieures à 25 kilogrammes ou à transporter des charges à l'aide d'une brouette supérieures à 40 kilogrammes, brouette comprise. » (Article R4541-9 du Code du travail)

Mieux encore, le texte européen qui fait référence définit la manutention de charge par ses conséquences sur la santé, comme cela est rappelé dans le texte de synthèse suivant :

« On entend par manipulation, la « manutention manuelle », définie comme « toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, qui exige l'effort physique d'un ou plusieurs travailleurs » par la législation française (Art R. 4541-2 du Code du travail créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008) et comme « toute opération de transport ou de soutien d'une charge, par un ou plusieurs travailleurs, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement d'une charge qui, du fait de ses caractéristiques ou de conditions ergonomiques défavorables, comporte des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs » par la législation européenne (Art 2 de la Section I de la Directive européenne 90/269/CEE du Conseil, du 29 mai 1990).

On y entend par « charge », tout objet ou être vivant assorti d'une masse unitaire. La notion de « charge lourde » n'est pas définie dans la réglementation. La norme AFNOR NF X 35-109 (Ergonomie. Manutention manuelle de charge pour soulever, déplacer et pousser/tirer. Méthodologie d'analyse et valeurs seuils, 2011) propose des valeurs de 5 kg de charge par opération pour le risque dit « minimum » et de 15 kg de charge par opération pour le risque dit

« acceptable » pour le soulever / porter de charges. » (Société française de médecine du travail, 2013)

Il existe donc un flou certain dans l'approche des notions de charge et de manutention de charges. Il est par ailleurs particulièrement intéressant de nous arrêter un instant sur les valeurs retenues par la norme AFNOR citée dans le document : le seuil de risque acceptable est indiqué comme étant de 15 kilogrammes. Au vu des différences staturales entre les hommes et les femmes en France contemporaine (de Saint Pol, 2007), ce seuil représente 19 % du poids moyen des hommes adultes, 24 % du poids moyen des femmes adultes. Il est amusant de constater que cette valeur de 15 kilogrammes est pratiquement l'écart entre les poids moyens des hommes et des femmes adultes, qui est de 14 kilogrammes. L'établissement d'une valeur de référence est donc problématique si elle ne prend pas en compte les différences entre hommes et femmes, sauf à considérer que les femmes sont plus proches des fourmis que les hommes dans leur capacité à porter une charge plus importante relativement à leur propre poids. Mais si nous prenons en référence les valeurs limites du port de charges inscrites dans le Code du travail (55 kilogrammes pour les hommes, 25 kilogrammes pour les femmes) et si nous appliquons le même ratio à la valeur recommandée de 15 kilogrammes en postulant que cette valeur est celle indiquée pour les hommes, alors le seuil de risque acceptable pour une femme est de 6,8 kilogrammes, ce qui en dit long sur l'exposition des femmes au port de charges lourdes dans le cadre du métier d'auxiliaire de vie, le moindre pack de lait dépassant les 6 kilogrammes.

Bien évidemment, il est possible de considérer ce flou comme un aspect positif, dans la mesure où il permet une marge de négociation toujours ouverte au cas par cas sur la réalité ou non de la manutention de charge. Mais à l'aune de ce que nous savons des rapports sociaux de sexe et de leur impact sur la connaissance et la reconnaissance des problématiques de santé des femmes au travail, nous sommes fondés à douter que cela se traduise positivement pour les auxiliaires de vie. En effet, en suivant la logique de la directive européenne, les auxiliaires portent des charges si elles subissent un risque pour la santé. Si, pour des raisons que nous avons présentées précédemment et sur lesquelles nous reviendrons plus longuement, les auxiliaires de vie sont peu nombreuses à faire valoir une reconnaissance des atteintes à la santé liées au travail, alors la boucle d'un raisonnement circulaire est bouclée :

1. les auxiliaires de vie ne déclarent pas particulièrement souffrir de problèmes liés à la manutention de charges ;

2. si elles n'en souffrent pas, c'est qu'elles ne sont pas exposées à la manutention de charge ;
3. si elles ne sont pas exposées à la manutention de charges, alors elles ne peuvent pas en souffrir.

Il est possible de juger ce genre de raisonnement caricatural. Comme nous proposons de le voir, ce type de raisonnement n'est que la mise en forme un peu provocatrice d'une tendance à la non considération de ces aspects. En effet, rappelons que les rapports sociaux de sexe produisent également des effets symboliques : l'occultation de certaines réalités peut, une fois le voile retiré, apparaître surréaliste tant elle semble relever véritablement de la volonté de ne pas voir.

6.3.3 Une réalité documentée mais ignorée

A titre illustratif de cette cécité, nous proposons de nous pencher sur le résumé d'un document technique à destination des médecins du travail :

« La manutention manuelle est une pratique de travail largement répandue : en 2003, quatre salariés sur dix manipulent des charges lourdes dans le cadre de leur travail et trois sur dix au moins deux heures par semaine.

Les hommes et les ouvriers sont particulièrement exposés. Les ouvriers de la construction et, dans une moindre mesure, ceux de l'industrie sont en première ligne, mais les métiers du tertiaire ne sont pas épargnés notamment dans le commerce de détail et les professions de santé. » (Dares, 2006)

Nous retenons bien comme idée principale que « les hommes et les ouvriers sont particulièrement exposés ». Dans la construction, secteur « en première ligne », le détail des résultats indique que 50 % des salariés sont concernés par la manutention de charge de deux heures ou plus par jour. Rappelons déjà que, selon nos propres traitements sur les résultats de l'enquête Sumer, les salariées « services à la personne » sont 56 % à être concernées, cette valeur montant à 63 % pour l'ensemble du secteur « aide à domicile et aide ménagère ». Mais ce que nous voulons pointer, c'est que dans le détail du document apparaissent des résultats précis sur les professions de la santé : les agents de service hospitaliers sont ainsi 53 % à être concernées, et les aides-soignantes, 63 %, les effectifs de ces deux professions étant très

largement féminins. Toujours dans le corps du même document, il est par exemple précisé que « *Les industries agricoles et alimentaires forment un cas un peu à part : 45 % des ouvrières comme des ouvriers pratiquent la manutention au moins deux heures par semaine, mais les femmes dépassent les hommes pour ce qui concerne les durées longues : respectivement 18,7 % et 15,4 % pour les durées de 20 heures ou plus par semaine.* ». Résumer le document en pointant que les hommes et les ouvriers sont particulièrement exposés reste certainement pertinent lorsqu'est proposée une vision très large des conditions de travail des salariés, mais ce discours général ne résiste pas longtemps à une approche à peine plus détaillée. Comment dès lors comprendre ce choix de mise en avant des salariés masculins, autrement que par le confort de la confirmation d'une notion pré-établie selon laquelle ce sont les hommes qui « portent lourd », alors même que le cœur du document relativise grandement cette idée.

6.4 La fatigue « ordinaire »

6.4.1 La sollicitation permanente des corps

Outre les charges facilement identifiables comme les corps et les objets massifs, il convient de ne pas oublier la sollicitation continue du corps à travers les « petites » charges physiques (aspirateur, seaux d'eau, etc.) et les contraintes de posture. Hélène, auxiliaire de vie, résume cette charge avec une vision très pragmatique :

« Ça reste quand même un métier très physique malgré toutes les améliorations qu'on peut y trouver. En ce qui concerne le matériel voilà, il y a des aspirateurs qui ne sont pas trop lourds, plus efficaces. Il y a des produits mais ça reste quand même physique. Au bout de 4 heures je vous assure je suis contente de rentrer chez moi. Et puis les difficultés, il y a des difficultés, par exemple la disposition des pièces, des petits escaliers, enfin, vraiment qui demandent... Ça demande une souplesse etc. Qu'on n'a plus forcément à un certain âge. » [Hélène, auxiliaire de vie]

Il est notable qu'Hélène atteste que l'âge représente une limite importante quant à la souplesse requise pour assurer le ménage chez les particuliers : en effet, rappelons que selon les données disponibles, les auxiliaires de vie sont plus âgées que les autres femmes salariées.

Faire le ménage reste une activité physique, avec des contraintes identifiées, en particulier dans l'étude Sumer. Pour l'ensemble du secteur « services à la personne », les résultats de Sumer indiquent les contraintes présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : proportions de salariées exposés aux contraintes physiques

	Services à la personne	Autres salariées
Position debout, piétinement	80,6%	43,7%
Maintient de bras en l'air	52,1%	10,4%
Position à genoux	42,7%	6,9%
Gestes répétitifs à cadence élevée	20,5%	17,1%
Manutention manuelles de charges	56,4%	32,9%
Déplacements à pied	57,1%	34,3%
Position fixe de la tête et du cou	6,2%	25,7%
Autres contraintes posturales	63,4%	18,7%

Source : enquête Sumer, Dares 2003. Nos traitements

Nous pouvons tirer deux enseignements importants de ces résultats. Le premier tient dans le portrait que cela dresse d'un métier où les contraintes physiques sont très présentes, bien plus que pour l'ensemble de la population salariée. Si pour certaines contraintes, la part de salariés exposés est juste supérieure à la valeur observée pour l'ensemble des salariés, pour d'autres contraintes, l'écart est important : position debout, maintien de bras en l'air, position à genoux, manutention manuelle de charges. Lorsque Hélène nous dit que « *cela reste un métier très physique* », il ne nous est possible que de la croire devant ce tableau.

Le second enseignement tient dans la part élevée de salariés exposés aux « autres contraintes posturales » : 63 % vs. 19 %. Outre que cela confirme davantage si besoin était l'image d'un métier très physique, cela nous semble indiquer une inadéquation de l'outil de recueil aux contraintes rencontrées par les auxiliaires de vie : la grille de contraintes posturales telle qu'elle est présentée dans le questionnaire Sumer ne parvient pas à rendre compte de façon satisfaisante du détail des sollicitations auxquelles sont soumises les auxiliaires de vie.

Cette inadaptation nous éclaire sur le fait que le questionnement en matière de santé au travail, comme l'indique notamment Karen Messing (Messing, 2000), est trop centré sur un modèle industriel et masculin. Ce centrage rend fatalement délicat la description et la compréhension fine des contraintes physiques auxquelles sont soumises les auxiliaires de vie à domicile, dont le métier et l'environnement de travail n'ont rien à voir avec l'industrie. Or la distorsion de l'outil conduit fatalement à une mauvaise appréciation des situations, même si dans le cas qui nous préoccupe, le tableau d'ensemble est tellement sombre qu'il n'est pas possible de ne pas relever la pénibilité physique des métiers « services à la personne ».

Après une expérience de seulement un an, Léa, auxiliaire de vie, porte un jugement sans demi-mesure sur le métier, relevant sa pénibilité, alors même que nous savons qu'elle est engagée par ailleurs dans des activités privées physiques et qu'elle est en très bonne condition :

« L'aide à la personne, ce n'est pas un métier qu'on peut faire 10 ans [...] parce que c'est fatigant physiquement. [...] Quand tu fais de l'aide à la personne, tu as beaucoup de [choses à] porter, tu as beaucoup de déplacement, c'est généralement des personnes qui sont alitées et donc tu as beaucoup de manutention oui. En plus du ménage. » [Léa, auxiliaire de vie]

6.4.2 Une charge invisible pour les non-professionnels

Cette vision d'un métier fatiguant n'est pas certainement pas la plus partagée. D'une part de façon très générale, parce que cela reste un métier occupé principalement par des femmes et que dans le champ social cela signe un métier « non-pénible ». D'autre part, parce qu'il ne s'agit « que » de faire le ménage, transposition dans une sphère marchande et salariée de ce que font « naturellement » tant de femmes au quotidien. Laurence, auxiliaire de vie, nous raconte l'échange qu'elle a eu avec son époux le matin de notre entretien :

« Ce matin, j'ai expliqué à mon mari que je vous rencontrai et tout. Et puis il me dit « C'est quoi le thème ? ». Et puis je lui explique ce que j'avais compris. Je lui dis « C'est quand même un métier super pénible. Il me dit « Quoi un métier pénible ? ». Et je lui dis « Toi t'irais prendre ta voiture, par tous les temps à 7

heures du matin pour nettoyer les fesses des petits vieux ? ». Oui c'est un métier pénible. Vous voyez : réflexion de mon mari ! » [Laurence, auxiliaire de vie]

Même chez les proches, l'idée d'un métier pénible ne semble donc pas aller de soi. Même si la pénibilité que Laurence met en avant dans cet extrait n'est pas en lien avec la charge physique que représente le travail, elle est tout de même amenée, par la réaction de son époux, à réaffirmer la pénibilité du métier. Il est d'ailleurs intéressant de relever que Laurence ne mets pas en avant la pénibilité physique, mais d'autres aspects spécifiques du métier : les horaires et la proximité avec la souillure. La sollicitation physique reste là encore dans l'ombre, dans le non-dit, comme si cela ne pouvait souffrir la comparaison avec la charge physique des métiers masculins.

Lors de notre rencontre avec Olivia, auxiliaire de vie, son époux qui est venu participer aux échanges en fin d'entretien, rattache lui aussi la pénibilité du métier à l'aspect organisationnel et aux horaires. C'est d'autant plus surprenant qu'Olivia a déjà connu des moments d'épuisement physique qui l'ont conduite au repos forcé. Zoé, auxiliaire de vie, quant à elle, concernée par la proximité d'une opération du canal carpien, nous livre la réflexion suivante, qui consacre la vision d'un métier où la sollicitation du corps est permanente :

« Quoi qu'on fasse, on tient quelque chose dans notre métier. C'est une casserole. Alors vous tenez la casserole et la cuillère. C'est pas quelque chose de lourd, mais c'est quelque chose qu'on tient. Et ben les doigts sont toujours dans cette position. C'est un balai, c'est quelqu'un, c'est un gant de toilette, c'est un sèche-cheveux, c'est une brosse... c'est toujours quelque chose qu'on tient, donc les mains sont toujours vraiment sollicitées, tout le temps, tout le temps. Et le volant. Et... c'est tout le temps, il n'y a pas de repos. Ouais y'a pas de repos. » [Zoé, auxiliaire de vie]

Cette idée de l'absence de repos est importante, car elle illustre d'une certaine façon la partie cachée aux yeux des autres de la pénibilité physique du métier. Ce n'est pas tant la manutention des corps ou des charges lourdes qui amène à la fatigue de fin de journée, que le fait que les sollicitations ne s'arrêtent jamais : même les temps de déplacement entre différents bénéficiaires est encore un temps de sollicitation physique.

6.5 Le risque biologique et le risque chimique

Avant de passer au sujet spécifique des accidents, nous concluons ce tour d'horizon des expositions physiques par un regard rapide sur d'autres éléments propres au métier dans le registre des expositions physiques et qui peuvent impacter la santé. Nous allons passer rapidement sur ces expositions particulières, parce que nous n'avons pas souhaité interroger spécifiquement les personnes rencontrées sur ces sujets. Il s'agit des expositions aux risques biologiques et chimiques.

6.5.1 Le risque biologique

Indubitablement, les auxiliaires de vie sont exposées aux risques biologiques. Elles côtoient à longueur de temps de travail des personnes susceptibles d'être malades et sont en contact avec ces matières corporelles particulières que sont les excréments. Le tableau suivant, dont les données sont issues de la publication des résultats de Sumer 2003, offre un bon aperçu de l'exposition à ce risque biologique.

Tableau 7 : proportion de salariés exposés à des risques biologiques – Sumer 2003

	Services à la personne	Autres salariées
Exposition à des agents biologiques	60,3%	20,2%
Exposition potentielle à des agents biologiques	60,3%	20,0%
Travailler au contact d'un réservoir humain	56,3%	16,3%
Exposition aux liquides et tissus biologiques humains	30,1%	12,2%
Exposition par aérosol au réservoir humain	16,8%	9,7%

Source : enquête Sumer, Dares 2003. Nos traitement.

Les personnes rencontrées en ont-elles conscience comme elles peuvent avoir conscience des expositions physiques dont nous avons déjà traité ? Peu abordent spontanément le sujet lorsque nous les interrogeons sur les particularités du métier. Noémie est la seule à percevoir la réalité de cette exposition de façon aigüe. Elle prend d'ailleurs, de sa propre initiative, les seules solutions à sa portée de main, là où nous pourrions les attendre insufflées par la direction :

« Bon, on a déjà attrapé des gastros que les personnes nous ont refilé. Des bronchites que les personnes nous ont refilé mais moi ce que je fais alors si elles sont malades, je vais récupérer des masques de chirurgien et je leur explique que je le mets pour éviter moi d'être malade parce que ça m'embêterai de manquer mon travail, je n'aime pas manquer mon travail. » [Noémie, auxiliaire de vie]

Les masques dont parle Noémie, elle les récupère par une connaissance. Elle gère donc cet aspect seule, sans lien avec sa hiérarchie. Pourtant, Noémie travaille pour une structure de taille assez conséquente, à but non lucratif : les gants et la solution hydroalcoolique sont d'ailleurs fournis par l'entreprise. Camille est auxiliaire de vie au sein d'une structure de taille beaucoup plus réduite, et qui présente la particularité, dans le paysage alsacien, d'être à but lucratif. Pour elle, la question biologique n'est pas un sujet de préoccupation, parce qu'elle se dit équipée pour y faire face.

« Non parce qu'on a quand même du matériel. On a des blouses, on a des gels désinfectants, on a demandé à chaque bénéficiaire d'avoir un savon, une pompe à savon pour nous, pour pouvoir se laver les mains, une serviette pour nous. On a des masques qu'on a toujours dans nos poches. Donc au cas si quelqu'un nous dit « Attention ce matin j'avais une gastro », on se protège. Donc en général, c'est très rare qu'on attrape. Après un petit rhume, des choses comme ça, oui! » [Camille, auxiliaire de vie]

Alice inverse quant à elle la charge du risque. Consciente de travailler auprès d'un public fragile, elle ne va pas travailler lorsqu'elle pourrait représenter un risque pour ses bénéficiaires.

« Je suis très sujette à la gastro, tous les ans, au mois de janvier. Et donc je reste chez moi à ce moment là, je ne vais pas travailler quand je sais que j'ai quelque chose qui pourrait être contagieux vis-à-vis des [bénéficiaires]. » [Alice, auxiliaire de vie]

La constante qu'il aura été possible de remarquer dans tous ces propos, c'est la focalisation sur une pathologie donnée : la « gastro ». En l'absence d'investigations plus poussées, nous ne pouvons nous permettre d'interpréter de façon décisive cette focalisation. Peut-être s'agit-il

tout simplement du cœur de l'information sur l'hygiène dont disposent les auxiliaires de vie, du fait de leur formation, tant initiale que continue. Nous remarquons qu'il s'agit d'une pathologie du système digestif, qui touche à la sphère alimentaire et fécale. La gastro-entérite est causée soit par une bactérie (dans un tiers des cas environ), soit par un virus. Les mesures de prophylaxie se résument à une hygiène stricte des mains et des surfaces. Alors pourquoi cette focalisation des préoccupations sur la gastro-entérite ? Nous en resterons à cette proposition : se manifestant par des diarrhées ou des vomissements, la gastro-entérite touche au cœur de l'intervention des auxiliaires de vie sur le corps des bénéficiaires, à travers le change, la toilette et l'alimentation. Mais nous n'avons pas les moyens de valider cette hypothèse. En tous cas, aucune des personnes interrogées avec lesquelles le sujet a été abordé ne se fait vacciner contre la grippe : comme si cette pathologie ne faisait pas partie du champ des risques à considérer.

6.5.2 Le risque chimique

Dernière famille des expositions physiques que nous souhaitons aborder : les expositions au risque chimique. En dépit de son indéniable réalité, cette exposition n'est pas pensée comme telle par les auxiliaires de vie entendues. Au contraire, Florence, qui débute dans le métier, est rassurée par une forte familiarité avec les produits utilisés :

« A domicile, c'est quand même quasiment ce qu'on fait à la maison quoi. C'est pas comme en institution où là, il y a des balais spéciaux, il y a des produits spéciaux, non là on prend ce qu'il y a sur le terrain et c'est les mêmes produits qu'on utilise chez soi quoi donc... » [Florence, auxiliaire de vie]

Il y a là une méconnaissance manifeste des risques chimiques et une construction mentale intéressante quant au fait que les produits utilisés « à la maison » ne sont pas dangereux. Rien n'indique que les collègues de Florence partagent cette insouciance, mais en tout cas la préoccupation devant ce risque n'émerge jamais lors des entretiens. Les données Sumer 2003 indiquent pourtant une proportion de salariés exposés au risque chimique loin d'être négligeable, avec 51 % des salariés « services à la personne » exposés à des tensio-actifs, dont 40 % plus de 2 heures par semaine, contre 9 % de l'ensemble des salariés (données Sumer 2003, nos traitements). En termes de conséquences, ces produits peuvent principalement provoquer des lésions dermatologiques à type d'irritation et/ou de sensibilisation allergique,

mais l'impact sur d'autres sphères n'est pas à négliger : ce sont en effet des produits irritants des muqueuses oculaires, oro-rhino-laryngées et bronchiques et ils sont potentiellement sensibilisants. Le port de gants est la mesure de prévention individuelle la plus immédiate et la plus communément répandue, mais elle est loin d'être la seule accessible et surtout elle est loin d'être satisfaisante. En collectivité, l'accent pourra par exemple être mis sur la sélection des produits en faveur des solutions les moins agressives. Evidemment, Florence a raison de considérer que les produits destinés à usage domestique dans le commerce de détail n'ont pas la concentration des produits industriels ou institutionnels. Mais elle néglige de considérer la durée et la fréquence de son exposition. Qui plus est, l'auxiliaire de vie trouve des produits différents dans chaque domicile : l'exposition est donc celle à un cocktail dont la composition d'ensemble sera difficile à établir en dehors des grandes lignes.

Le piège consiste ici à considérer l'activité professionnelle comme une simple transposition de l'activité domestique, de surcroît pensée comme ne présentant pas de danger. Nous observons ici un effet de la division sexuelle du travail due à l'expression concrète des rapports sociaux de sexe : le ménage chez le tiers est jugé, en termes de risque chimique, à l'aune du ménage effectué chez soi, dans une forme de continuité. Ce qui fait la spécificité de l'exercice professionnel, à savoir la fréquence élevée de l'exposition, n'est absolument pas pensé : la continuité avec le cadre privé et domestique est imaginée simplement à partir de l'identité du type d'environnement et de la similarité des produits utilisés. De surcroît l'idée selon laquelle les produits destinés au cadre domestique sont moins dangereux demanderait à être sérieusement revisitée, vu la tendance actuelle à la concentration accrue des produits ménagers.

6.6 Les accidents¹⁶

6.6.1 Les accidents vus comme incontournables

Nous avons convenu de revenir sur la catégorie spécifique des accidents, qui présentent la particularité d'être un risque et sa conséquence en même temps, une exposition à effet immédiat, contrairement à toutes les expositions que nous avons détaillées jusqu'ici. En effet,

¹⁶ Certains des éléments de cette partie consacrée aux accidents ont été publiés dans un article consacré au même sujet dans le numéro 190 de *Raison Présente* (Polesi, 2014).

une chute sans conséquence ne sera probablement pas mémorisée comme un accident. De surcroît, dans le cas des auxiliaires de vie, les accidents sont globalement vécus comme le lot du métier : dans les témoignages qui nous en sont donnés dans les entretiens, ces accidents peuvent être déclarés comme accidents du travail ou simplement suivis de jours de repos. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question de la déclaration et de la reconnaissance.

« [...] il a perdu l'équilibre et il a cherché à se rattraper. Mais bon. Moi j'avais pas encore eu la formation de manutention qui nous apprend qu'il faut se laisser tomber avec. J'ai essayé de résister et clac dans le dos. Coup de téléphone au bureau. Moi, accident du travail, tout ça, je ne connaissais pas. J'apprendrais plus tard que cela aurait été bien pourtant que j'insiste. Parce que le bureau ne me l'a pas proposé, l'accident du travail. » [Nathan, auxiliaire de vie]

Noémie se souvient ainsi clairement avoir été blessée, mais peine à retrouver les circonstances et les raisons de cette blessure. Le souvenir de son accident et de ses causes est très flou, ce qui ne laisse pas de surprendre. Comment oublier les circonstances d'un accident du travail ? Nous n'avons aucune raison de penser ici qu'il s'agit de la manifestation d'un syndrome de stress post-traumatique, qui peut amener à ce genre d'oubli. Il nous apparaît plus raisonnable de postuler que si Noémie ne se souvient pas, c'est parce qu'elle n'accorde pas d'importance à son accident ?

« La deuxième fois, je ne peux même plus vous dire comment c'est arrivé. J'avais dû sûrement porter quelque chose de trop lourd et je m'étais bloquée aussi pareil mais je crois que c'était aussi pendant un change. » [Noémie, auxiliaire de vie]

Les causes qui mènent un salarié à l'accident du travail sont multiples et souvent complexes à analyser. Mais ce qui nous semble spécifique et intéressant à relever, c'est que certains des accidents dont rendent compte les personnes rencontrées suivent un scénario tout à fait original par rapport aux autres secteurs d'activité : les auxiliaires de vie peuvent être amenées à se mettre en danger pour éviter aux bénéficiaires de leurs services de subir un désagrément ou une mise en danger.

Nous avons déjà cité Nathan, qui tente de retenir le bénéficiaire qui chute. Dans son cas, dans ce récit, il met en avant son défaut de formation, celle-ci précisant qu'il convient de se laisser

tomber avec le bénéficiaire plutôt que de tenter de le retenir. La seconde situation voit Noémie, auxiliaire de vie, se blesser au dos en s'interposant pour éviter que la personne âgée auprès de qui elle intervient ne chute sur le sol alors que cette dernière est assise sur une chaise percée. Dans la chaîne des événements qui ont conduit à cet incident, un manque de transmission de l'information portant sur la difficulté de cette personne à garder son équilibre joue un rôle majeur. Mais on peut imputer l'accident à l'auxiliaire de vie qui fait le choix de s'interposer, plutôt que de laisser tomber au sol la bénéficiaire :

« La première fois, c'est chez la dame chez qui je travaille là... En fait, personne ne m'a dit, je n'avais pas de fiche d'intervention, c'était la première fois que j'intervenais, personne n'est venu m'aider puisque j'étais la première à intervenir et bon j'avais juste fait la formation et tout ça, et personne ne m'a dit que quand je mets la dame assise, qu'elle ne tient pas tout seule [...] avant d'aller à la douche, on la met sur la chaise percée, ok pas de souci, je mets la dame assise et je me retourne vers la chaise percée pour la rapprocher et je vois que la dame tombe en arrière et en voulant en fait la rattraper et la tenir, je me suis bloquée le dos. » [Noémie, auxiliaire de vie]

Dans d'autres situations, certes moins critiques, l'auxiliaire de vie se retrouve en situation d'arbitrer entre le confort du bénéficiaire et la prise de risque. Un change à faire, alors que le binôme, infirmière et aide-soignante, qui vient s'occuper du coucher ne vient qu'une heure plus tard, et l'auxiliaire de vie prend le risque de l'accident, alors qu'elle sait que, vu le poids du bénéficiaire, elle est au-delà de ses capacités physiques. Nathan raconte comment il a pris un risque de cet ordre. Son témoignage est intéressant dans la mesure où il souligne les effets du contexte : l'heure tardive, l'envie d'en finir, le fait de ne pas pouvoir laisser la personne en l'état et partir comme si de rien n'était.

« Un jour, la personne était mise sur le canapé, un grand monsieur, pas très lourd, parce qu'il était un peu sur la fin, assez maigre, mais bon il devait bien faire dans les 65-70 kilos quand même, puisqu'il était beaucoup plus grand que moi. Je sais pas, je l'avais mis sur le canapé et il n'y avait pas d'espace possible pour rentrer les pieds du soulève malade. Et j'ai essayé en biais, c'était trop casse gueule. J'ai essayé de la basculer et donc voilà. Et sa fille me dit « Bah je peux vous aider ». Moi je ne le sentais pas trop la fille. Parce qu'on ne sait jamais

qu'est ce qu'elle a comme formation de manutention, comment elle va faire son geste etc. Mais bon. Toujours le même topo : vingt heures le soir, vous êtes crevé, vous avez votre journée derrière vous. « Allez hop ! On le fait ! » Et voilà. Ca fait six mois que j'ai eu la formation de manutention, les gestes seuls je sais les faire, mais je ne suis pas habitué à travailler en équipe. Et comme un con, je fais un mauvais geste, je pars en rappel. Elle, elle part de l'autre côté, elle se prend tout le poids, elle lâche tout, le mec va se casser la gueule. Sauf que je suis parti en rappel, je suis en arrière et je me penche en avant. Et clac. » [Nathan, auxiliaire de vie]

L'alternative, c'est donc de laisser le bénéficiaire fasse à son problème. C'est une posture qui est loin d'être neutre dans le positionnement des intervenants à domicile : qui peut assumer de laisser tomber au sol un bénéficiaire plutôt que de prendre le risque de se blesser ? Qui peut assumer de ne pas réaliser le change d'un patient qui refuse l'usage du soulève-malade ?

« Vous avez une heure d'intervention, il y a change, repas à faire. On ne va pas se battre pour l'utilisation du soulève-malade. C'était le cas, j'étais vraiment pris en tenaille entre l'obligation de respecter les consignes et puis... Alors les consignes c'était : « Vous le laissez. Pas de soulève malade, pas de change ». Mais je ne pouvais pas, humainement... Et puis j'étais encore jeune. Je ne savais pas trop comment. J'étais jeune auxiliaire, je ne savais pas trop comment négocier ça. Voilà, donc je me suis cassé le dos un paquet de fois. » [Nathan, auxiliaire de vie]

Revenant sur deux accidents à l'issue desquels il a été blessé, Antoine porte un regard sans fard sur le fait qu'il s'agit bien d'un aspect du métier à la fois fondamental et complètement passé sous silence.

« Les deux fois c'était la même situation, où soit tu rattrapes la personne et tu prends le risque, soit tu laisses aller et tu ré pares la casse après, si il y a encore quelque chose à réparer. Bon, on peut pas vraiment dire que c'est un choix. Faut vraiment pas être net pour pas agir quand on voit une personne fragile, parce que nos bénéficiaires sont globalement fragiles, pour pas agir quand on voit une personne fragile en danger. Mais ça encore une fois, c'est une réalité qui n'intéresse pas grand monde. On peut pas dire, « Une partie de votre boulot, c'est

de prendre les coups à la place de ». Non, bon alors on va dire « ne vous mettez pas en danger ! », mais c'est du pipeau. » [Antoine, auxiliaire de vie]

Ces propos d'Antoine résument parfaitement l'aporie dans laquelle se trouvent les auxiliaires de vie. Du point de vue de l'enchaînement des circonstances qui conduisent à l'accident, les choses sont relativement claires : c'est en dernier ressort l'intervenante qui fait le choix de se mettre en danger, de façon plus ou moins réfléchie. Mais il semble tout de même que ce choix n'en est pas vraiment un, puisque guidé par des considérations éthiques. Techniquement, il s'agit cependant de mises en danger que nous pouvons qualifier de volontaires : les auxiliaires de vie se mettent délibérément en situation de danger, le fait qu'elles le fassent pour éviter un tort à leur bénéficiaire n'enlevant rien à ce caractère volontaire.

6.6.2 L'hypothèse d'accidents « éthiques »

Dans ces mises en danger volontaires et ces accidents du travail, il y a en effet ce qui nous semble être une composante spécifique du travail de l'auxiliaire de vie à domicile : les intervenants « prennent les coups » à la place de leurs bénéficiaires. Annie Thébaud-Mony a clairement montré que les accidents du travail peuvent relever d'une véritable mise en danger de la vie d'autrui : les motifs organisationnels et les conditions physiques de travail sont à elles seules des explications suffisantes dans bien des situations accidentogènes (Thébaud-Mony, 2007). En raisonnant de manière extrême, il est toujours possible de considérer avec un certain cynisme qu'il appartient aux salariés de refuser de se mettre dans une situation qu'ils savent être dangereuse. Un tel point de vue fait fi des pressions auxquelles peuvent être soumis les travailleurs, et qui leur laissent finalement peu de latitude face à une mise en danger, mais cela reste théoriquement possible. Dans la balance ne se trouve « que » le risque de la perte de l'emploi, d'une prime, ou d'une promesse d'engagement. Dans le cas de l'intervention auprès de personnes dépendantes ou *fragiles* comme il est dit dans l'extrait d'entretien cité plus haut, dans la balance il y a la mise en danger d'autrui. Les professionnelles que nous avons rencontrées sont donc en position d'arbitrer entre leur propre mise en danger et la mise en danger, ou même en inconfort, des personnes dont elles ont la charge.

Lors d'une présentation à des médecins du travail des résultats de l'enquête dont sont tirés les exemples présentés plus haut, il nous a semblé pertinent, de souligner cette spécificité : nous

avons proposé de parler d'accidents du travail *éthiques*. Ce syntagme a été repoussé avec vigueur par l'assistance, l'argument qui nous a été opposé consistait à dire que le souhait de « bien faire son travail » était partagé par tous les travailleurs et qu'il n'était ni nécessaire ni souhaitable de considérer certains accidents comme étant plus éthiques que d'autres. Cette réaction des médecins du travail peut s'expliquer par leur engagement professionnel dans la lutte contre les accidents du travail : aucun accident n'est *a priori* acceptable ou souhaitable, et à ce titre, il ne saurait y avoir d'accident du travail *éthique*. Pour autant, cette réaction collective nous interroge dans la mesure où elle n'apporte pas de réponse à l'aporie dans laquelle se trouvent coincées les auxiliaires de vie à domicile : prendre soin de soi ou de l'autre ? La réponse institutionnelle et officielle est claire : les auxiliaires de vie doivent avant tout se protéger elles-mêmes. Mais outre que cette position peut s'avérer intenable pour des raisons faciles à comprendre, elle n'est pas davantage la position souhaitée par les usagers et leurs proches.

Cet échange avec les professionnels de la santé au travail indique peut-être tout simplement que le regard porté par la médecine du travail n'est pas forcément adapté aux activités du *care*. Nous avons déjà rappelé que la culture en santé au travail s'est élaborée en référence à un modèle d'emploi « masculin neutre » de nature industrielle, négligeant complètement ou pouvant aller jusqu'à occulter les conditions de travail des salariées femmes (Messing, 2000). Alors, que nous disent les accidents du travail des auxiliaires de vie à domicile qui est manifestement difficile à saisir par les professionnels de la santé au travail ?

Sur le plan philosophique, l'accident s'oppose à la substance ou à l'essence, c'est-à-dire que l'« accident » c'est un événement qui advient à l'être mais sans en provenir. Il s'agit de quelque chose qui ne peut être prévu ou déduit de la nature de l'être : que le bonhomme de neige fonde ne relève pas de l'accident. Or, dans le cas qui nous préoccupe, il semble au contraire que l'accident soit en rapport très direct avec l'essence du métier : pour la professionnelle impliquée dans le soin à autrui, le fait de s'interposer et de prendre sur elle les conséquences de l'éventuel accident du travail semble relever de la nature profonde du métier.

6.6.3 Accidents « éthiques », care et rapports sociaux de sexe

Les métiers du *care* ne sont pas les seuls dans ce cas. La figure limite ou idéale-typique du métier dont l'essence implique la possibilité de l'accident, voire de la mort, est la figure du

soldat : bien que cela ne soit pas souhaité, il est attendu que le soldat puisse être blessé, voire décède, dans l'exercice de son métier. Pour ceux qui auraient des scrupules à considérer le service des armes comme un métier, nous pourrions proposer des figures civiles d'un engagement similaire, comme les agents de police ou les sapeurs-pompiers.

Mais là où la blessure est récompensée par une décoration ou au moins une reconnaissance des pairs lorsqu'il s'agit de métiers virils, l'engagement physique des auxiliaires de vie n'occasionne rien, du moins rien en termes de reconnaissance, sauf peut-être un arrêt-maladie. Les récits des auxiliaires de vie mettent d'ailleurs dans une proximité troublante leur profession avec celle de sapeur-pompier :

« En fait, elle se laissait tomber pour qu'on la ramasse, pour nous embêter. Et ça devenait très, très dur. [...] Cette dame-là, elle se laissait tomber plusieurs fois donc comme on ne pouvait pas la relever toute seule, parce qu'elle était corpulente [...] donc on appelait après à chaque fois les pompiers. [...] Donc les pompiers, un moment, ont dit « écoutez ça suffit » donc une fois j'ai essayé de la relever et je me suis dit coincé le dos. » [Alice, auxiliaire de vie]

Confrontée au refus d'intervenir des sapeurs-pompiers, l'auxiliaire de vie les remplace et tente, seule, de relever sa bénéficiaire tombée à terre. Que peut faire en effet l'auxiliaire de vie face au refus des sapeurs-pompiers, si ce n'est tenter elle-même d'agir ?

Les composantes du *care* telles que les détaille Joan Tronto et que nous avons déjà présenté peuvent nous aider à poursuivre l'analyse. Rappelons que, dans une vision très analytique, elle distingue quatre facettes du *care* (Tronto J. C., 2009) :

- le fait de se soucier de quelqu'un ou quelque chose (*caring about*), ce qui relève du registre de *l'attention* à l'autre ;
- le fait de prendre soin de quelqu'un (*caring for*), ce qui renvoie au fait d'accepter la *responsabilité* d'autrui ;
- le fait de soigner quelqu'un (*care giving*), ce qui interroge concrètement la *compétence* de la personne qui soigne ;
- le fait d'être l'objet du soin (*care receiving*), ce qui renvoie à la *capacité de réponse* de celui qui bénéficie du *care*.

L'accident de travail que, dans une première approche, nous avons considéré comme pouvant relever de l'éthique est directement lié au fait que l'auxiliaire de vie doit assumer la responsabilité d'autrui, dans un moment où la compétence est prise en défaut. Cette dernière doit être comprise dans un sens large car elle ne relève pas des seules capacités individuelles de la travailleuse, mais elle englobe toute l'organisation du travail. Deux alternatives s'offrent à nous quant à l'interprétation de ce type d'accidents du travail dont sont victimes les auxiliaires de vie.

Dans une première hypothèse, l'engagement que le *care* nécessite, est socialement invisible, aucune forme de reconnaissance n'est possible ou envisageable. D'une part une telle reconnaissance bouleverserait l'échelle des valeurs et/ou les normes professionnelles. D'autre part le coût d'une telle reconnaissance peut être jugé excessif par les employeurs, notamment sur le plan du salaire. Or très majoritairement ce sont les femmes qui sont assignées au *care* (Molinier, 2013) par le jeu des rapports sociaux de sexe (Dunezat X. , Heinen, Hirata, & Pfefferkorn, 2010). Devant la faible reconnaissance de la valeur du travail qu'elles fournissent, les auxiliaires de vie à domicile continueront donc à avoir des accidents de travail dans une forme d'indifférence sociale quant à l'importance et à la signification de ces accidents. En effet, une part de ces accidents se produit parce que les femmes se mettent en danger pour protéger leurs bénéficiaires, parce que l'éthique du *care* leur impose en quelque sorte de mettre en danger leur propre intégrité.

La reconnaissance de l'éthique du *care* peut être un projet politique et scientifique : la médecine du travail figure alors en bonne place pour jeter les linéaments d'une reconnaissance et d'une compréhension du travail de *care* : si elle est encore aujourd'hui borgne¹⁷ parce qu'elle s'est construite sur l'idéal-type de l'emploi masculin industriel, le développement du *care* pourrait lui donner l'opportunité de porter sur le travail des humains un regard binoculaire, donc cesser d'ignorer les femmes. Se pencher sur les accidents de travail des auxiliaires de vie à domicile peut être l'occasion de changer le regard sur ce qu'est le travail, et sur la place qu'occupe le *care* dans notre société.

Dans une deuxième hypothèse l'engagement que nécessite le *care* est visible, et il l'est quand ce sont des hommes qui occupent majoritairement la profession concernée, comme dans le cas

¹⁷ Le titre original de l'ouvrage de Karen Messing (2000) est *One-Eyed Science. Occupational Health and Women Workers*, ce qui se traduit littéralement par *Science borgne. Santé au travail et travailleuses*.

des sapeurs-pompiers ou des agents de police. En effet ces professions semblent, pour partie de leurs activités au moins, répondre à la définition que donne Joan Tronto du *care* (Pfefferkorn, 2006) (Pruvost, 2007). La différence sexuée se jouerait-elle alors entre sphère privée et sphère publique d'exercice de l'activité professionnelle, les hommes étant majoritaires dans les professions du *care* relevant de la sphère publique, et les femmes assignées aux professions du *care* de la sphère privée ou du moins assimilables à elle ? Ces assignations croisées peuvent bien évidemment être lues à rebours, la sphère privée se définissant comme la sphère où interviennent les femmes. Nous ne porterons pas plus loin la réflexion sur la pertinence de la distinction entre ces deux sphères, qui dépasse largement le cadre de notre propos. L'idée centrale reste qu'il y aurait un *care* visible et valorisé, celui des professions occupées par les hommes, du moins très majoritairement, et un *care* de peu de valeur et moins valorisable, celui des professions dans lesquelles on retrouve surtout des femmes. La captation des travaux à forte valeur sociale par les hommes est un *aspect* bien connu de l'approche en termes de rapports sociaux de sexe, comme nous l'avons déjà exposé.

En quoi la seconde alternative diffère-t-elle de la première ? Qu'apporte-t-elle de plus ? Elle incite à penser que le travail de *care* n'a pas des caractéristiques intrinsèques spécifiques qui l'empêche d'être socialement reconnu, puisque souvent les hommes qui se déploient dans le *care* voient leurs activités, et surtout leurs accidents, davantage reconnus : un pompier qui se blesse ou décède en portant secours sera décoré. La société, sans parler de la personne secourue, reconnaît une *dette* à l'égard du pompier qui met sa santé dans la balance par rapport à celle de la personne secourue. En revanche l'auxiliaire de vie qui se blesse en secourant une personne âgée tombée à terre sera considérée comme responsable de son accident du travail, en tous cas elle ne sera ni félicitée ni décorée ! L'absence de reconnaissance ne vient donc pas des particularités intrinsèques du *care* et de son éthique, mais bien plus profondément de l'absence de volonté de reconnaître la valeur de ce que « donnent les femmes »¹⁸. Ajoutons à cela que les rares femmes sapeur-pompiers seront assignées prioritairement aux tâches de secourisme et d'aide aux victimes. Ces activités occupent beaucoup plus de temps que la lutte contre l'incendie, qui représente 6 % seulement du temps de travail des mal-nommés « soldats du feu », mais c'est toujours cette dernière qui permet de viriliser la profession (Pfefferkorn, 2006).

¹⁸ Nous reprenons ici le titre du n° 39 de la *Revue du MAUSS*, 2012 : « Que donnent les femmes ? »

Il nous semble que la seconde hypothèse change considérablement les termes de la question, elle permet de déplacer la lutte sur un terrain différent. Car nous pourrions très bien imaginer une société où le *care* serait à l'apogée de sa reconnaissance sociale, où son éthique servirait de pierre de touche aux édifices moraux : pensons simplement possible une société où l'attention aux autres est le point de référence, en lieu et place de la justice ou de l'équité telles que les envisage John Rawls (Rawls, 1987). Dans ce monde de science-fiction, il y a fort à parier, du fait de la transformation radicale des rapports sociaux de sexe, que les hommes seraient désormais les pourvoyeurs de *care*, les femmes étant reléguées aux tâches subalternes et ingrates de la production...

Les accidents du travail des auxiliaires de vie à domicile, et le contexte dans lequel ils se produisent, nous invitent à nous interroger : sont-ils si négligeables dans leur dimension éthique parce qu'il ne s'agit que de *care*, ou parce qu'il s'agit d'activités occupée par des femmes ? Nous avons bien conscience que les termes que nous distinguons ici sont actuellement profondément intriqués : les femmes sont les pourvoyeuses de la part majoritaire du *care*. De surcroît, le champ de l'intervention à domicile sollicite également de façon très nette les rapports sociaux de race (Scrinzi, 2013). Faire la part des choses dans ce contexte n'est pas simple.

7 Les expositions non-physiques liées au travail

7.1 Les difficultés méthodologiques à recueillir les expositions non-physiques

Après avoir parcouru les risques physiques auxquels sont exposées les auxiliaires de vie, nous entrons à présent sur un territoire plus complexe à appréhender, où les enjeux, notamment lexicaux, sont plus élevés. C'est pour cette raison que nous avons simplement choisi d'intituler cette partie « expositions non-physique ». En dépit de l'intérêt que présente la dénomination des choses, il nous semble souhaitable de garder un peu de distance par rapport à tout un champ lexical foisonnant et dont nous ne maîtrisons pas tous les ressorts : facteurs de stress, de souffrance mentale, risques psycho-sociaux, environnement dépressiogène, risque organisationnel, etc. Notre position est pour partie à rapprocher de celle d'auteurs qui considèrent qu'il y a une tendance importante à la psychologisation du social :

« Nous codons aujourd'hui une multiplicité de problèmes quotidiens dans le langage psychologique, et particulièrement dans celui de la dépression, alors qu'ils étaient énoncés, il y a encore peu, dans un langage social ou politique de la revendication, de la lutte et de l'inégalité. Cette subjectivation généralisée est une forme sociale et politique. » (Ehrenberg, 1995, p. 23)

La reconnaissance de la dimension psychologique n'est pas un problème en soi : il semble *a priori* positif de ne pas occulter de l'observation des individus au travail les problèmes relevant de la sphère psychologique. Le souci, que pointe Alain Ehrenberg dans cette citation, c'est que le focus sur les problématiques psychologiques est l'occasion de changer d'échelle, en passant d'un point de vue collectif à une mise en cause individuelle. Là se perd en route un élément important de la compréhension des choses : chaque situation problématique devenant individuelle et unique, il n'y a plus de retour possible sur les conditions collectives dans lesquelles évoluent les individus. Nous ne pouvons accepter cette perte.

Par ailleurs, le risque que nous voyons poindre *a priori* est celui de l'exclusion de manifestations, de la restriction des expositions « valides ». En effet, nommer revient à attribuer un mot à un objet, et cela revient également à désigner tout ce qui est exclu de cette dénomination. Il nous semble préjudiciable de nous engager d'entrée de jeu dans ce champ avec le support du vocabulaire consacré : un facteur de risque qui ne relèverait d'aucune

dénomination risquerait de purement et simplement disparaître de notre investigation. Nous en resterons donc volontairement à une approche large, visant à relever tout ce qui peut venir impacter la santé des auxiliaires de vie à domicile autrement que sur un plan strictement physique.

Nous avons bien conscience de l'aspect flou de notre définition. Par bien des aspects, cela n'est pas satisfaisant. Mais au regard de ce que nous avons déjà vu de l'articulation entre rapports sociaux de sexe et production du discours savant et/ou médical, nous nous estimons fondés à faire preuve de cet excès de prudence. La partie consacrée aux expositions physiques nous a déjà largement illustré comment des risques pourtant manifestes pouvaient plus ou moins disparaître du discours officiel, même lorsque ces risques sont documentés et visible : rappelons ce document de l'INRS dont le résumé pointe que la manutention de charges concerne avant tout les hommes, en occultant les résultats sur les femmes présentés dans la suite du document.

Avec les risques non-physiques, il nous faut également composer avec la probabilité de voir les risques non reconnus y compris par les personnes concernées. Le mécanisme de définition de la norme, de ce qui est acceptable ou normal dans le cadre du travail est bien connu : les femmes et les hommes ont des réactions différentes par rapport à ces normes, déjà dans le domaine physique, mais également dans le domaine non-physique (Gollac & Volkoff, 2002) :

« Le genre, notamment, spécifie le sens et la place du travail professionnel dans la vie, en tant qu'activité et en tant que statut social ; et comme activité dont le sens et l'évaluation ne sont dissociables ni des contraintes et arbitrages de la vie quotidienne, ni des parcours sociaux associés au rapport subjectif à l'existence et donc à la santé elle-même (pouvoir d'agir, sentiment de réussite sociale). Sans prise en compte de l'épaisseur des normes sociales et personnelles qui construisent ces significations, on comprend mal la distance entre la réalité objective des situations professionnelles et les perceptions des risques professionnels. » (Bouffartigue, Pendariès, & Bouteiller, 2010)

Ces précautions posées, il reste que, comme pour les contraintes physiques avec l'exemple de la manutention des personnes, il existe des contraintes non-physiques largement identifiées et reconnues dans le métier d'auxiliaire de vie à domicile. En effet, le contact avec la maladie, la

souillure, la vieillesse et la mort sont autant d'éléments qui marquent d'ailleurs les personnes extérieures au métier et qui n'en ont pas l'expérience. Mais d'une part, à en croire nos interlocutrices, ces expositions ne sont pas tant significatives que cela en termes de risque pour les travailleuses, et d'autre part, il ne s'agit pas de risques très clairement reconnus officiellement.

Même une source « militante » comme le site d'information « Bossons futé »¹⁹ reste très mesurée dans sa description des risques non-physiques du métier d'auxiliaire de vie : la mort par exemple n'est problématique qu'en tant qu'elle survient de façon inattendue et provoque ainsi une situation d'urgence (Bossons futé). Au final, le modèle de compréhension des risques qui est appliqué est très nettement inspiré de métiers masculins et industriels qui n'ont pas grande relation avec le *care* : ce modèle ne sait pas prendre en compte un certain nombre d'éléments propres à la relation d'aide.

7.2 La mort

7.2.1 Un élément incontournable de l'aide à domicile

L'élément incontournable qui se rencontre dès qu'il y a contact avec le public âgé, c'est évidemment la mort. Et les premiers concernés sont les bénéficiaires de l'aide à domicile : Alice, auxiliaire de vie, qui cherche à quitter le métier, nous explique que c'est son principal motif de changement d'activité :

« Parce que ça ne me plaît plus, voilà c'est, je ne sais pas, ça ne me convient plus. Ça ne me convient plus. Et puis une personne âgée, elle est là et qu'est-ce qu'elle attend, elle attend la mort, il n'y a pas de, elle attend. ». [Alice, auxiliaire de vie]

La mort pèse donc même lorsqu'elle n'est pas encore d'actualité. Lorsque l'état d'un bénéficiaire se dégrade, cela devient une préoccupation : Noémie nous parle d'une dame très âgée dont l'état se dégrade :

¹⁹ « Bossons futé » est un site web d'information sur le travail qui est le produit de l'implication bénévole de médecins du travail et de préventeurs en santé au travail regroupés en une association indépendante (<http://www.bossons-fute.fr>).

« C'est vrai que quand je vais chez cette dame, j'ai toujours une petite appréhension avant de rentrer dans sa chambre. Comment je vais la trouver, est ce qu'elle est encore là ou pas. On verra. » [Noémie, auxiliaire de vie]

L'horizon de la mort comme permanence : de surcroît un horizon qui peut s'approcher de façon extrêmement subite et inattendue. Même si dans bien des cas le décès survient au terme d'une longue évolution et est en quelque sorte attendu par les personnes, il reste des situations où la mort se manifeste de façon totalement inattendue.

En dehors de ce caractère usant de l'omniprésence de la mort, d'un interlocuteur à l'autre c'est le même constat : certains décès sont très éprouvants et rien ne peut y préparer. Alice nous l'explique :

« Moi je dis qu'on n'est jamais prêt. On peut être préparé mais bon après c'est une question de personnalité [...] et ça vous avez beau avoir n'importe quelle préparation, il y a des choses qu'on ne maîtrise pas. » [Alice, auxiliaire de vie]

La difficulté que représente la survenue d'un décès peut d'abord être une question de circonstances de la découverte de la mort. Le face-à-face inattendu avec des bénéficiaires décédés parfois dans des situations grotesques, et donc marquantes, est présenté comme un risque important pour les auxiliaires de vie.

« J'ai des collègues qui sont tombés en dépression.

- Après un décès ?

- Oui. Qui ont trouvé le monsieur mort sur les toilettes ou des choses comme ça. »

[Noémie, auxiliaire de vie]

7.2.2 L'image de la mort qui fait trauma

Indépendamment du lien instauré entre l'auxiliaire de vie et le bénéficiaire, la confrontation brutale à la mort est un risque documenté et bien connu pour les individus : le syndrome de stress post-traumatique est la conséquence la plus aigüe de cette confrontation. L'isolement de

l'auxiliaire de vie au moment de la découverte du mort est le premier facteur pouvant la fragiliser sur le plan mental et conduire au stress post-traumatique :

*« [...] en effet, les sujet développant un état de stress post-traumatique avaient été le plus souvent seuls au moment de l'exposition de l'événement traumatique. »
(Morgan, L'Etat de stress post-traumatique : diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs, 2012)*

Le caractère parfois incongru de la « mise en scène » de la mort (personnes décédées assises sur les toilettes par exemple) augmente le risque de voir l'individu confronté au décès développer une symptomatologie de type post-traumatique, à travers ce que les psychologues nomment « l'effroi » (Morgan, 2012, p. 206).

Le fait que le décès ait lieu à domicile et non pas en institution ou à l'hôpital renforce donc le risque de voir l'auxiliaire de vie développer une réaction pathologique à la découverte du décès, puisque cela augmente la probabilité de voir des morts « mis en scène » de façon à susciter l'effroi. Cette considération sur l'environnement éloigne déjà la tentation de considérer qu'il s'agit d'une question de personne, de résistance individuelle : c'est bien le contexte d'intervention qui joue un rôle significatif dans l'exposition au risque. En effet, l'intervention à domicile pose la base première d'un tête-à-tête solitaire avec la mort, puisque les auxiliaires de vie interviennent la majeure partie du temps seules, et porte également en germe des facteurs aggravants du risque à travers les circonstances concrètes du décès et de sa découverte.

Parmi les autres facteurs aggravant le risque d'un syndrome de stress post-traumatique, l'absence de soutien social est reconnue :

« Tel sujet qui résistera à un événement agressif s'il est reposé, bien entouré, bien encadré et bien soutenu moralement, peut vivre le même événement comme traumatique s'il est épuisé, mal encadré et démoralisé. » (Crocq, 1999, p. 432)

La question du soutien social est naturellement centrale dans le contexte des auxiliaires de vie qui travaillent seules toute la journée chez leurs bénéficiaires respectifs. Là encore, derrière des questions de susceptibilité individuelle et la capacité à supporter une situation difficile, se

cachent des enjeux organisationnels et d'encadrement. Nous reviendrons plus en détail sur cette question du soutien social ultérieurement, mais nous pouvons déjà pointer ici qu'il s'agit d'un manque, d'un défaut dont les auxiliaires de vie interrogées témoignent de façon importante, notamment face à un décès, en comparaison de ce que peuvent vivre leurs collègues en institution :

« [...] avec mes collègues quand on en discutait, elles me disaient la pire des choses qui pourrait nous arriver, c'est le matin d'ouvrir, puisqu'on a souvent la clé des gens qui sont alités, c'est d'ouvrir et de... voilà... ça c'est... Et puis à la maison, ce n'est pas pareil. Ce n'est pas comme en institution où il y a l'équipe, pas pareil, il y a l'équipe pour quand... » [Alice, auxiliaire de vie]

La proximité de collègues, d'une équipe, de supérieurs qui sont sur le même terrain et qui connaissent les situations : voilà ce qu'il est possible de trouver en structure et qui fait défaut au domicile, sans parler de la possible existence de groupes de paroles ou d'analyse de la pratique. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de tentative de gérer cette dimension et de prendre garde à la façon dont se passent les décès et la suite des décès. Mais cela reste manifestement du cas par cas et ne peut que marginalement compenser ce que le modèle même de l'intervention à domicile tel qu'il est déployé aujourd'hui, avec la préoccupation majeure du coût, ne peut offrir. Laurence, responsable de structure, considère que c'est une des difficultés majeures du métier, qu'elle a vécue de façon marquée :

« En février l'année dernière, il y a une salariée qui a perdu cinq clients dans la même semaine. Le dernier on savait plus comment lui dire. On l'a fait venir, on lui a payé un café, des croissants. Et au bout de cinq minutes on lui a dit « Bon on a un truc à vous dire ». Véridique quoi. On ne savait plus comment gérer le truc. Donc voilà. C'est pour moi une des grosses souffrances du boulot. De mon point de vue. » [Laurence, responsable de structure]

7.2.3 L'attachement, la mort et le deuil

La mort n'est pas seulement là en tant qu'événement traumatique. Quelles que soient les circonstances, la mort peut également être la disparition d'un bénéficiaire avec lequel ont été créés des liens particuliers. Pour les bénéficiaires auxquels les auxiliaires de vie s'attachent, il

n'y a pas de recette miracle et c'est un certain pragmatisme qui invite à museler les sentiments. Il faut taire la douleur au nom de l'engagement professionnel afin de pouvoir poursuivre le travail, comme l'explique Camille :

« Après il y a des coups durs, forcément. Des personnes auxquelles on était très attachées. On pleure deux trois jours et puis ça passe. On peut toujours garder ce truc en se disant « voilà, t'es professionnelle ». Faut pas qu'on se mette à pleurer à chaque fois parce que sinon... ». [Camille, auxiliaire de vie]

Mais il est difficile d'apprécier la qualité et surtout l'intérêt de ce musèlement. Si, comme pour la charge physique, le poids des décès est vécu comme une des contraintes incontournables du métier, cette présence de la mort s'inscrit dans un contexte où l'attachement aux personnes qui vont mourir est requis par les attentes mêmes du métier, que les auxiliaires de vie vivent sous le registre de la fatalité :

« C'est souvent avec nos collègues on rigole parce qu'on se dit, chaque fois qu'on a un décès, on se dit, « C'est fini on ne s'attache plus à la personne ». C'est trop dur après quand ils partent et mais quand on rencontre une nouvelle personne et que... C'est plus fort que nous. » [Noémie, auxiliaire de vie]

Ne pas s'attacher apparaît difficilement conciliable avec ce qui est attendu des auxiliaires de vie : en effet, la pratique du *care* peut difficilement se déployer sans que soient mobilisés les registres de l'attachement et de l'affection. Pascale Molinier, au sujet des personnels d'une structure d'hébergement pour personnes âgées, montre clairement comment l'engagement professionnel dans le service aux personnes âgées passe obligatoirement par la mobilisation de ce qu'elle n'hésite pas à appeler de l'amour, reprenant le champ lexical utilisé par les personnels de son terrain d'étude (Molinier, 2013). Lors d'un séminaire de l'Université de Strasbourg dans le cadre du cycle « Corps vulnérables. Normes éthiques et politiques de l'intégrité corporelle et de la sexualité », Pascale Molinier est venue défendre la légitimité et le caractère opérationnel pour elle de ce choix de parler d'amour : entre le besoin de valoriser les personnes aidées et celui de supporter la proximité avec la souillure notamment, il n'y a pas d'autre moyen que l'engagement affectif, dans une optique de prise en charge optimale. Et sans la reconnaissance de cette mobilisation affective, une partie du travail effectué devient invisible :

« Si on récuse le champ lexical de l'amour, la relation dans le care devient impossible à exprimer. Le professionnalisme ne peut rien dire sur le travail de care » (Molinier, 2013).

Si Pascale Molinier a pu observer et rendre compte de l'importance de l'attachement en institution, il est aisé de deviner combien l'engagement émotionnel pèse lourd dans un travail de *care* réduit au tête-à-tête de l'intervention à domicile des auxiliaires de vie. Lorsque Noémie croit pouvoir affirmer que s'attacher est « plus fort que nous », elle pense qu'il s'agit d'une disposition individuelle, une forme de fragilité subie. D'ailleurs l'attachement est combattu par la hiérarchie et les organismes de formation qui considèrent que l'engagement affectif manifeste un manque de professionnalisme, catégorie mobilisée par Camille pour se motiver à ne pas pleurer. Léa va dans le même sens que Noémie en considérant l'attachement comme une conséquence du travail, et non comme une des conditions de possibilité requise pour que puisse se faire le travail :

« Je pense que tu t'attaches forcément après ce n'est pas un attachement familial pour moi mais c'est un attachement oui. Je pense que tu t'attaches forcément parce que tu rentres tous les jours chez eux et dans leur maladie et dans leurs souffrances et dans ces choses-là. » [Léa, auxiliaire de vie]

En pensant l'attachement comme une conséquence de l'intimité et de la répétition du quotidien, Léa et Noémie s'interdisent de penser l'attachement comme un requis. Du coup, en tant que conséquence, cela peut apparaître superflu et surtout cela renvoie *in fine* à une disposition accessoire et propre à chaque personne : dès lors, il n'y a pas de pertinence à penser collectivement, de façon tant préventive que curative, la question de la gestion de cet attachement, et la question du deuil qui l'accompagne. Car dans un certain nombre de situations, les auxiliaires de vie doivent véritablement faire le deuil de cette personne qu'elles ont accompagnée jour après jour. Il n'est pas rare, dans la mesure des disponibilités, que les auxiliaires de vie se rendent aux obsèques. Mais cette démarche n'est pas perçue comme une démarche professionnelle, et elle est diversement acceptée ou soutenue par les responsables de services. Nathan raconte que ce n'est que du bout des lèvres que sa hiérarchie lui a permis de se rendre aux funérailles :

« Le premier [bénéficiaire] dont je parlais, qui est mort d'un AVC, j'ai appris son décès la veille de son enterrement. Et on m'a demandé avec un air gêné « Vous allez emmerder le service franchement, mais bon, on vous propose parce qu'on est bien obligé, est ce que vous voulez aller à l'enterrement ? ». » [Nathan, auxiliaire de vie]

« Vous allez emmerder le service » : voilà qui pointe avec force combien ce temps des funérailles, aux fonctions indiscutables pour les vivants, n'est pas considéré avec le sérieux requis. Zoé revendique cependant très fortement la possibilité de se rendre aux enterrements de ses bénéficiaires. Pas question pour elle de s'entendre dire qu'elle ne peut pas s'y rendre pour raison de service :

« Et puis on va à l'enterrement. [...] Jusqu'à présent les enterrements que j'ai eu ça... je n'ai jamais eu besoin de demander... enfin si deux fois. Enfin moi je téléphone et je dis : « Je vais à l'enterrement de Monsieur Machin ». Et puis c'est tout. Qu'ils n'essayent même pas de me dire « Non, vous devez aller chez... ». » [Zoé, auxiliaire de vie]

Mais cela reste une démarche considérée comme privée et extra-professionnelle. D'ailleurs, en l'absence de cadre ou de pratique établie, nous ne pouvons affirmer que toutes les auxiliaires de vie se rendent aux enterrements de leurs bénéficiaires. Cela semble tout de même à moduler selon différents critères (durée de la prise en charge, profondeur de la relation, etc.) que nous n'avons pas souhaité explorer plus avant que cela. Nous devons même souligner que la question du bienfait de la participation aux obsèques ne fait pas totalement unanimité. Camille considère ainsi qu'assister aux funérailles ne lui apporte aucun bénéfice :

*« Et ça aide d'aller aux funérailles ?
- Pas forcément. On le fait plus parce que ben pour la tradition et pour la famille, pour leur montrer qu'on est quand même présent quoi. Après moi je suis comme ça, je trouve qu'un enterrement pour moi... j'ai jamais trop aimé ça. J'ai toujours trouvé ça complètement stupide mais pas vis-à-vis des bénéficiaires. C'est ma raison d'être, je suis comme ça. Pour moi, les enterrements ça ne signifie rien. Pour moi être devant un cercueil et chanter deux trois chansons, je trouve ça complètement con. Je suis désolée de le dire, mais moi je trouve ça complètement*

con. Si je le fais c'est plus pour la tradition et montrer aux familles que, voilà on est là. Et que même si après le décès elles ont besoin de nous, on est encore là. »

Si Camille se rend aux funérailles, c'est donc par respect de la tradition et pour témoigner quelque chose de la permanence aux familles. Nous laisserons aux psychologues le soin d'interpréter cette prise de position, mais elle nous semble tout de même témoigner d'un intérêt à assister aux enterrements pour Camille : l'inscription dans la survie au-delà de la mort de celui qu'on enterre apparaît bel et bien salutaire pour tout le monde y compris Camille.

7.2.4 L'absence de traitement sérieux de la question de la mort

La mort apparaît donc comme une composante incontournable de l'environnement quotidien des auxiliaires de vie : pas parce qu'elle est quotidienne, mais bien plutôt parce qu'elle est omniprésente. Lorsqu'elle survient, nous observons que la prise en charge des possibles conséquences de la rencontre entre les auxiliaires de vie et la mort n'est pas véritablement travaillée par les structures. Il existe une gestion au cas par cas, qui s'avère fortement dépendante du contexte et des personnes : nulle part il ne nous a été fait mention d'un socle minimal d'intervention ou de prise en charge, pas de protocole. Les récits que nous avons recueillis illustrent la difficulté de l'encadrement avec cette question de la mort :

« Là on a eu 3 décès depuis lundi. Voilà, donc c'est ça aussi auxiliaire de vie.

- Lundi ? Mais nous sommes mardi !

- Oui ! [rire] Voilà, donc c'est annoncé. Donc hier il y avait une jeune femme qui est chez nous, qui est enceinte. Voilà et j'ai vu une des responsables secteur lui dire « Bon, j'avais aussi quelque chose à vous dire. ». Vraiment dans le ton qui était..., « Oui Monsieur un tel... ». Elle ne finit pas sa phrase. Et l'autre la regarde. « Il est parti ? » « Oui oui, voilà ». Enfin voilà, c'est toutes des étapes. Vous étiez 5 ans chez cette personne. Tous les jours vous aviez fait à manger à cette personne et voilà. » [Laurence, responsable de service]

Dans cet extrait, Laurence nous précise que l'auxiliaire de vie informée par sa supérieure du décès d'un bénéficiaire est enceinte. Nous ne saurons pas s'il s'agit d'expliquer qu'elle est en congé maternité et n'a donc pas été mise au courant « en temps réel » du décès, ou si c'est son

statut de femme enceinte qui amène à ce que la supérieure l'informe. Toujours est-il, alors même que la mort est très clairement reconnue comme une composante incontournable du métier (« *Voilà, donc c'est ça aussi auxiliaire de vie.* »), la responsable du secteur apparaît clairement en difficulté : elle ne parvient même pas à délivrer explicitement l'information, et laisse l'auxiliaire de vie deviner et formuler le décès.

De surcroît, nous devons rappeler que les auxiliaires de vie sont pour certaines d'entre elles relativement âgée, comparée à la masse des femmes salariées : les enjeux des rapports de génération ne sont pas à ignorer dans le contexte des auxiliaires de vie à domicile. Or, pour Léa, il y également des enjeux de projection, d'identification :

« Je pense plus tu arrives dans l'âge de la cinquantaine, tu vois aussi la mort différemment, la vieillesse et tout ça. » [Léa, auxiliaire de vie]

Certes, Léa est une jeune auxiliaire de vie, de moins de 25 ans, ce qui la conduit peut-être à porter un regard particulier sur ses collègues les plus âgées. Il n'en reste pas moins que sa réflexion reste pertinente : l'avancée en l'âge rend plus prégnantes les questions de la vieillesse et de la mort.

Nous avons, autour du sujet de la mort, tout un faisceau d'éléments qui présentent la question du risque de confrontation à la mort sous un éclairage bien particulier : nous observons de façon quasi systématique la réduction du risque à des déterminants individuels, alors même que la connaissance qu'il est possible de construire sur ce risque en pointe le caractère collectif et organisationnel. Personne, au cours de nos rencontres, n'a évoqué une sensibilité particulière des femmes : mais les faits demeurent. Rien n'est mis en place pour encadrer d'une façon ou d'une autre la question de la confrontation à la mort dans ce métier aux effectifs très massivement féminins. A l'opposé, c'est au bénéfice d'un métier « viril » s'il en est, comme celui de gardien de la paix, qu'ont été mis en place des cellules de soutien psychologique opérationnel (CSPO), dont l'un des objectifs est la gestion des situations relevant du trauma : faut-il vraiment, dans un décompte morbide, révéler que les auxiliaires de vie sont plus fréquemment confronté à la mort que les gardiens de la paix ? Il est bien sûr possible de critiquer la psychologisation des difficultés organisationnelles que représente la mise en œuvre des CSPO dans la police nationale (Loriol, Boussard, & Caroly, 2006), mais il reste que la réalité de l'exposition aux événements traumatiques est prise en compte, quelle

que soit la qualité de la réponse. Dans le cas des auxiliaires de vie à domicile, nous ne retrouvons pas d'équivalent de prise en compte institutionnelle : les rapports sociaux de sexe jouent ici, dans la valorisation et la reconnaissance du vécu, de façon très claire. En lieu et place de la reconnaissance de l'exposition spécifique que représente la confrontation à la mort, de personnes éventuellement aimées parce que l'amour est un moteur fondamental du métier, nous trouvons des considérations sur l'importance du recrutement :

« Après les personnes âgées, c'est la vieillesse, ça fait peur, c'est la mort éventuelle. Donc il y a des gens qui ne sont pas du tout armés, et qui ont l'intelligence de dire « Moi je ne peux pas faire ça ». » [Laurence, responsable de structure]

Il faut que les personnes recrutées soient « armées » pour faire face à la vieillesse et la mort éventuelle. Il serait passionnant de savoir de quel armement il peut s'agir.

7.3 La violence ordinaire

Le contact avec le public est un facteur de risque aujourd'hui reconnu, de même que l'exposition aux agressions du public (Bué & Sandret, 2007). Nous serions en revanche bien en peine de trouver la trace d'une reconnaissance du risque de confrontation à la violence, que nous avons ici appelée « violence ordinaire ». Par « violence ordinaire », nous n'avons pas souhaité réduire ou banaliser cette violence dont les auxiliaires de vie nous ont parlé. Un certain nombre de faits rapportés relèvent probablement de qualifications pénales au titre de la maltraitance ou de violences sur personnes vulnérables. Nous parlons du caractère « ordinaire » de cette violence parce qu'elle se manifeste relativement fréquemment et qu'elle n'est, pour les récits qui nous ont été faits, que très rarement reconnue et sanctionnée. De façon très simple, nous pouvons distinguer deux grandes familles de violences ordinaires : celles dont les auxiliaires de vie ne sont que spectatrices, et celles dont elles sont victimes²⁰.

²⁰ Ne faisons pas d'angélisme, il y aurait également un travail à faire sur la violence ordinaire dont se rendent coupables, pour divers motifs, les auxiliaires de vie sur leurs bénéficiaires. Cela excède le champ de notre propos.

7.3.1 *Le spectacle de la violence dans l'intimité des familles*

En quoi le fait d'être témoin de violences doit-il relever d'un risque professionnel ? Devant la violence observée, la difficulté la plus manifeste est de supporter l'absence de véritables moyens d'action. Témoins privilégiés de situations de violence intrafamiliale ou de maltraitance plus ou moins ouverte, les intervenants à domicile sont relativement démunis, ou tout du moins se vivent comme tels lorsqu'ils sont tenus de suivre une procédure, une voie hiérarchique. C'est ce type de situations qui a conduit Olivia à passer du statut de salariée à celui de travailleuse indépendante. Elle pensait gagner une liberté d'action qui lui permettrait de réagir comme sa conscience le lui dictait, sans un supérieur pour la contraindre au silence :

« Ca m'empêchait de dormir. C'était pour moi un cas de conscience, je ne pouvais rien faire. Je l'ai signalé à [mon employeur], on n'a rien fait. On vous dit : « Vous vous taisez et vous acceptez, nous ça ne nous regarde pas. ». Et moi, face à cette personne, qui était en face de moi, qui était très bien dans sa tête mais qui était sous assistance respiratoire. Et quand je voyais ses enfants, ses filles qui voulaient absolument qu'elle vende la maison, juste pour avoir les tableaux et l'argent et qui voulaient la faire passer pour folle, alors que cette personne me parlait de ce qui était récent, de ce qui s'est passé dans son enfance, de son mariage, etc. [...] Voilà, alors je l'ai signalé, on m'a dit : « Non, écoutez... ». Je l'ai signalé deux fois, alors j'ai dit : « Bon, dans ce cas là, je quitte [la structure]. » Je ne pouvais pas. C'était une personne que j'allais juste à midi pour lui faire à manger, pour lui faire son lit. Mais ça je ne pouvais pas. J'arrêtais pas. Sinon c'est moi qui aurai déprimé. Et je veux dire, c'était pas possible.

- Oui vous me l'avez dit. Ca vous a ôté le sommeil à un moment.

- Oui. Oui parce que... elle était démunie, et puis moi aussi. Et puis... Je ne pouvais pas l'aider, je n'avais d'aide de personne. » [Olivia, auxiliaire de vie]

Ce récit peut surprendre, dans la mesure où Olivia ne rend pas compte d'une situation de maltraitance caractérisée. Son employeur peut probablement se réfugier derrière cet argument pour justifier que cela « ne [les] regarde pas ». Mais elle se retrouve néanmoins face à une situation qu'elle trouve inacceptable et sur laquelle elle ne peut malheureusement influencer : « elle était démunie, et puis moi aussi ». Pourquoi cette susceptibilité à la situation d'une bénéficiaire ? Nous avons déjà présenté les travaux de Pascale Molinier qui montrent que

l'attachement est un élément incontournable du métier d'auxiliaire de vie. Olivia en donne une traduction à travers son ressenti :

« Les deux fois où j'ai signalé, je n'ai pas été écoutée : « Ca ne vous regarde pas, vous faites votre boulot et c'est tout ! ». On peut pas ! On peut pas ! On rentre dans la vie privée des gens. Vous ne pouvez pas rester indifférent. C'est un métier où vous ne pouvez pas rester indifférent. C'est pas possible. Vous n'allez pas... vous faites le ménage et vous repartez ! Non ces gens là ils ont besoin de parler. Ils se confient à vous, ils vous disent des choses, ils comptent sur vous. » [Olivia, auxiliaire de vie]

Olivia confirme avec ses mots à elle ce que Pascale Molinier décrit dans son approche du *care* : l'indifférence n'est pas une option. Cela transparaît des définitions du *care* que nous avons déjà pu citer : la composante « responsabilité morale » (*taking care of*) du *care* tel que le décrit Joan Tronto (Tronto J. C., 2009) exclut en effet toute possibilité d'indifférence. Il est frappant que là encore, cette caractéristique du métier soit absolument niée par les employeurs : les auxiliaires de vie sont forcément « en responsabilité » de leurs bénéficiaires. Du coup, toute situation dans laquelle cette responsabilité n'est pas reconnue comme légitime ne peut que conduire à de la douleur chez les personnes concernées. En exigeant implicitement l'engagement affectif et en refusant son expression dès qu'elle sort du cadre choisi, la mise au travail des auxiliaires de vie ne peut que provoquer une double contrainte (Bateson, 2008) : aimez vos bénéficiaires, mais ne les aimez pas. Cela ne peut être naturellement sans conséquences :

« [...] chaque fois que, par rapport à un mammifère, on introduit une confusion dans les règles qui donnent un sens aux relations importantes qu'il entretient avec d'autres animaux de son espèce, on provoque une douleur et une inadaptation qui peuvent être graves [...] » (Bateson, 2008)

Nous ne pouvons que relever l'assignation opposée à Olivia : « Vous faites votre boulot et c'est tout ! » : clairement, il y a là la volonté de réduire l'intervention de l'auxiliaire de vie à sa part technique. Le « boulot », c'est à dire la prestation concrète prévue doit être réalisé, mais rien ne doit être su ou vu de ce qui rend ce « boulot » possible. Les rapports sociaux de sexe, faisant du champ du maintien à domicile un secteur d'emploi assigné aux femmes,

exploitent la formation des femmes au travail de *care* mais refusent d'en considérer les aspects non marchandisables, tel que l'engagement affectif ou la responsabilité morale : ils sont directement au cœur de la production de cette double contrainte, dont il est largement su combien elle peut être délétère.

Olivia n'est pas la seule à témoigner de ce positionnement et de son caractère intolérable. Si elle a choisi de quitter son employeur pour gagner en liberté en tant qu'auxiliaire de vie en gré à gré, Léa est allée plus loin et a laissé tomber le métier pour reprendre les études :

« [...] le problème c'est que j'avais conscience de plein de choses et que mon statut ne me permettait pas de faire ce qu'il fallait pour aider ou pour changer certaines choses donc du coup ça m'a... [fait un signe pour indiquer une idée qui tourne dans la tête]

- Comme quoi par exemple ?

- Des personnes qui frôlaient la maltraitance. Que ce soit les personnes de la famille ou les personnes aidantes. L'aide pour les gens qui étaient vraiment démunis et qui n'avait pas forcément l'aide qu'ils auraient dû avoir. Un peu des choses administratives quoi où on ne peut plus rien, plus rien faire quoi. Enfin, nous on n'a pas, on n'a pas le droit d'aller au-delà de ça et j'avais écrit un courrier par rapport à une histoire de maltraitance et ça n'a pas été pris en compte quoi. Donc du coup, ça m'a pris la tête et je me suis dit si je veux faire pour que ça bouge je pense qu'il n'y avait pas d'autre moyen que de reprendre les études et essayer d'aller un niveau au-dessus. » [Léa, auxiliaire de vie]

Dans les deux cas, les auxiliaires de vie ont réagi à la double contrainte qui leur était imposée en s'échappant « par le haut » : accès au statut libéral pour Olivia, reprise des études pour Léa. Cette réaction semble nous indiquer une sensibilité assez nette au positionnement social du métier d'auxiliaire de vie et à la reconnaissance qui en découle, ou plutôt qui brille par son absence. Léa comme Olivia ont très bien compris que les structures seront toujours rétives à accorder du crédit aux auxiliaires à domicile, sans parler de l'accueil que peuvent leur réserver les institutions devant lesquelles elles pourraient être amenées à procéder à un signalement. Positionnées comme salariées prestataires de service, les auxiliaires de vie sont dans des emplois précaires, et peu reconnues socialement. La qualité du jugement qu'elles

peuvent accorder sur la maltraitance est même remise en question par leurs employeurs, sous couvert de diversité culturelle :

« Qu'est ce qu'on considère comme maltraitant ? Qu'est ce qu'on repère comme situation dans les domiciles ? Et on se rend compte aussi que, ben, le seuil de tolérance en fonction de la culture n'est pas le même. » [Mia, responsable de structure]

Dans l'intrication consubstantielle des rapports sociaux, les réactions de Léa et Olivia semblent adaptées aux possibilités de marges de manœuvres : elles ne peuvent cesser d'être femmes et assignées comme telles, mais elles peuvent jouer sur d'autres composantes et tenter de gagner par l'accès à un autre statut. Elles choisissent donc des formes d'ascension sociale (exercice libéral pour Olivia, études supérieures pour Léa) afin de trouver la reconnaissance qu'elles ne pouvaient avoir en tant qu'auxiliaires de vie.

Zoé quant à elle tient bon dans son métier. Pourtant elle nous propose également son lot d'histoires dramatiques, devant lesquelles elle ressent la même impuissance. Nous livrons ce long extrait, pénible à lire, parce qu'il a le mérite d'illustrer concrètement ce que cela peut donner au quotidien, là où Olivia et Léa sont restées très vagues. A quoi peut correspondre cette violence dont les auxiliaires sont les témoins impuissants ? Zoé nous raconte comment l'épouse d'un bénéficiaire dépendant lui donne de la nourriture crue, comment elle empêche la communication entre le bénéficiaire et l'auxiliaire de vie, comment elle frappe son époux avec la serpillère pleine des excréments qu'elle a servi à nettoyer, comment elle le laisse une nuit entière couché sur le sol du salon après qu'il ait fait une chute.

« On voit de ces trucs. Mais c'est pas normal. J'étais chez un client, un couple. Et un matin, j'y suis allée, oh plusieurs fois. Il avait dix ans de plus qu'elle, il était malade, il avait un cancer, il avait plus de 90 ans. Il était gentil comme tout. Et elle, elle était jalouse comme tout. Elle ne voulait pas que j'approche son mari parce qu'elle était jalouse. A 90 ans. Enfin bon, c'est comme ça. Et ce monsieur, elle lui faisait des horreurs, elle était méchante. Elle lui donnait à manger des choses crues. Alors lui il crachait, il mettait dans ses poches et après il me le donnait pendant qu'elle ne regardait pas pour que j'aie l'évacuer parce qu'il... Alors du coup il ne mangeait pas. Il ne mangeait pas. Il me faisait passer des

petits papiers comme ça. Il les jetait par terre et moi je venais avec l'aspirateur, je ramassais le petit papier et je le lisais en catimini. Il marquait des trucs et qu'est ce qu'il m'a mis ? Oh il avait faim... Qu'est ce qu'il m'a marqué un jour ? Que je lui ramène des sucres. Oh non. Fallait que je lui ramène les sucres. Et un jour il y avait les pompiers quand je suis arrivée. Et alors il était tombé le soir, à la télé. Il était tombé sur le tapis. Et elle a appelé les pompiers le lendemain matin. Elle l'a laissé sur le tapis toute la nuit. Il était grelotant, il était en hypothermie. Oh mon dieu. Et un jour je suis aussi arrivée, elle était en train de le frapper avec une serpillère, il était couché. Il avait eu de la diarrhée, elle avait essuyé par terre avec cette serpillère, et elle était en train de le rosser avec ça... Et il en avait partout ! Oh mon dieu. [...] Et c'est là que je disais, on est seule ! Qu'est ce qu'on fait ? On va à la gendarmerie ? On va voir un médecin ? On appelle la Ddass ? On fait quoi ? Cette bonne femme qui tapait son mari comme ça. Et moi j'attrapais cette serpillère pleine de diarrhée. Il en avait partout dans la figure. Y en avait partout, dans la pièce, sur les murs, sur le plafond. C'était horrible. Qu'est ce qu'on fait ? On appelle qui ? Et on fait comment ? Une furie, lui qui est en train de pleurer, du caca partout. Et ben vous savez, c'est là qu'on est seule. Les situations comme ça, c'est terrible. Et puis on a une heure ou deux. Et le client d'après. Bon. Après s'il y a quelque chose de vital, on appelle le Ssiad et puis eux se débrouillent en envoyant quelqu'un d'autre et puis voilà. Si on appelle les secours, on attend les secours. Alors on regarde pas l'heure. Ca c'est autre chose. Mais là dans des situations comme ça de maltraitance, comment on fait ? Et qui prouve quoi de toute façon ? Et si le maltraité ne veut pas. » [Zoé, auxiliaire de vie]

Comment Zoé compose-t-elle avec cette impuissance qu'elle décrit ? Ce qui la rend supportable, c'est simplement la conscience aigüe qu'il faut qu'elle puisse poursuivre sa mission. Dans quelle mesure s'agit-il d'une construction *a posteriori* d'une femme coincée dans une position parce qu'elle n'a pas les ressources de Léa ou Olivia pour s'en extraire, nous ne saurions le dire. Il reste qu'elle considère de son devoir de parvenir à ce protéger de tout cela, pour pouvoir poursuivre son action.

« C'est des tas de situations comme ça. On est démuni malgré l'âge, malgré... on en a vu d'autres. Mais on est quand même démuni. On ne sait pas comment faire.

*Parce qu'il faut préserver la chèvre et le chou et faut que je fasse attention à moi.
Eh oui, parce que si moi je capote, ben voilà, ça ne marche pas non plus. » [Zoé,
auxiliaire de vie]*

7.3.2 Être prise dans la violence

Les auxiliaires de vie peuvent également être prises dans cette violence ordinaire. Nous employons le mot « prise » en ayant à l'esprit son usage par Jeanne Favret-Saada dans la restitution de son travail sur la sorcellerie dans le bocage normand : après les premières pages où elle parle d'elle-même à la troisième personne, en parlant par exemple de « l'ethnologue », Jeanne Favret-Saada, passe ensuite à la première personne du singulier, parce qu'elle fait l'expérience de la sorcellerie. Elle écrit qu'elle est prise comme sont pris ceux qui sont captifs dans un réseau de mots qui forment une prise dans un sort. Nous y voyons un impératif de proximité, en l'occurrence pour l'ethnologue qui veut accéder à un sujet, et une forme de captivité mentale (Favret-Saada, 1985). Cela nous semble pertinent parce que l'auxiliaire de vie est tenue à un impératif de proximité au titre de sa mission, et cette proximité peut également devenir une entrave, une captivité dans la violence lorsque celle-ci se déploie dans le huis clôt du domicile.

En effet, les relations avec les bénéficiaires ou leurs proches peuvent être éprouvantes, et la violence dont certains sont capables de faire preuve peut aller assez loin. Il ne s'agit bien sûr pas de violence physique. Ce ne sont ainsi pas les décès ou la maladie qui ont amené Noémie à consulter un psychologue, mais les agissements d'une bénéficiaire qui l'a accusée de l'avoir volée, accusation en bonne et due forme avec dépôt de plainte. Ne comprenant toujours pas comment une bénéficiaire a pu lui faire cela, Noémie raconte la convocation au bureau de police, la perquisition et tout le décorum incontournable, avec une émotion intacte :

*« Ca ne m'est arrivé qu'une fois mais ça m'a marquée, oui. Ça m'a même choquée.
Je n'aurais jamais pensé que l'on puisse accuser comme ça quelqu'un à tort. »
[Noémie, auxiliaire de vie]*

L'interaction avec les autres professionnels (femmes de ménage, médecins, infirmiers, etc.) peut également être difficile. Florence, dès ses premières missions, est confrontée à une

problématique où les bénéficiaires et une autre intervenante font front commun et rendent son positionnement difficile :

« J'ai un couple de personnes qui ont une femme de ménage privée et j'ai eu quelques différents avec elle parce que sur le travail, on n'était pas trop d'accord. Chez ce couple, je devais m'occuper de la toilette et du repas de ces personnes et arrivée là-bas, ces personnes ne voulaient pas, donc c'est la femme de ménage qui s'en occupait. » [Florence, auxiliaire de vie]

Et ensuite les personnes ont naturellement beau jeu de se plaindre de Florence parce qu'elle ne fait pas son travail. Avec plus de situations de ce type, il aurait été possible d'interroger une forme de concurrence dans le *care*, une revendication de la légitimité à « prendre un charge ». Mais, entre professionnels, nous avons plutôt des récits de mépris, où les uns se déchargent très directement du sale boulot sur les autres :

« En gros en alsacien on est les [femmes de ménage]. Donc voilà, elles, elles viennent, et l'infirmière elle a fait la "piquouse", elle a laissé la piquûre dans le pot de yaourt sur la table. Elle ne l'a pas mis à la poubelle, c'est l'auxiliaire de vie qui le fait. Elles changent les couches les infirmières. Elles posent la couche par terre. Et c'est l'auxiliaire de vie qui ramasse la couche. » [Laurence, responsable de structure]

Nous n'allons pas poursuivre d'inventaire à la Prévert et recenser tous les mauvais gestes et mauvaises paroles à l'encontre des auxiliaires de vie. Nous devons cependant nous arrêter sur deux catégories bien précises d'agressions, tant physiques que verbales. Celles liées au sexe et celles liées à la relation sociale de subordination dans la prestation de service.

7.3.3 Le poids des sollicitations sexuelles

La violence ordinaire liée au sexe est bien évidemment celle qui met en jeu une intervenante et un bénéficiaire, et des gestes ou des paroles à connotation sexuelle. Il est très surprenant de relever combien les auxiliaires de vie que nous avons rencontrées sont réticentes à aborder ce sujet. Les deux seules femmes qui nous ont fait part de situations de sollicitations sexuelles l'ont fait hors enregistrement, c'est-à-dire en demandant à ce que l'enregistrement soit

interrompu : ce dont elles ont témoigné, ce sont de véritables demandes de prestations sexuelles, soit de masturbations, soit de fellations. A part cela, une responsable de service nous a également fait part de cette difficulté, mais plus en termes de gestion de ressources humaines, puisque de son point de vue, c'est la salariée qui est en question, pas le bénéficiaire :

« On a eu des épisodes de salariés qui disaient pas non à un usager qui avait des demandes d'ordre sexuel. Donc voilà c'est des gens qui sont dans une telle précarité, que ça peut les conduire à déraiper. » [Mia, responsable de structure]

Jacob, responsable de service, précise qu'il y a des bénéficiaires *« qui confondent intervenante et prostitution »*. Le seul propos direct d'auxiliaire de vie dont nous disposons est celui de Nathan, qui sait bien qu'il est mobilisé en tant qu'homme sur des situations de ce type :

« Parce que j'étais embauché pour ça, parce qu'il mettait la main aux fesses et au panier de mes collègues et que commençait à poser de sérieux problèmes. » [Nathan, auxiliaire de vie]

En dehors de ce propos, c'est, sinon l'*omerta*, tout du moins la discrétion. Il faut cependant prendre la mesure de la diversité des sollicitations à caractère sexuel, qui peuvent dépasser la vulgaire *« main aux fesses »* : une des auxiliaires de vie qui a accepté de nous en parler a ainsi été sollicité par l'épouse d'un bénéficiaire. En effet, l'épouse, étant fatiguée de devoir répondre elle-même aux sollicitations sexuelles de son époux, a demandé à l'auxiliaire de vie si elle ne pouvait pas prendre l'habitude, lors de ses passages de prodiguer au bénéficiaire quelques caresses, contre dédommagement évidemment. Il est difficile d'établir si ces personnes ont le sentiment clair de manifester le souhait d'avoir recours à de la prostitution. En tout cas, la proposition a fortement bouleversée l'auxiliaire, qui a demandé à ne plus intervenir chez le couple, mais sans oser donner plus de détail à sa hiérarchie, par honte. Un autre récit est celui d'une auxiliaire de vie qui découvre, à l'occasion d'un remplacement pour les vacances, que sa jeune collègue pratique régulièrement des caresses sexuelles à l'un de ses bénéficiaires, *« pour son bien être »* : le bénéficiaire en question est d'ailleurs surpris de la réaction négative de l'auxiliaire de vie au premier jour de son remplacement.

Il semble manifeste que la problématique des sollicitations à connotation sexuelles est à la fois loin d'être anecdotique et loin d'être envisagée sérieusement comme une problématique du métier. La réponse qui consiste à placer un homme en intervention chez les bénéficiaires posant problème n'est bien évidemment pas satisfaisante : elle accrédite implicitement l'idée que ce qui fait problème, c'est le sexe féminin des intervenantes. Nous retrouvons là un aspect très classique de l'expression des rapports sociaux de sexe : la suspicion repose toujours plutôt sur les femmes, en première intention. Ce n'est pas sans raison que les auxiliaires de vie interrogées ont préféré témoigner hors enregistrement. Nous avons là encore une manifestation très concrète des rapports sociaux de sexe, qui conduisent des femmes à intervenir dans la sphère privée d'hommes (nous avons vu que ce peut être plus complexe que cela, puisqu'une des auxiliaires de vie a été sollicitée par l'épouse), où elles se retrouvent éventuellement victimes de gestes ou de paroles connotés sexuellement et plus ou moins agressifs, mais sans leur donner aucune forme de protection ou de reconnaissance du risque. La seule mesure institutionnelle proposée est leur éviction et leur remplacement par un homme, ce qui vient en quelque sorte accréditer qu'elles sont bien l'origine du problème.

Quelle autre solution à ces problèmes très concrets de l'intervention à domicile ? La prise en compte de la dimension intime de l'intervention des auxiliaires de vie est importante à prendre en compte pour comprendre la réticence des personnes à témoigner des dérapages. Tout ce qui se déroule au domicile est en effet couvert par le caractère non public : pour toute dénonciation ou plainte, ce sera « parole contre parole » : comme le dit Camille, auxiliaire de vie, dans l'extrait ci-dessous : « *quand on est au domicile, il n'y a personne qui voit [le geste violent]* ». Le domicile n'est pas un lieu de travail comme les autres, puisqu'il reste soustrait au regard, protégé même des investigations des médecins du travail, qui ne peuvent vérifier les conditions objectives de travail des auxiliaires de vie. Le long récit de Camille qui suit présente bien ce contexte et cette difficulté : après un geste violent de la part de l'épouse d'un bénéficiaire (une gifle), l'auxiliaire de vie frappée se retrouve dans cette situation où les versions différentes de l'histoire peuvent s'opposer, sans qu'aucun élément ne penche *a priori* en faveur de l'auxiliaire de vie.

« Il y a deux trois mois de ça, j'ai une collègue qui a eu le cas, elle était chez une dame. Donc une dame qui est très très difficile à gérer. On s'occupe pas d'elle, on s'occupe de son mari. Et elle a tendance à nous demander beaucoup trop, et des choses qu'on, pas qu'on ne peut pas faire, mais elle voudrait que la toilette de son

mari soit fait en trois minutes, que après on fasse un peu de ménage enfin... Elle voudrait tout faire trop vite, et c'est pas possible. Donc elle a tendance à très vite s'énerver. Et elle a traité ma collègue de pute. Donc ma collègue s'est un peu énervée en disant : « Stop, maintenant je m'en vais parce qu'il y a des choses à pas faire et à pas dire. » Et elle s'est tellement énervée que la dame l'a giflée. Nous on était tous un peu... Parce que finalement quand on est au domicile, il n'y a personne qui le voit. La dame pourrait très bien aller dire « Non c'est elle qui m'a frappé d'abord. ». » [Camille, auxiliaire de vie]

La seule réponse pragmatique et opérationnelle possible à ce type de situation est l'intervention de binômes : il ne s'agit pas de dire que tous les équipages doivent être doublés. La situation que décrit Camille, même si elle illustre un dérapage important, avec violence physique d'une bénéficiaire sur une auxiliaire de vie, s'inscrit dans un contexte qui était connu : « *Donc une dame qui est très très difficile à gérer.* ». Ce n'est donc pas en terrain inconnu que survient cette agression physique mais chez un bénéficiaire bien particulier. Rompre le stricte face-à-face est la mesure qui semble la plus appropriée, d'autant que, comme le confirment la plupart de nos interlocuteurs, les « cas difficiles » sont généralement connus et identifiés : que signifie dès lors le fait de maintenir une auxiliaire de vie dans l'isolement face à un bénéficiaire susceptible de poser des problèmes ? Jacob, responsable de structure, nous précise par exemple que « *les gens qui ont des problèmes caractériels, ce qu'on appelle des têtes de bouchon* », il en a parmi ses bénéficiaires et il les connaît. Pourquoi faut-il laisser intervenir seule des auxiliaires de vie dans des domiciles où il est fortement probable qu'il se déroule un incident ?

7.4 Les manifestations de mépris, ou le renvoi à la catégorie de « bonniche »

7.4.1 *Persistance de l'image de la domestique*

Nous avons annoncé une seconde catégorie de violence quotidienne, c'est celle qui joue sur le déclassement social : certains bénéficiaires ou proches de bénéficiaires renvoient en effet les auxiliaires de vie à la condition de personnel de service, de domestiques, avec plus ou moins de violence dans les revendications. C'est suffisamment prégnant pour que les responsables de structure soient également au fait de ces dérapages :

« Des éternels insatisfaits. Y a quelque part une part de sadisme chez certain. Considérer nos intervenants comme du personnel de maison, ça je pense que vous avez peut être aussi du l'entendre dans les témoignages d'intervenantes. Ca c'est pénible aussi. Parce que [l'auxiliaire de vie] c'est pas la bonne. » [Jacob, responsable de structure]

Entrelacés aux rapports sociaux de sexe, les rapports sociaux de classe jouent ainsi fortement dans certaines manifestations violentes : les auxiliaires de vie doivent parfois résister à l'assignation qui leur faite de n'être « *que des bonniches* ». Cette assignation s'enracine dans la réalisation des tâches ménagères, qui est le nœud gordien de l'auxiliaire de vie à domicile : celle qui parvient à dénouer ce nœud-là trouve véritablement son équilibre dans le métier. En effet, les auxiliaires de vie doivent d'une part participer à l'entretien du cadre de vie et d'autre part aider les bénéficiaires à la réalisation des tâches ménagères pour les stimuler. Mais en aucun cas elles ne sont censés êtres de « simples » femmes de ménage. Laurence, responsable de structure, nous précise en quelques mots la difficulté du positionnement professionnel des auxiliaires de vie :

« Vous allez, alors en théorie on vous dit « aider à faire le ménage ». Déjà elles se retrouvent très souvent à faire le ménage. Donc il y a un décalage entre le client qui considère que c'est leur bonne, parce que l'ancienne génération. Elles qui, ont été formées, et à qui ont a dit « Vous êtes là pour aider. ». Donc qui refusent pour certaines de faire cette espèce de statut de bonne. Donc déjà premier problème. » [Laurence, responsable de structure]

Car les auxiliaires de vie rencontrés tiennent fortement à cette identité professionnelle : elles ne sont pas femmes de ménage. Mais bien évidemment, comme l'explique Laurence, pour des raisons générationnelles le message peut avoir du mal à passer, les plus anciens pouvant rester accrochés à l'idée de la femme de ménage. Mais la question de la génération n'explique pas tout. Il reste fondamentalement que l'auxiliaire de vie, comme le serait la femme de ménage, est une femme et qu'à ce titre, il semble possible et légitime à certains bénéficiaires de leur demander de faire le ménage. Il existe une forme d'interchangeabilité entre les femmes, toutes plus ou moins susceptibles de remplir les mêmes offices, à partir du moment où elles ne portent pas une étiquette claire comme c'est le cas des infirmières. Car les infirmières, bien que femmes, échappent à cette interchangeabilité : d'une part elles viennent accomplir des

gestes techniques sur prescription médicale, d'autre part elles ont un statut social bien identifiable, et enfin leur mode de facturation est à l'acte, pas au temps passé au domicile.

Le cadre de l'intervention infirmière à domicile ne permet pas à un bénéficiaire de dire « *Puisque vous êtes là et qu'il vous reste du temps* » pour entraîner l'infirmière vers des tâches non prévues. Pour les auxiliaires de vie, c'est le contraire : elles viennent accomplir des gestes du quotidien, elles s'inscrivent dans un flou lexical avec les aides ménagères, les femmes de ménage, etc. et surtout leur activité est basée sur un temps de présence, ce qui permet d'aller au-delà de ce qui est prévu.

« Ben je faisais un peu de ménage quand même parce qu'elle me disait, « Ben vous êtes là alors je ne vois pas pourquoi j'embaucherais une femme de ménage ». Donc je faisais un peu de ménage. » [Alice, auxiliaire de vie]

Il y a donc un enjeu à garder une distance certaine par rapport à la réduction toujours possible de leur métier à celui de femme de ménage. Refuser cette réduction passe par de multiples attitudes, dont toutes ne sont pas simples à assumer, parce qu'elles s'inscrivent toujours dans le même cadre d'intervention où la proximité est également une donnée importante. Il faut donc maintenir la distance sans la maintenir. Zoé nous explique ainsi qu'elle distingue deux type de tutoiement, l'un affectueux, l'autre plus dédaigneux qui tente de la renvoyer à un statut bien spécifique :

« Beaucoup de personnes me tutoient. Les personnes âgées me tutoient. Alors j'accepte le tutoiement quand il est, comment dire ça. Quand c'est... le vieux parle au jeune. Vous voyez ce que je veux dire ? Moi aussi je tutoierai un petit enfant. Par contre je ne l'accepte pas quand c'est « On tutoie la bonne. », ça je ne l'accepte pas. Et je le dis, je le dis comme ça : « Je ne veux pas que vous me tutoyez, je travaille chez vous, je suis votre employé ». Et moi je ne tutoie personne, quoi qu'on me l'ait déjà demandé. » [Zoé, auxiliaire de vie]

Autour de cette question du tutoiement, nous retrouvons la déclinaison de rapports sociaux de classe et de rapports sociaux de génération. Le tutoiement affectueux, que Zoé accepte « *quand c'est le vieux qui parle au jeune* », renvoie explicitement au respect dû aux anciens et aux libertés que les anciens peuvent prendre par rapport aux jeunes dans le cadre des rapports

sociaux de génération. Le tutoiement de déclassement, « *quand c'est « on tutoie la bonne »* » est également explicite dans ce qu'il renvoie de la manifestation des positions relatives du bénéficiaire et de l'auxiliaire de vie dans le jeu des rapports sociaux de classe, le nanti tutoyant celui qui est à son service. Nous pouvons noter que Zoé, quant à elle, revendique de tenir une distance, pour marquer qu'il s'agit uniquement d'une relation de prestation de service : « *moi je ne tutoie personne, quoi qu'on me l'ait déjà demandé* ».

Malgré les mises au point, la vigilance des auxiliaires de vie, le soutien manifeste de certains responsables de structures, les dérapages verbaux sont toujours possibles :

« Y en a une qui m'a dit un jour que j'étais son esclave. J'ai dit « ouh la ! » [...] Ca faisait trois ans que j'étais chez elle. La même phrase « Je vous paye pour ça et de toute façon vous êtes mon esclave, ma domestique ». » [Maika, auxiliaire de vie]

7.4.2 Les enjeux raciaux du déclassement

La question du statut professionnel est d'autant plus sensible qu'elle recoupe des catégorisations dont les auxiliaires de vie ont bien conscience : celle de la race, au sens où nous entendons le mot dans le cadre des rapports sociaux de race. Nous avons déjà indiqué que nous ne traiterons pas de façon centrale la question de l'origine des auxiliaires de vie, largement traitée par ailleurs, aussi bien pour le territoire spécifique de la France (Scrinzi, "Cleaning and ironing... with a smile" : migrant workers in the care industry in France, 2009) qu'à d'autres échelles, notamment internationales (Falquet, et al., 2010). En effet, des flux migratoires de travail déplacent des femmes de pays en voie de développement démographiquement jeunes vers des pays vieillissants et post-industriels : c'est ce qui est appelé le « *care drain* », la captation par les pays riches de la ressource que constituent les femmes jeunes des pays pauvres (Lutz & Palenga-Möllenberg, 2012) . De surcroît, dans un pays doté d'une histoire coloniale et migratoire comme la France, l'étrangère peut être une femme née française en France de parents immigrés, voire de grands-parents immigrés, ce genre de phénomène se retrouvant également aux USA (Duffy, 2005). Nous n'avons pas souhaité inclure cette question des rapports sociaux de race dans notre recueil de terrain en raison de la dimension supplémentaire que cela rajoutait à notre propos. En raison de la consubstantialité

des rapports sociaux, nous avons cependant bien conscience du caractère artificiel de cette mise à distance, en particulier dans le domaine du *care*.

Mais pour comprendre pourquoi les auxiliaires de vie tiennent également à la distinction d'avec les femmes de ménage, il nous faut nous arrêter un instant sur un clivage net qui apparaît au sein de l'intervention à domicile : pas question d'intervenir comme auxiliaire de vie pour les femmes d'origine étrangère. Les témoignages en ce sens sont diversifiés, mais aucun ne résume le propos aussi bien que Léa :

« La personne immigrée peut faire le ménage mais elle ne peut pas forcément aider la personne. Nous, on avait des personnes qui disaient : « Elle peut faire le ménage mais elle ne peut pas me toucher. » » [Léa, auxiliaire de vie]

Ce refus manifesté par certains bénéficiaires de voir une personne perçue comme étrangère est globalement perçu par les auxiliaires de vie et les responsables de structure comme une forme de racisme, excusable en raison de l'âge des personnes. Si le terrain sociopolitique alsacien invite très spontanément à ce genre d'interprétation en raison des scores importants réalisés aux élections par le Front National, il semble tout de même que l'explication soit un peu rapide. Nicoletta Diasio et Virginie Vinel nous rappellent combien, dans la fabrication d'un corps intime, il existe tout un registre de distances justes à observer entre son corps et les autres :

« Ces frontières [entre privé et public] sont mouvantes non seulement selon les lieux et les temps, mais aussi selon les circonstances. Elles ne se limitent pas, en outre, à définir ce qui est de l'ordre de l'individuel, du familial ou du collectif, mais au sein d'un même domaine, par exemple dans l'enceinte domestique, elles démarquent d'autres cercles d'intimité plus restreints selon le statut des personnes, le genre, les âges, les rapports d'aïnesse, les situations. » (Diasio & Vinel)

Nous pouvons raisonnablement penser que la question de la distance au corps selon la race à laquelle semblent si sensibles certains bénéficiaires est largement expliquée par cette construction culturelle du corps intime, avec toutes ses prescriptions et interdictions. Toujours est-il qu'être renvoyée à la catégorie de femme de ménage, c'est bel et bien être renvoyée à

une plus grande étrangeté. Etre réduite à la catégorie de femme de ménage, c'est d'une part être déçue de la proximité à laquelle est autorisée l'auxiliaire de vie, et c'est rejoindre des femmes plus étrangères, immigrées ou issues de familles immigrées. S'il doit être question de racisme, c'est bien plutôt de celui des auxiliaires de vie et des responsables de structure qui doit être interrogé. Christelle Avril, sur son terrain, observe également ces phénomènes et notamment le refus par les personnes âgées « *d'être touchées par une « Noire » au cours de leur toilette* » (Avril, 2014, p. 160). Mais, du fait probablement de son immersion importante (Christelle Avril a travaillé trois ans comme auxiliaire de vie aux côtés des femmes qu'elle a interrogées), elle peut également recueillir les manifestations ouvertement racistes tant du personnel administratif que des auxiliaires de vie. Pour ces dernières, cela semble bien relever d'enjeux d'identité professionnelle :

« Pour ces aides à domicile, les « Noires » et les « Arabes » sont bien celles qui « ne foutent rien », « n'en foutent pas lourd », passent leur temps « à papoter au square avec les mamies » ou au contraire qui « courent tout le temps », « font n'importe quoi », « acceptent tout », au point de glisser vers la servitude [...] La mobilisation de la figure repoussoir de l'aide à domicile « noire » et « arabe » sert à réaffirmer une certaine définition du travail [...] » (Avril, 2014, p. 160).

Cela ne se présente pas de la même façon partout. Diasio et Vinnel précisent la forte dépendance des frontières « *selon les lieux et les temps, mais aussi selon les circonstances* » et nous avons observé sur notre terrain des différences entre milieu urbain, où la question de l'origine est nettement moins posée, et le milieu rural, où clairement la problématique de l'origine est plus marquée. Dans ces situations, ce n'est même pas l'apparence qui joue, mais la sonorité du nom de famille :

*« Déjà des fois y en a qui ont des noms un peu italiens, un peu, un peu...
- Comme Polesi, des choses comme ça ?
- Des noms en I, en A, en O, en ... enfin des noms pas alsacien !
- Perroti, Fernandez...
- Voilà, déjà ça ! Et alors maintenant on commence à entendre des sonorités de l'est un peu, un peu slave. Des noms..., voilà quoi. » [Zoé, auxiliaire de vie]*

Etre renvoyée à la catégorie de femme de ménage, cela signifie donc, dans un certain nombre de situations, être ravalée au rang des étrangères qui ne valent pas mieux que faire le ménage. Et pour celles qui ont un nom étrange aux oreilles des bénéficiaires ou des origines étrangères, il faut pouvoir supporter les remarques et certaines suspicions de fainéantise ou de chapardage que nous avons pu recueillir dans d'autres contextes²¹.

Nous l'avons déjà vu, les réponses apportées à toutes ces problématiques sont des réponses individuelles, qui ne tablent que sur l'adaptation ou la résistance des personnes, comme si le reste des données du problème ne pouvaient être prises sérieusement en considération. Que ce soit pour faire face aux décès, à la violence, ou au déclassement réel et symbolique, la principale réponse est celle du recrutement : les conditions de travail ne sont pas interrogées et seul le recrutement de la bonne personne est considéré comme permettant d'apporter une réponse positive aux enjeux du métier. Nous avons déjà vu que face aux agressions sexuelles, la seule réponse était l'envoi d'un homme, comme si le problème provenait du sexe féminin des intervenantes agressées. De la même façon face aux bénéficiaires difficiles, il convient que les auxiliaires de vie aient « *du répondant* », sans que personne ne sache clairement ce que cela veut dire et encore moins comment on l'évalue, ou en tout cas que dans l'ensemble de l'effectif d'une structure donnée, il y ait quelques « *personnalités* » qu'il est possible d'envoyer sur les terrains difficiles.

« Je voulais tout simplement dire que les gens qui ont des problèmes caractériels, ce qu'on appelle des têtes de bouchon. Des éternels insatisfaits. Y a quelque part une part de sadisme chez certain. Considérer nos intervenants comme du personnel de maison. Ça je pense que vous avez peut-être aussi du l'entendre dans les témoignages d'intervenantes. Ça c'est pénible aussi. Parce que ce n'est pas la bonne. Il y en a certain c'est des spécialistes. Côté sadique [...] Ben après on prend des gens de caractère aussi. Parce que souvent ces personnes-là, quand on leur met quelqu'un en face qui a du répondant, ça les calme » [Jacob, responsable de structure]

²¹ Notamment dans l'étude sur la bientraitance pour le compte de l'Anesm, que nous avons déjà évoquée.

Outre les dissimulations des enjeux collectifs que cette réponse opère, elle porte également en germe une limite intrinsèque : en envoyant les plus solides des auxiliaires de vie de façon systématique chez les bénéficiaires les plus difficiles, quel est le risque de les user prématurément ? Mais nous savons que dans l'éventualité d'un épuisement d'une auxiliaire de vie « *de caractère* », en restant dans la logique de la lecture individuelle et psychologisante, il sera toujours possible de regretter qu'elle n'était finalement « pas si solide que cela ».

7.5 Charge mentale

7.5.1 Une sollicitation constante des ressources cognitives

Cette question de la charge mentale ne faisait pas partie de notre grille de lecture initiale. Elle a véritablement émergé des entretiens et il a fallu *a posteriori* mettre un nom sur ce que nous désignaient les auxiliaires de vie comme étant l'une des difficultés majeure du métier. Nous avons choisi d'utiliser la notion de *charge mentale*, en lien avec les travaux de Monique Haicault (Haicault, 1984), ce qui implique quelques mots d'explicitation.

Historiquement, la notion de charge mentale est issue du champ de la psychologie et de l'ergonomie. Nous n'allons pas en refaire ici l'historique détaillée, mais simplement préciser que cette notion n'était initialement pensée que dans le champ du travail productif, principalement salarié. Fortement inspirée des modalités de travail propres à l'industrie, la notion de charge mentale est supposée rendre compte d'un certain nombre de difficultés organisationnelles : interruption des tâches, composition avec des moyens limités, pression du temps, etc.. Monique Haicault a déployé la perspective initiale pour y inclure la dimension privée, domestique, revendiquant la continuité des contraintes, principalement pour les femmes :

« Pour nous, gérer le champ domestique et les composantes matérielles du travail salarié, c'est surtout gérer des espaces et des temps, car la nouvelle réalité du travail domestique, c'est à la fois sa soumission aux temps, rythmes, horaires, localisation, distance aux lieux du travail salarié. C'est en retour son impact sur le travail professionnel saisi, par exemple dans le choix du lieu de travail toujours en balance avec le travail lui-même [...] Pour assurer leur travail domestique [les femmes] prélèvent un maximum dans le travail salarié ; mais ce qu'elles gagnent

à être bonne mère, elles le perdent en prime d'assiduité ou prime de mérite. [...] Rogner du temps sur le temps de travail salarié, au profit de la famille, ne modifie en rien la structure des rapports sociaux qui semblent se perpétuer dans ces pratiques. Travail de montage des pratiques, [...] pour lequel les femmes acquièrent au fil du temps une qualification sociale silencieuse et sans prix, la charge mentale de cette gestion très ordinaire nous paraît toujours au bord de la rupture. Pour peu qu'un des médiateurs sociaux [...] : temps, espace, argent et corps ne viennent se dérégler, pour peu qu'un événement de l'histoire familiale augmente cette charge, on observe inmanquablement que les femmes y répondent, soit en jouant de leurs entrées-sorties de la scène professionnelle, soit en augmentant leur charge de travail domestique. » (Haicault, 1984)

La charge mentale, dans le propos de Monique Hainaut, ne relève plus exclusivement des contraintes des processus industriels, mais rend également compte de l'ensemble des éléments avec lesquels les femmes composent au quotidien, sans distinction fondamentale entre sphère productive et sphère reproductive. Hainaut insiste sur la connexion forte pour les femmes entre les deux sphères : cela nous intéresse particulièrement pour la lecture que nous pouvons avoir du travail des auxiliaires de vie, qui transpose une prise en charge historiquement privée dans le cadre d'une prestation marchande. Il s'agit probablement d'un des métiers où la « charge mentale de cette gestion très ordinaire » est présente au maximum. Comment cela se traduit-il concrètement ?

Léa résume hors enregistrement cette difficulté : pour une tâche apparemment aussi simple et quotidienne que la préparation du repas, il y a trois paradigmes qui s'affrontent. Le premier est la façon spontanée de préparer le repas que toute personne développe, le second est celui de l'institution et de la formation qui a indiqué des principes à suivre pour préparer de « bons repas » et il y a enfin le goût des bénéficiaires. Faire à manger, ce n'est plus simplement faire à manger, sans parler de la façon dont il faut parfois improviser un repas à partir de pas grand-chose :

« On doit venir lui faire à manger, il n'y a rien, tout est moisi, qu'est-ce qu'on lui fait ? C'est pas évident et on n'est, personne nous dit « il faut cuisiner ça, ça, ça », on ouvre le frigo, on prend ce qu'il y a, on fait en fonction de. » [Noémie, auxiliaire de vie]

La gestion très ordinaire du quotidien de l'auxiliaire de vie est également celle des bénéficiaires chez lesquels elle intervient. Car cette nécessité de composer avec les données propres à chaque bénéficiaire (métaphoriquement le contenu de chaque réfrigérateur), se décline dans tous les aspects des interventions des auxiliaires de vie. La sollicitation mentale que cela représente est donc permanente : il faut toujours composer, organiser, prendre en compte la diversité des environnements (aucun domicile ne se ressemble) et des personnes (aucun bénéficiaire n'a les mêmes attentes), plusieurs fois par jour.

« Si, parce que du coup il n'y a pas un moment où on ne réfléchit pas. En fait, c'est vraiment un métier où tu ne peux pas te dire « Bon allez. Je me mets en veille deux minutes et je ne pense pas à ce que je fais. ». Tu es toujours obligée de te dire et de te dire pour toi, te dire pour le bénéficiaire et de te dire pour la famille. » [Léa, auxiliaire de vie]

7.5.2 L'adaptation permanente à « la vie des autres »

Ce sont non seulement à chaque intervention des environnements qui changent, mais ce sont aussi d'autres intimités, d'autres habitudes, d'autres façons de faire. Il existe des documents d'intervention qui formalisent la liste des actes qui doivent être réalisés au domicile de chaque bénéficiaire, mais c'est aux auxiliaires de vie de mémoriser tous les micro-détails de l'intervention. Il ne s'agit pas d'un simple impératif technique, mais d'un impératif de qualité de la prestation, d'une question de respect du contexte domestique singulier rencontré chez chacun des bénéficiaires. Les auxiliaires de vie savent qu'elles interviennent « chez les gens » et qu'à ce titre il existe un certain nombre d'habitudes domestiques ou de repères qu'il n'est pas possible de négliger, au risque de nuire à la qualité de l'intervention.

« Faut pas oublier que c'est chez les gens. Donc on prend vraiment leurs habitudes aussi. S'ils disent que le savon reste à droite, il reste à droite. C'est des choses qu'on doit garder en tête tous les jours. Alors parfois on oublie, on confond avec les autres bénéficiaires. ». [Camille, auxiliaire de vie]

Pour Florence, auxiliaire de vie débutante, cette nécessité de mémoriser tous les détails des interventions marque particulièrement le métier. Elle éprouve une importante fatigue à

mémoriser l'ensemble des informations pertinentes, sachant que la pertinence s'exprime à un niveau de détail très fin comme la place d'une éponge, et à les solliciter au bon moment et au bon endroit :

« le problème, ce qui est peut être usant [...] c'est de passer d'une personne à l'autre, de tout retenir, de tout enregistrer quoi, donc là ça peut être fatigant. [...] Parce que moi, il y a des gens des fois, ils ne comprennent pas qu'il faut prendre [l'habitude]. Il y en a chez qui, il y a une éponge pour toute la maison et il y a une éponge par..., une éponge pour ça, une éponge pour ça. Il y en a, ils ne comprennent pas que je ne peux pas deviner que chaque éponge est pour quoi. Il y en a ils croient que je suis devin. On doit tout savoir, où tout se range. Il y en a déjà, chez qui je suis allée, je leur demande où il faut ranger la casserole : « Ben c'est là, vous ne voyez pas ». Ben non, c'est la première fois que je viens. Je ne sais pas. Il y en a qui comprennent très bien, ils vous réexpliquent si vous avez une question, vous redemandez, tout le monde n'est pas comme ça. ». [Florence, auxiliaire de vie]

Revenant sur cette difficulté après l'entretien, hors enregistrement, Florence explique que, finalement, c'est le même sentiment d'inconfort que lorsqu'on s'installe pour passer une nuit chez des personnes qui ont leur façon de vivre le quotidien, sauf que le sentiment est renouvelé à longueur de journée. Tout est familier (une éponge reste une éponge), mais rien ne l'est vraiment et il faut constamment rester concentré sur les environnements et les personnes. Ce parallèle avec une nuitée passée chez des amis s'avère particulièrement didactique pour saisir le sentiment d'étrangeté qui est répété à longueur de journée, avec toujours la même nécessité de procéder aux micro-ajustements prescrits soit par la situation, soit par le bénéficiaire ou ses proches. William, auxiliaire de vie, confirme ainsi l'adaptation totale de son activité au bénéficiaire :

« Tout est millimétré quoi. Par exemple comme pour la prise des médicaments, en général on prend les médicaments après avoir mangé un petit peu pour pouvoir protéger un petit peu la flore tout ça. Ben y en a qui les veulent avant, qui les veulent à la fin de repas. Voyez! C'est très... chacun a ses habitudes. Parfois la famille dit voilà « On veut que vous le fassiez de telle façon. » et ainsi de suite. Donc tout est au cas par cas. ». [William, auxiliaire de vie]

Toutes les auxiliaires de vie reproduisent donc jour après jour « l'énigme de la femme active » (Molinier, *L'énigme de la femme active : Egoïsme, sexe et compassion*, 2006), énigme portée dans leur situation à sa quintessence puisque l'exercice professionnel est une sorte de réitération des contraintes domestiques : l'attention aux autres que les femmes prodiguent dans la sphère privée à leurs proches est sollicitée dans leur cadre professionnel dans une quasi-transposition à l'identique. Nous avons déjà vu que cette attention implique un investissement affectif peu reconnu. Elle demande un outre un effort mental permanent de mémoire et d'adaptation. Et comme souvent dans le cadre de la vie privée, les auxiliaires de vie sont globalement seules au quotidien face à cette charge mentale permanente.

7.6 Le *job strain* des auxiliaires de vie

Comme nous l'avons indiqué, la notion de charge mentale était historiquement supposée rendre compte de pénibilités propres au monde industriel. Dans cette optique, le sociologue et psychologue américain Robert Karasek, a développé en 1979 une approche des questions de stress et de charge mentale, ainsi qu'un questionnaire d'évaluation portant aujourd'hui son nom (Karasek, 1979). Il s'agit d'estimer le niveau de stress (*job strain*) au travail, à partir de plusieurs composantes fondamentales : la latitude décisionnelle, la demande psychologique et le soutien social.

Inclus dans le questionnaire Sumer, le questionnaire de Karasek nous permet, dans le cadre de notre propos sur les expositions non-physiques, de revenir sur la visibilité de ces expositions que nous venons de décrire à partir de nos entretiens. Nous l'avons déjà souligné à plusieurs reprises, la question de la relation entre travail et santé chez les femmes est en partie occultée en raison de l'inadaptation des outils supposés rendre compte des expositions ou de la pénibilité. Nous avons l'occasion ici de revenir sur ce point en confrontant notre approche par entretiens et l'approche par le questionnaire de Karasek.

Idéalement, nous aurions pu soumettre aux auxiliaires de vie rencontrées le questionnaire de Karasek après entretien. Trois raisons ont présidé au fait de ne pas mettre en œuvre un tel dispositif. D'une part, il faut bien avoir conscience du temps réduit dont disposent en journée les auxiliaires de vie. L'essentiel de nos entretiens s'est déroulé dans les « temps de

coupure », c'est à dire dans les poses qui s'intercalent entre différentes interventions et qui permettent de faire travailler les auxiliaires de vie huit heures ou moins sur des amplitudes horaires plus grandes, correspondant aux besoins des personnes âgées. D'autre part, sur un plan strictement technique, le questionnaire de Karasek est conçu pour une approche populationnelle, c'est à dire qu'il permet de comparer des populations entre elles, et non de juger de la situation d'un individu. En dehors de tout protocole statistiquement construit de recrutement des auxiliaires de vie, et devant la faiblesse des effectifs considérés, notre propos sur le questionnaire aurait été largement invalidé par ces faiblesses techniques. Enfin, dans la relation que nous avons souhaité établir avec les auxiliaires, il nous aurait semblé inadapté de leur soumettre un questionnaire après qu'elles nous aient accordé du temps et leur confiance pour évoquer un certain nombre de sujets intimes.

7.6.1 La latitude décisionnelle

La latitude décisionnelle est une conjugaison de l'autonomie décisionnelle (la possibilité de choisir sa façon de travailler, de participer aux décisions qui s'y rattachent) et de l'utilisation des compétences (la possibilité d'utiliser ses propres compétences et d'en développer de nouvelles). Sur l'ensemble des salariés « services à la personne », seuls 39 % estiment disposer d'une bonne latitude décisionnelle (contre 59 % des autres salariés). La prise en compte de l'âge permet de nuancer le constat : si la situation reste la même pour les 40 ans ou plus, les salariés « services à la personne » de moins de 40 ans sont un peu plus nombreux à considérer disposer d'une bonne latitude décisionnelle (48 %). La prise en compte du sexe et la focalisation sur la population féminine amène à baisser globalement la part de personnes estimant disposer d'une bonne latitude décisionnelle (52 % des femmes sont dans cette situation contre 64 % des hommes), mais ne modifie pas la position relative des salariés « services à la personne ».

7.6.2 La demande psychologique

La demande psychologique correspond à la charge psychologique associée à l'exécution des tâches, à la quantité et à la complexité des tâches, aux tâches imprévues, aux contraintes de temps, aux interruptions et aux demandes contradictoires. Les salariés « services à la personne » ne sont que 32 % à faire état d'une demande psychologique forte (contre 59 % des

autres salariés). La prise en compte des seuls salariés 563B ne fait augmenter ce taux que de 2 points et ne modifie donc pas l'écart important entre cette catégorie et la population salariée dans son ensemble. Ce résultat peut surprendre au vu de ce que les auxiliaires nous ont dit de leur travail. Mais il faut avoir constamment à l'esprit que la perception qu'elles peuvent avoir de la pénibilité de leur travail et surtout son expression *via* un questionnaire sont fortement dépendantes de normes de genre et de profession, selon des relations qui ne sont pas forcément simples à décrypter :

« L'approche statistique des perceptions des liens entre le travail et la santé est indispensable pour cadrer de grandes tendances dans lesquelles se manifestent clairement le jeu des rapports sociaux – notamment de sexe et de classe – et de très nombreuses différenciations sociales du salariat au regard du travail et de l'emploi. Elle soulève en même temps une série d'énigmes, liées à la complexité, à la circularité et à l'ambivalence de ces liens, lesquelles en appellent à des approches plus qualitatives et contextualisées. » (Bouffartigue, Pendariès, & Bouteiller, 2010)

Un exemple particulièrement frappant de ce phénomène est proposé par Nicole Guignon. Elle nous rappelle que les infirmières n'avaient pas l'habitude de déclarer dans les enquêtes porter des charges lourdes dans le cadre de leur travail : ce n'est qu'après les grèves de 1989 et la mobilisation de la profession avec une demande de forte reconnaissance sociale pour que les déclarations des infirmières évoluent et qu'elles relèvent dans les enquêtes sur les conditions de travail être confronté à la manutention de charges lourdes :

« Longtemps les tâches des infirmières sont apparues sans risque pour les femmes, de telle sorte que devoir soulever les patients n'était pas perçu comme une pénibilité par les infirmières elles-mêmes. Dans les enquêtes sur les conditions de travail, il a fallu un mouvement social de grande ampleur (les grèves de 1989) pour que les infirmières commencent à déclarer majoritairement porter des « charges lourdes » dans leur travail. » (Guignon, 2008)

Il s'agit d'un exemple frappant d'une part parce qu'il illustre une modification rapide de comportement dans les déclarations, et d'autre part parce qu'il concerne une exposition physique relativement manifeste. En effet, le questionnaire de Karasek ne porte pas sur des

réalités physiques comme des charges lourdes, mais sur des ressentis, des éléments pour lesquels il n'existe pas de grille formelle d'appréciation. Prenons par exemple une assertion issue du questionnaire de Karasek qui affirme « *Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense* » : 85 % des salariées « services à la personne » se déclarent en désaccord avec cette phrase, contre 57 % des autres salariées. Près de 30 points d'écart semblent indiquer que les salariées « services à la personne » sont nettement moins concernées par cette assertion, alors même que nous savons, parce que les auxiliaires de vie rencontrés nous l'ont expliqué, que la mobilisation permanente d'une forme de concentration est une composante forte du métier. Il y a dissonance manifeste entre le matériau recueilli par entretien et celui recueilli par questionnaire. Il est donc aisé d'imaginer que tout un volant de la pénibilité de leur travail échappe aux auxiliaires de vie lorsqu'elles participent à ce type de recueil.

En outre, l'illustration concernant les infirmières et la manipulation de charges lourdes vient nous rappeler que la capacité à reconnaître des aspects désagréables du métier et à les déclarer dans le cadre d'un recueil dépendent d'une mise en commun des appréciations individuelles et d'un travail collectif de mobilisation et de reconnaissance avant tout interne à la profession ou au groupe.

La prise en compte de l'âge ne change pas de façon remarquable les données. La prise en compte du sexe ne fait qu'augmenter l'écart entre les salariés « services à la personne » et les autres ; en effet, parmi les seules femmes, la part de salariées estimant être soumises à une demande psychologique forte est de 61 %, contre 32 % chez les salariées « services à la personne ».

7.6.3 Faible latitude décisionnelle et une forte demande psychologique

Le *job strain*, c'est-à-dire la tension au travail telle que définie par Karasek, est la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique. Nous savons qu'il faut aborder avec prudence les résultats offerts par Karasek. Pour gommer les effets spécifiques liés au sexe, nous proposons de lire uniquement les résultats pour les salariés de sexe féminin. Les salariées « services à la personne » sont moins nombreuses que les autres salariées à se déclarer, par leurs réponses aux différentes questions, en situation de *job strain* : respectivement 20 % et 29 %.

Tableau 8 : répartition des salariées « services à la personne » selon la demande psychologique et la latitude décisionnelle

		Latitude décisionnelle		
		Faible	Forte	Total
Demande psychologique	Forte	20%	12%	32%
	Faible	42%	26%	68%
	Total	62%	38%	100%

Source : enquête Sumer, Dares 2003. Nos traitements.

Tableau 9 : répartition des salariées hors « services à la personne » selon la demande psychologique et la latitude décisionnelle

		Latitude décisionnelle		
		Faible	Forte	Total
Demande psychologique	Forte	29%	33%	61%
	Faible	19%	20%	39%
	Total	47%	53%	100%

Source : enquête Sumer, Dares 2003. Nos traitements.

De fait, c'est l'ensemble de la répartition qui est complètement différente pour les salariées « services à la personne », qui affichent une part élevée de personnes en situation de faible demande psychologique et faible latitude décisionnelle (42 %). Ces différences proviennent notamment de la part importante de salariées « services à la personne » qui estiment ne pas faire face à une demande psychologique importante (32 %). Lorsque nous reprenons en détail les questions sensées traduire la demande psychologique dans le questionnaire de Karasek, nous comprenons que les auxiliaires de vie ne se sentent que partiellement concernées. Voyons rapidement dans le détail :

- Mon travail me demande de travailler très vite ;
- On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive ;
- Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail ;
- Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes ;
- Mon travail me demande de travailler intensément ;
- Mon travail demande de longues périodes de concentration intense ;

- Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard ;
- Mon travail est très bousculé ;
- Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail.

7.6.4 Inadaptation de la grille au métier d'auxiliaire de vie

Tout d'abord, il apparaît bien que l'essentiel des expositions non-physiques que nous avons recueillies dans le cadre des entretiens avec les auxiliaires de vie et les responsables de structure ne sont pas documentées par le questionnaire de Karasek. Ensuite, nous sommes bien obligés de relever que les entretiens réalisés avec les auxiliaires de vie nous invitent à attendre qu'elles déclarent une demande psychologique importante, mais qu'il n'en est rien dans les faits. Il y a donc un décalage entre les informations que nous apportent les entretiens et ce qui résulte de l'enquête. Cependant, de la même façon, il nous semble bien possible que bon nombre de femmes, épouses et mères, pourraient également répondre, par rapports aux tâches qu'elles ont à assumer dans le cadre de leurs activités domestiques, de façon à que soit aussi conclu à une forte demande psychologique.

Comment dès lors les auxiliaires de vie qui reproduisent dans le cadre professionnel des éléments de prise en charge domestique pourraient-elles en identifier le caractère spécifiquement pénible ? Les auxiliaires de vie reproduisent dans leur exercice professionnel non seulement les tâches de la vie domestique, mais également un investissement affectif, qui est un requis du travail de *care*. Reconnaître que ce qu'elles font au domicile des bénéficiaires est pénible, ce serait, puisqu'il y a une si forte similitude, reconnaître que leur vie d'épouse et de mère l'est également. Accepter l'idée que leur travail est pénible, c'est accepter l'idée que leur vie tout entière, leur inscription sociale de femmes dans la division sexuelle du travail, est également pénible. Nous pouvons comprendre qu'un tel pas ne soit pas aisé à faire.

Mais nous pouvons lire différemment les données dont nous avons connaissance. Imaginons que certaines des auxiliaires de vie aient une vision plus critique de leur condition de travail, un peu à la façon de celles dont nous avons reçus les récits. Il serait possible d'inférer que ces salariées « services à la personne » « critiques » déclarent une forte demande psychologique. Or, lorsque les salariées « services à la personne » estiment être soumises à une forte demande

psychologique, il s'avère qu'elles sont 62 % à afficher une faible latitude décisionnelle, contre 47 % des autres salariées. Elles définissent alors un contexte de travail particulièrement pénible sur le plan de la santé mentale, une situation de *job strain*.

La question de l'âge influe nettement cette relation entre forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle, mais uniquement parmi les salariées « services à la personne ». Comme il est possible de le voir dans le tableau suivant, 74 % des salariées « services à la personne » âgées de moins de 40 ans soumises à une demande psychologique forte font état d'une faible latitude décisionnelle. Cette proportion importante est moindre chez les salariées « services à la personne » plus âgées (58 %). Hors « services à la personne », moins de la moitié des salariées soumises à une forte demande psychologique font état d'une faible latitude décisionnelle (avec un impact négligeable de l'âge).

Tableau 10 : proportion de salariés à faible latitude décisionnelle parmi ceux faisant face à une forte demande psychologique

	Services à la personne	Autres salariées
Moins de 40 ans	74%	46%
40 ans ou plus	58%	48%

Source : enquête Sumer, Dares 2003. Nos traitements.

Comment pouvons-nous interpréter cet effet de l'âge propre aux salariées « services à la personne » ? Les éléments avérés nous manquent pour apporter des éléments de réponse totalement fiables : tout au plus pouvons-nous supposer que parmi les salariées les plus âgées se trouvent davantage de travailleuses expérimentées qui à ce titre sont plus en capacité de revendiquer, recevoir et assumer une certaine latitude décisionnelle dans la réalisation de leurs tâches.

7.6.5 Le soutien social

Il est difficile d'achever cette partie sur les expositions non-physique sans aborder un élément présent dans le questionnaire de Karasek et supposé être protecteur en matière de santé : le soutien social. De façon générale, l'épidémiologie sociale a depuis longtemps établi que le soutien apporté par son entourage à une personne donnée, ou tout du moins le sentiment que

pouvait avoir cette personne d'un soutien, est reconnu comme un déterminant important de l'état de santé (Cassel, 1976). Les médiations entre le soutien social et l'état de santé restent complexes et diversement expliqués (Massé, 1995), mais la relation est aujourd'hui considérée comme attestée. Cela s'applique également au monde du travail, où le soutien social se comprend comme le soutien apporté tant par la hiérarchie que par les collègues. Il s'agit d'une composante importante de l'environnement de travail.

Dans le recueil Sumer, les salariées hors « services à la personne » sont plus de la moitié (58 %) à rendre compte d'un soutien social significatif. Les salariées « services à la personne » ne sont que 40 % à en bénéficier. En premier lieu, il s'agit de rappeler une donnée empirique majeure du travail d'auxiliaire de vie à domicile, l'isolement étant un paramètre incontournable :

« A domicile, on est toute seule. S'il arrive quoi que ce soit... » [Camille, auxiliaire de vie]

Laurence, responsable de structure, a bien conscience de cette situation d'isolement des salariés, et Mia, autre responsable, considère qu'il s'agit même d'une des principales difficultés :

« A domicile c'est extrêmement compliqué. Ce qui est compliqué, c'est que c'est difficile d'être salarié auxiliaire de vie à domicile, parce qu'on est tout seul dans les domiciles. » [Mia, responsable de structure]

« [...] je trouve qu'elles sont un peu trop chacune dans leur coin et il faut dire la bourre aussi. [...] Parce que c'est un métier où elles sont seules. » [Laurence, responsable de structure]

Les conditions de travail font que même entre elles, les auxiliaires de vie ont peu de relations. A cet isolement factuel, il faut également ajouter un défaut de reconnaissance, qui fait que les proches, qui pourraient également apporter une reconnaissance ou un soutien, ne sont pas perçus comme des interlocuteurs pertinents :

« Maintenant mon conjoint et mes amis non ne comprenaient pas forcément. Parce qu'ils avaient plus l'image du creux, du fait que je travaillais le matin et je travaillais le soir. Donc en gros l'après-midi pour eux, je ne faisais rien. Donc ce n'était pas fatiguant, mon travail n'était pas fatiguant. Ils ne comprenaient pas pourquoi c'était fatiguant donc non. » [Léa, auxiliaire de vie]

Face à leurs difficultés, les auxiliaires de vie sont donc isolées de tout points de vue, et ne peuvent compter que sur elles-mêmes. Dans les résultat de l'étude Sumer, quelle que soit la combinaison demande psychologique/latitude décisionnelle, les salariées « services à la personne » sont toujours plus nombreuses à rendre compte d'un faible soutien social. La seule exception se trouve pour les salariées en situation de *job strain* (demande forte – latitude faible) qui affichent la même proportion importante de salariés à faible soutien social, quel que soit le secteur.

Tableau 11 : proportion de salariées à faible soutien social

	Services à la personne	Autres salariées
Demande faible - latitude faible	74%	43%
Demande faible - latitude forte	43%	23%
Demande forte - latitude faible	63%	62%
Demande forte - latitude forte	50%	37%

Source : enquête Sumer, Dares 2003. Nos traitements.

Le soutien social apparaît donc faire cruellement défaut aux auxiliaires de vie. Là encore, alors qu'il s'agit d'une source possible de fragilité facilement identifiable et reconnue tant par les auxiliaires de vie elles-mêmes que par certains responsables de structure, il n'y a pas de réponse institutionnelle. Certaines auxiliaires de vie créent alors leur propre réponse, en marge de l'organisation officielle :

*« [...] avec nos collègues, on va dire, un samedi tous les deux mois on se donne rendez-vous et on parle ensemble de nos personnes qu'on a en commun ou des personnes qu'on n'a pas en commun, des difficultés qu'on a avec les personnes et à nous toutes on essaie de trouver une solution sur les problèmes qu'on a.
- Et ça, c'est pareil, ce n'est pas un truc qui a été mis en place ?*

- Ce n'est pas un truc, non, qui est instauré. C'est entre nous en fait, on a, on est je crois 8 ou 9 collègues femmes et hommes, où s'entend bien dès le début, dès le premier contact, on s'est super bien entendu et alors on se donne rendez-vous un samedi sur 8 quand on n'est pas en train de travailler pendant notre pause, on se donne rendez-vous au café et on discute entre nous. Et c'est vrai que ça, ça fait aussi beaucoup de bien. » [Noémie, auxiliaire de vie]

Cette démarche d'auxiliaires de vie se retrouvant volontairement sur leur temps de repos nous inspire plusieurs réflexions. D'une part, il faut souligner qu'il s'agit concrètement d'un temps de travail : il s'agit bien de trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans l'exécution des missions. Etant donné que ces réunions ont lieu hors temps de travail rémunéré, il s'agit de travail gratuit. Bien évidemment, les auxiliaires de vie et leurs bénéficiaires sont ceux qui profitent en premier lieu de ce temps de travail gratuit qui vise à améliorer les conditions d'intervention. Mais cela apporte également à l'employeur selon un mécanisme bien simple : vendant la prestation de service avec le bénéfice apportée par ce temps de travail non rémunéré, il dégage une plus-value liée au fait qu'il revend quelque chose qu'il n'a pas eu à acheter. D'autre part, cet investissement souligne combien l'isolement est une source de difficultés pour les auxiliaires de vie qui, dans la mesure où elles en ont les ressources, cherchent les moyens de le rompre, même si cela doit les amener à fournir un travail non-rémunéré.

8 Les pathologies liées au travail

Nous avons établi que l'exercice quotidien du métier conduit à un certain nombre d'expositions, nous pouvons à présent en rechercher les impacts sur la santé des femmes. Pour les raisons que nous avons déjà développées, il ne nous apparaît pas satisfaisant de nous arrêter aux impacts reconnus de façon commune. Nous chercherons donc à identifier et expliciter des atteintes à la santé qui ne sont pas forcément reconnues comme telles, y compris par les femmes elles-mêmes. Nous devons bien évidemment rendre compte de cette orientation forte qui consiste à penser la santé des femmes au-delà de leur propre ressenti. Mais dans un premier temps, puisque nous avons la chance de disposer de données adéquates, nous allons nous arrêter sur des manifestations d'atteinte à la santé qui sont identifiées et communément reconnues.

8.1 Les pathologies de l'appareil locomoteur

8.1.1 Une prévalence plus importante chez les salariés des services à la personne

En effet nous avons mis en évidence, à travers notamment les récits des auxiliaires de vie, l'exposition à une sollicitation importante des corps. Nous pouvons en chercher la manifestation pathologique dans la base de données sur les maladies à caractère professionnel (MCP) : les pathologies de l'appareil locomoteur, dont les troubles musculosquelettiques, sont aujourd'hui probablement l'une des manifestations les plus communes et les plus fréquentes de la sur-sollicitation des corps. Ces troubles sont cependant également aujourd'hui reconnus comme traduisant autant les sollicitations physiques que le stress ou les facteurs psychosociaux :

« Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur (TMS-MS) représentent une des premières causes de maladies professionnelles en Europe. Cette expression parapluie désigne à la fois de nombreuses pathologies et le fait que des sollicitations liées au travail favorisent leur développement. Ainsi, des facteurs de risque biomécaniques (répétitivité, efforts, postures articulaires extrêmes) et psychosociaux ont été mis en évidence. Le rôle du stress et des facteurs psychosociaux d'origine professionnelle dans la survenue des TMS-MS est encore mal établi et les données épidémiologiques sont encore discutées. Il semble néanmoins plausible que la réponse de l'organisme face aux facteurs de

stress mette en jeu quatre systèmes : nerveux central, nerveux végétatif, endocrine et immunitaire qui interagissent constamment selon un fonctionnement en réseau. Quoiqu'il en soit, l'absence de compréhension fine des relations entre le stress et les TMS-MS ne doit pas empêcher la mise en place d'actions de prévention prenant en compte les facteurs organisationnels et psychosociaux car les données scientifiques sont suffisamment établies pour justifier de l'efficacité d'une approche globale des situations de travail. » (Aptel & Cnockaert, 2002)

Même si les mécanismes physio-biologiques qui articulent la sphère strictement somatique et la sphère psychique ne sont pas clairement établis, l'intrication de ces différentes dimensions ne fait plus guère de doute pour les troubles musculosquelettiques : c'est donc avec cette réserve que nous prenons connaissance des éléments issus de l'enquête « Maladies à caractère professionnel ». Les pathologies dont il va être immédiatement question parlent aussi bien des charges des corps que de celles des esprits.

Dans la base de donnée « Maladies à caractère professionnel » que nous exploitons, La prévalence des pathologies de l'appareil locomoteur est de 3,3 % pour les salariés de relevant pas du champ « Services à la personne » que nous avons précédemment défini. Pour les salariés du champ qui nous intéresse, la prévalence des pathologies de l'appareil locomoteur s'élève à 5,7 %, c'est-à-dire près de deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population. Ce premier écart, de plus de deux points, est tout à fait éloquent. Les choses sont encore plus marquées lorsque nous distinguons les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) 563B et 563C, comme cela apparaît dans le tableau suivant :

Tableau 12 : prévalences des pathologies de l'appareil locomoteur selon la PCS

	Prévalence
Hors services à la personne	3,3%
563b	5,4%
563c	8,7%

Source : données Etude Maladies à Caractère professionnel, InVS 2008. Nos traitements.

En effet, parmi les salariés 563C, la prévalence des pathologies de l'appareil locomoteur est de 8,7 %, soit plus de deux fois et demie supérieure à celle observée hors « Services à la personne ».

8.1.2 Les effets de la structure d'âge de et de sexe

Nous pouvons soupçonner un effet de la structure d'âge des populations concernées. Les traitements de données confirment cet effet, mais cela ne modifie pas en profondeur les choses. En effet, si les salariés de 40 ou plus ont globalement une prévalence des pathologies de l'appareil locomoteur supérieure à celle des salariés de moins de 40 ans, la hiérarchie observée entre les salariés 563C, ceux 563B et hors « Services à la personne » est confirmée dans les deux groupes d'âges. Pour les salariés de 40 ans ou plus, c'est ainsi une personne appartenant à la PCS 563C sur dix qui présente une pathologie de l'appareil locomoteur, contre un salarié hors « Services à la personne » sur vingt.

Tableau 13 : prévalence des pathologies de l'appareil locomoteur selon la tranche d'âge et la PCS

	Moins de 40 ans	40 ans ou plus
Hors services à la personne	1,9%	4,8%
563b	3,7%	6,2%
563c	4,4%	10,1%

Source : données Etude Maladies à Caractère professionnel, InVS 2008. Nos traitements.

Autre facteur dont nous devons tenir compte, le sexe joue un rôle non négligeable. Pour des questions d'effectifs, nous devons revenir à un traitement concernant l'ensemble des salariés « Services à la personne », c'est à dire que nous ne pouvons maintenir dans nos analyses la distinction entre les PCS 563B et 563C. Malheureusement, cela ne suffit pas à pallier la faible présence des hommes dans les « Services à la personne » (3,3 %) et la différence de prévalence que nous pouvons observer chez les hommes, n'est pas statistiquement significative, en dépit des trois points d'écart observés. En revanche, celle observée chez les femmes l'est : les femmes salariées dans le champ « Services à la personne » présentent une prévalence de pathologies de l'appareil locomoteur de 5,7 %, contre 3,8 % hors du champ « Services à la personne ». Il apparaît également que les femmes présentent des prévalences de pathologies de l'appareil locomoteur supérieures aux hommes hors « Services à la

personne ». Dans le champ des « Services à la personne », les prévalences observées selon le sexe sont similaires, mais ce résultat reste difficile à commenter, tant les effectifs d'hommes sont faibles.

Tableau 14 : prévalence des pathologies de l'appareil locomoteur selon le sexe

	Services à la personne	Autres salariées
Hommes	2,9%	5,9%
Femmes	3,8%	5,7%

Source : données Etude Maladies à Caractère professionnel, InVS 2008. Nos traitements.

Sexe, âge et profession : trois variables qui interagissent comme facteur de risque de présenter une pathologie de l'appareil locomoteur. En termes de déterminants de la santé, l'âge et la profession sont des éléments clairement identifiés dans la littérature. Le risque de développer une pathologie en lien avec le travail augmente avec l'âge, et certaines professions sont identifiées comme plus pathogènes que d'autres. Sur ce dernier point, nous ne faisons que retenir le fait que l'idée même de différences de risques selon la santé est une idée communément acceptée : en revanche, nous ne retenons pas la vision existante des professions considérées comme pénibles, puisque notre travail nous a conduit à mettre en doute la pertinence de ces représentations.

8.1.3 Interaction de l'âge, du sexe et du métier comme facteurs de risque

Pour juger des interactions entre les trois facteurs de risque que nous avons identifiés, nous pouvons opérer une régression logistique binaire. Il s'agit de démêler grâce à cet outil statistique les relations de chacun des facteurs de risque avec la problématique étudiée, toutes choses égales par ailleurs. C'est à dire que nous obtenons le risque relatif d'avoir ou non une pathologie de l'appareil locomoteur selon par exemple l'âge, en prenant en compte et en neutralisant les possibles effets des autres facteurs inclus dans le modèle, en l'occurrence le sexe et le fait de travailler en « Services à la personne ». Cet outil permet également d'écartier des facteurs de confusion, c'est à dire d'identifier comme non pertinent de possibles facteurs de risques en raison de leur interaction avec d'autres facteurs.

Tableau 15 : régression logistique sur le fait de présenter une pathologie de l'appareil locomoteur

Variable	Modalité	Odds Ratio
Age	Moins de 40 ans	réf.
	40 ans ou plus	2,543
Sexe	Hommes	réf.
	Femmes	1,287
PCS	Hors Services à la personne	réf.
	Services à la personne	1,329

Source : données Etude Maladies à Caractère professionnel, InVS 2008. Nos traitements.

Les résultats de la régression, présentés dans le tableau ci-dessus, font apparaître que les trois facteurs contribuent au risque. Ainsi, dans notre modèle, le fait d'être âgé de 40 ans ou plus augmente le risque de présenter une pathologie de l'appareil locomoteur de 2,5 fois, toutes choses égales par ailleurs. Le sexe intervient également : être une femme augmente le risque relatif d'un facteur 1,3 par rapport au fait d'être un homme : concrètement, cela signifie que si nous prenons au hasard une femme dans notre population de salariés, la probabilité que celle-ci souffre d'une pathologie de l'appareil locomoteur est 1,3 fois supérieure à la probabilité que nous observerions pour un homme. Enfin, le fait d'être dans le champ « Services à la personne » ou hors champ intervient également à hauteur de 1,3 fois. Cela signifie que le risque relatif de souffrir d'une pathologie de l'appareil locomoteur est supérieur chez les salariés du champ « Services à la personne », quels que soient l'âge ou le sexe.

Dans la régression logistique, les facteurs de risque sont analysés indépendamment les uns des autres. Mais ils peuvent naturellement se combiner dans une logique cumulative : ainsi, selon notre modèle, une femme âgée de 40 ans ou plus et exerçant dans les « Services à la personne » présente un risque de présenter une pathologie de l'appareil locomoteur 4,4 fois plus élevé qu'un homme de moins de 40 ans exerçant dans un autre secteur²².

²² Les valeurs des *odds ratio* de la régression logistique ne s'additionnent pas. Il faut additionner les logarithmes népériens des *odds ratio* puis prendre l'exponentielle du résultat de cette addition pour obtenir un *odds ratio* des facteurs de risques cumulés.

8.1.4 Le détail des localisations des pathologies

Dans le détail du tableau ci-dessous, si nous nous penchons sur les localisations de ces pathologies de l'appareil locomoteur, nous observons une grande proximité entre répartitions par localisations, ou tout du moins dans la hiérarchie de ces localisations. Quel que soit le champ, les affections des membres supérieurs devancent celles du rachis, suivi par les syndromes canauxiers.

Tableau 16 : répartition des localisations des pathologies de l'appareil locomoteur

Localisation	Services à la personne	Autres salariées
Membres supérieurs	46%	42%
Rachis	36%	39%
Syndrome canalaire	13%	13%
Membres inférieurs	4%	5%
Autres	1%	1%
Total	100%	100%

Source : données Etude Maladies à Caractère professionnel, InVS 2008. Nos traitements.

Nous manquons malheureusement d'effectifs pour aller plus loin dans le détail des localisations. Nous pouvons cependant relever que dans le champ « Services à la personne », les pathologies localisées au niveau du rachis sont trois points plus fréquentes que hors « Services à la personne », alors que les membres supérieurs sont manifestement un peu moins fréquemment touchés (42 % vs. 46 %). Comme le résume bien Jacob, responsable de structure, « *pour les auxiliaires de vie, c'est le dos qui est leur outil de travail [...]* ». Le lien avec l'environnement de travail est relativement manifeste et spécifique aux services à la personne : comme nous l'avons déjà souligné, l'une des grandes particularités du métier est le fait d'intervenir dans un environnement très spécifique qui est composé de l'agrégat des domiciles des bénéficiaires. Cela signifie un environnement multiple, puisque chaque domicile est différent, et généralement inadapté au maintien à domicile, parce que ne disposant pas des équipements appropriés à certaines opérations de déplacement ou de transfert.

« Pour les auxiliaires de vie, c'est le dos qui est leur outil de travail, quand ils sont amenés à manipuler les personnes, soulever les personnes, à l'hôpital ou en structure, il y a du matériel, lève-malade etc. Chez le particulier, tout le monde n'est pas équipé. Tout le monde ne souhaite pas être équipé. On a des gens qui auraient besoin de lits médicalisés : « Je ne veux pas de lit médical chez moi ». [...] Donc forcément, manipuler une personne sur un lit normal, c'est beaucoup moins facile que sur un lit médicalisé. Transfert fauteuil-lit, ce genre de chose... Quand il faut descendre une personne en fauteuil roulant parce qu'il n'y a pas d'ascenseur, par l'escalier... Tout ça ce sont quand même des choses qui ne sont pas évidente à gérer pour le personnel. » [Jacob, responsable de structure]

Les entretiens nous permettent de confirmer cette importance accordée au « dos » par notre interlocuteur. Nombreuses sont en effet les auxiliaires de vie qui ont connu ou connaissent des problèmes de dos, soit chroniques, soit aigus. Mais même le témoignage de ces douleurs n'est pas systématiquement spontané pour les auxiliaires de vie, qui sont toujours en train de considérer cette atteinte comme allant de soi, un peu comme si c'était sans importance. Maika, auxiliaire de vie, a été arrêté quinze jours en raison d'un lumbago. Si cet arrêt de travail a pourtant représenté un événement significatif pour elle, elle minimise cependant grandement les suites de cet arrêt, alors même que des douleurs persistent.

« Bon j'ai pris un moment un traitement. Parce que j'avais un traitement quand même à long terme. Mais y'a des moments avec, et y'a des moment sans. Mais faut faire après... « Allo docteur » et puis voilà ! [rire] » [Maika, auxiliaire de vie]

A l'occasion de nos travaux portant sur les personnes déclarées inaptées au poste, nous avons déjà observé ce type de comportement : les médecins traitant, permettant l'accès à une pharmacopée antalgique ou anti-inflammatoire, soutiennent les salariés dans leur maintien au travail, quand même les corps ne sont plus en état de supporter les contraintes que cela représente (Polesi, 2013).

Si les témoignages sur les problèmes de dos sont nombreux, nous disposons de moins d'éléments dans notre corpus concernant d'autres symptomatologies. Il n'y a que Zoé qui doit se faire opérer à peu de distance de l'entretien du canal carpien.

« Oui, alors je me suis fait opérer début novembre du canal carpien droite et là j'ai, demain matin, rendez-vous à l'hôpital avec le chirurgien de la main pour faire la main gauche. Voilà! Parce que ça c'est vraiment invalidant. » [Zoé, auxiliaire de vie]

Nous n'avons pas non plus de récit de seconde main particulièrement précis sur des problèmes rencontrés par les unes ou les autres. Les propos s'arrêtent à des considérations d'ordre général, sur la pénibilité physique du métier et le fait qu'il soit éprouvant pour les corps et les esprits. Sur ce constat, responsables de structure et auxiliaires de vie se retrouvent :

« C'est des métiers qu'on ne fait pas toute une vie je pense. Sauf cas particulier, mais je ne pense pas... » [Jacob, responsable de structure]

« Il y a quand même pas mal de pourcentage d'auxiliaires de vie, d'aides soignantes qui sont invalides à partir de 30 ans. Ouais c'est au niveau santé... » [Camille, auxiliaire de vie]

Mais en dehors des problèmes de dos, pour lesquels nous avons de nombreux témoignages, directs ou indirects, et à part ces considérations très générales, nous n'avons pas de récit au sujet d'autres atteintes de l'appareil psychomoteur, alors que les données MCP nous révèlent que les atteintes du dos ne viennent qu'en seconde position après les atteintes des membres supérieurs, ou tout du moins à égalité. Etant donnée la prévalence indiquée, nous étions fondés à attendre plus de récit en rapport avec des pathologies des membres supérieurs. Il est difficile pour nous d'avancer une explication à cette absence. Il est certain que les auxiliaires de vie ont peu de relations directes entre elles, ce qui limite l'accès à des récits de première main. Ce motif nous semble cependant peu satisfaisant. Il nous semble bien plus probable de considérer que c'est parce que ces éléments ne sont pas considérés comme importants ou pertinents qu'il n'en existe pas vraiment de trace narrative. En effet, rappelons que dans la partie consacrée aux expositions physiques, nous avons relevé que les circonstances des blessures au dos pouvaient ne pas être mémorisées précisément, parce que considérées comme ayant peu d'intérêt et relevant « du métier ».

En dehors de ces problématiques de dos et des autres pathologies de l'appareil locomoteur, nous aurions pu, connaissant l'existence d'une exposition chimique, en rechercher les conséquences. Nous avons déjà relevé que les auxiliaires de vie évoquent peu l'exposition aux produits chimiques qu'elles subissent dans le cadre de leur métier. Il en est naturellement de même concernant les éventuelles conséquences, dont les plus fréquentes pourraient être de nature allergique : nous n'avons aucun témoignage de problèmes dermatologiques ou respiratoires. Là encore, vu le caractère très général de l'exposition, nous ne pouvons qu'être surpris devant cette absence. N'ayant pas vocation à perturber le milieu que nous observons, nous n'avons pas pris l'option de creuser spécifiquement cette question qui n'était pas abordée spontanément par les personnes rencontrées.

8.2 Le regard des salariées sur leur santé

8.2.1 Une relation entre travail et santé comparable aux autres salariées

En dehors de ces pathologies clairement identifiables selon les référentiels en vigueur, certains items de l'auto-questionnaire inclus dans l'enquête Sumer permettent de recueillir le jugement que portent les salariés sur leur santé en général et sur la relation entre santé et travail. Cela vient compléter les propos que les auxiliaires de vie tiennent sur leur santé au sens large du terme, c'est à dire sur la répercussion du travail sur leur façon de vivre.

Interrogées directement sur la relation entre travail et santé, les salariées « services à la personne » sont un peu plus nombreuses que les autres salariées à estimer que leur travail n'influence pas leur santé (52 % vs. 49 %). Cet écart minime se répercute sur la proportion de salariées estimant que leur travail influence positivement leur santé (26 % en « services à la personne » vs. 29 % hors « services à la personne »). Ces différences sont suffisamment faibles pour ne pas attirer davantage l'attention. Une des lectures possibles est que les salariées « services à la personne », même amenées à réaliser en termes d'activité professionnelle des tâches de nature domestique, ne sous-estiment pas drastiquement l'impact de leur travail sur leur santé. Nous aurions en effet pu nous attendre à observer ce type de phénomène, conduisant paradoxalement les salariées « services à la personne » à moins fréquemment déclarer un impact négatif du travail sur la santé.

Tableau 17 : répartition des salariées selon la relation estimée entre travail et santé

	Services à la personne	Autres salariées	Total
Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé	29%	26%	29%
Non, mon travail n'influence pas ma santé	49%	52%	49%
Oui, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé	22%	22%	22%
Total	100%	100%	100%

Source : données Sumer, Dares 2003. Nos traitements.

Les salariées « services à la personne » sont par ailleurs 88 % à être d'accord ou tout-à-fait d'accord avec l'affirmation « Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de mon travail », contre 86 % hors « services à la personne ». Cette satisfaction générale fait écho à ce que nous avons pu recueillir. Dans l'ensemble, les auxiliaires de vie sont contentes de leur travail, principalement parce qu'il fait sens et qu'il leur confère un sentiment d'utilité important. Pour Camille, cela se manifeste dans les moments de difficulté ou de fragilité des bénéficiaires, lorsqu'ils font le choix de l'appeler.

« [...] quand [les bénéficiaires] sont tout seuls, quand il leur arrive quelque chose, ils se réfèrent à nous parce qu'ils se disent que c'est les seules personnes qui passent à la maison tous les jours et « C'est la seule sur qui je peux vraiment compter. ». Donc ils appellent. Quelque part c'est plutôt gratifiant. On se dit « On est utile. » et puisqu'ils nous appellent nous, c'est qu'on fait bien notre travail, ils sont satisfaits de nos prestations. Pour nous c'est l'essentiel. » [Camille, auxiliaire de vie]

« C'est pour des moments comme ça que je travaille. Quand je vois qu'on sert à quelque chose, qu'on est utile, qu'on peut apporter un petit peu de bonheur à ces gens-là. » [William, auxiliaire de vie]

Il faut d'ailleurs relever que les auxiliaires de vie ont plutôt tendance à mobiliser le registre lexical de l'utilité, comme le fait William ci-dessus, que celui de la satisfaction, qui est réservé dans leurs propos, aux bénéficiaires, qui doivent être satisfaits de l'aide apportée.

8.2.2 *Pas d'impact sur la santé, mais une grande fatigue*

Cette satisfaction d'ensemble n'occulte pas la perception que peuvent avoir les salariées « Services à la personne » des difficultés de leur exercice : invitées à donner une note de 1 à 10 en fonction du caractère fatiguant de leur métier, elles sont 42 % à donner une note de 8 ou plus, contre seulement 26 % des autres salariées. En moyenne, la note « fatigue » des salariées SAP est de 6,8, contre 5,8 pour les autres salariées : la moyenne apparaît un indicateur peu satisfaisant ici, mais en raison des pondérations appliquées aux individus de la base de donnée, le calcul d'une médiane n'est pas possible. Retenons simplement que plus de deux salariées « Services à la personne » sur cinq donnent une note de 8, 9 ou 10 pour estimer le caractère fatiguant de leur exercice professionnel, soit seize points de plus que l'ensemble des autres salariées.

Cette thématique de la fatigue est très présente dans les entretiens. Cette fatigue est suffisamment importante pour impacter concrètement la vie quotidienne. Pour Camille, c'est la fin d'une certaine vie sociale, faite de sorties et de visites chez des amis : il est intéressant que c'est tant le fait d'une fatigue ressentie par rapport à la journée passée que le fait d'une anticipation de la fatigue à venir qui amène Camille à renoncer à ses sorties.

« Je suis très ouverte, j'adore faire la fête, sortir tout le temps, m'amuser. C'est vrai que depuis que je travaille à domicile je fais beaucoup beaucoup moins parce que je tiens plus le coup en fait. Je sais qu'à 9 heures je vais être claquée, que c'est même pas la peine d'aller voir une copine ou autre chose. Parce que je suis trop fatiguée et que je me dis que si je me couche tard, ça va être encore pire demain. Et comme on a des semaines qui sont quand même assez longues. Je le fais plus. » [Camille, auxiliaire de vie]

Mais Camille est une jeune femme sans compagnons ni enfants, qui vit encore chez ses parents. Elle dispose donc d'un cadre de vie au sein duquel elle est déchargé d'un certain nombre de contraintes du quotidien, une partie des tâches domestiques étant assuré par sa mère. Pour Noémie, qui est mère de famille, la conséquence de la fatigue est autrement plus significative : en-dehors de son temps professionnel, son horizon se réduit aux tâches à assurer vis-à-vis de ces deux enfants. Le peu de temps qui reste est consacré aux impératifs biologiques :

« Fatiguée. Ah non la semaine je ne prévois rien en fait. Parce qu'après mon travail, j'ai encore à gérer chez moi à la maison entre les enfants, les devoirs, le bain, le repas, quand j'ai tout fini, je prends ma douche, il est 8h, 8h30, je n'ai même pas le temps de voir le film, à 9h je suis au lit et jusqu'au lendemain 6h. »
[Noémie, auxiliaire de vie]

Il faut bien prendre la mesure de ce que nous dit Noémie : elle ne fait rien d'autre de ses journées que d'assurer en continu le soin d'autres personnes, soit ses bénéficiaires, soit ses enfants. Noémie est l'illustration d'une forme moderne de Sisyphe, mais, un Sisyphe heureux, comme celui proposé par Kuki Shûzô :

« [Sisyphe est] un homme passionné par le sentiment moral. Il n'est pas dans l'enfer, il est au ciel. [...] Sa bonne volonté, la volonté ferme et sûre de se renouveler toujours, de toujours rouler le roc, trouve dans cette répétition même toute la morale, en conséquence tout son bonheur. » Kuki Shûzô cité dans (Ebersolt, 2012)

Le *care* dans lequel Noémie dépense toute son énergie, même s'il demande jour après jour le même effort, le même renouvellement dans le soin, s'inscrit pleinement dans cette dynamique morale que décrit Kuki Shûzô : cela fait très fortement écho à la disposition morale du *care* dont nous avons déjà eu l'occasion de parler précédemment. Cela montre aussi à quel point pour les auxiliaires de vie, la vie domestique est la poursuite de l'effort engagé dans la vie professionnelle et réciproquement. C'est d'ailleurs ce qui fascine – en apparence – Zoé, auxiliaire de vie, qui ne s'imagine pas avec des enfants à charge.

« [...] bon après c'est fatiguant. Le soir je suis fatiguée. J'ai pas envie de recommencer chez moi par exemple ! [...] Bon mais ça va. Attends ! Parce que je suis seule. Mais les jeunes femmes qui ont encore 2-3 gamins le soir... Au secours ! Je sais pas comment elles font, je sais pas. Bon après elles ont 20 ans de moins peut être. Ouais voilà, ça, ça joue aussi. » [Zoé, auxiliaire de vie]

Soulignant qu'elle achève ses journées sans avoir l'envie d'accomplir à son domicile les tâches qu'elle a accompli en journée, Zoé remarque donc combien il doit être difficile de s'occuper encore d'enfants en rentrant le soir, et se propose d'expliquer que celles qui y arrivent peuvent le faire par le fait qu'elles sont encore jeunes. Il est remarquable que Zoé ne relève pas que les femmes avec enfants n'ont tout simplement pas le choix, et qu'il faut qu'elles soient à la hauteur de la charge de travail que cela représente. Pourtant Zoé parle bien d'envie : la fatigue amène à la perte d'envie de « *recommencer chez [soi]* », pas à l'incapacité de le faire. Elle pourrait donc très bien deviner qu'avec des enfants, elle subirait une « envie » non négociable, plutôt du registre du devoir.

Cependant, de façon plus large, lorsque la question des enfants est abordée, ce n'est pas la fatigue qui est le principal point de difficulté soulevé : ce qui semble principalement faire problème aux auxiliaires de vie avec enfants, c'est l'organisation de leur garde. Les responsables sont eux aussi bien conscient de cette difficulté.

« La difficulté aussi, c'est de pouvoir concilier une vie de famille. Elles le disent. Concilier une vie de famille, ce sont des femmes jeunes majoritairement, avec des enfants. C'est difficile de trouver une nounou qui vous prend les gamins le matin avant l'école, le soir après l'école et encore le midi pour qu'ils mangent. Ca c'est difficile. » [Mia, responsable de structure]

Le point commun entre cette réflexion de Mia qui pointe les difficultés d'organisation qu'impose la présence de jeunes enfants et celle de Zoé qui se demande comment ces collègues plus jeunes parviennent à concilier le tout, c'est l'absence totale de considérations quant aux pères. Ces deux femmes, comme la majorité des autres femmes interrogées, pensent les difficultés liées à la vie de famille comme si les mères étaient seules. Il existe des auxiliaires de vie qui sont mères isolées, mais ce n'est pas la règle. Cette absence complète des pères dans les considérations sur la fatigue ou sur le temps est bien plutôt révélatrice de la persistance, au moins dans les esprits, sinon dans les faits, du déséquilibre entre les sexes dans la répartition des tâches domestiques.

Pour en revenir à la question de la fatigue, il nous faut tout de même relever que les auxiliaires de vie, pour certaines d'entre elles, conduisent un véhicule pour aller d'un

bénéficiaire à l'autre. La présence de la fatigue augmente significativement le risque routier, comme le raconte Camille, qui s'est endormie au volant :

« [...] je me suis un peu endormie [au volant] et au moment où j'ai sursauté, je voyais l'arbre et j'ai donné un coup de volant. Il n'y a rien eu mais... J'ai téléphoné à mon patron en lui disant « Stop, je prends deux jours de congés, que vous le vouliez ou non, si vous me dites non je vais chez mon médecin. » On se rend compte que finalement c'est plus possible, on peut pas mettre sa vie en danger pour aller s'occuper de personnes âgées. Il faut trouver des solutions. »
[Camille, auxiliaire de vie]

Olivia ne s'est pas endormie au volant. Elle a tout simplement eu un malaise un matin, au réveil. Ce qui lui a valu deux jours de congés. Dans les deux cas, les auxiliaires de vie ont accumulé sur une période importante une fatigue continue. Comme le dit Olivia dans son cas : *« [...] un matin je me suis levée et boum ! Voilà c'est le surmenage. »*. Dans ces cas extrêmes, la fatigue du métier s'est combinée avec des contraintes organisationnelles particulières (planning chargé, collègues absents, etc.) qui ont amené les auxiliaires de vie à dépasser la mesure en termes d'investissement dans leur tâche. Il s'agit donc de situations exceptionnelles, mais elles illustrent bien le degré de fatigue lié à l'exercice de ce métier. Jacob, responsable de structure, pointe ce risque : *« Avec la fatigue il peut arriver des accidents bêtes liés tout simplement à la fatigue. »*. Cette usure, cette fatigue fait globalement consensus parmi les gens rencontrés. Et elle se décline aussi bien de façon aiguë, avec le risque d'accident dont il a été question, que de façon plus chronique, avec un impact constant sur les corps.

8.2.3 Un travail moins perçu comme stressant que les autres

Si la dimension « fatigue » ressort nettement dans les réponses apportées au questionnaire Sumer, la différence est moins marquée pour l'appréciation portant sur le caractère stressant du travail. Comme pour la fatigue, le principe est de répondre en attribuant une note allant de 1 (pas du tout stressant) à 10 (extrêmement stressant) à la question : *« Dans l'ensemble, estimez-vous que votre travail est stressant ? »*. La moyenne pour les salariées « Services à la personne » est de 5,8, contre 6,1 hors « Services à la personne ». En l'absence de définition précise du qualificatif de « stressant » dans le questionnaire, il est difficile de se représenter

avec certitude ce que les salariés imaginent être un travail stressant. Il est certain que la notion de stress n'est pas très présente dans nos entretiens. Les deux seules à utiliser spontanément ce mot sont toutes les deux des jeunes femmes et leur emploi du mot « stress » n'est pas forcément concordant en termes de signification : pour Camille c'est plutôt une composante du métier qui découle logiquement du niveau de responsabilité, pour Léa il s'agissait davantage d'un sentiment d'angoisse dans le cadre d'une intervention auprès de bénéficiaires particuliers :

« On stresse toujours parce qu'à domicile on a quand même beaucoup de responsabilités. Si on fait tomber quelqu'un, s'il arrive quoi que ce soit c'est notre faute ! Donc c'est vrai c'est pas évident. » [Camille, auxiliaire de vie]

« [...] j'étais très stressée par la route, par le temps, par en plus j'avais des cas assez lourds le soir donc. Déjà ça, ça me stressait parce que pour moi c'était des gens qui n'avait, après c'est mon avis et voilà c'était le choix de la famille de laisser les personnes chez eux, mais pour moi c'était des gens qui avaient besoin de soins hospitaliers et qui n'avaient plus rien à faire chez eux donc ça se passait très, très mal parce que j'étais angoissée, parce que la personne n'était pas bien quand on la manipulait, enfin c'était vraiment difficile. Donc tout ça c'était un stress en plus. » [Léa, auxiliaire de vie]

Interrogées sur les activités pratiquées en cas de fatigue ou de stress, les salariées « Services à la personne » se démarquent nettement. En dépit du poids de la fatigue dans leurs déclarations, elles sont en effet moins nombreuses que les autres salariées à déclarer dormir davantage (36 % vs. 48 %) et sont en revanche plus grandes consommatrices de produits culturels : la lecture ou l'écoute de musique est en effet la pratique la plus couramment déclarée par les salariées « Services à la personne » (48 % vs. 39 %) et la télévision n'est pas en reste (27 % vs. 18 %). L'augmentation de la consommation de tabac ou d'alcool est moins fréquemment déclarée comme une réponse à la fatigue ou au stress par les salariées « Services à la personne » que les autres (6 % vs. 11 %). En revanche, la pratique du sport est plus répandue en population générale, les salariées n'étant qu'un quart à faire du sport en cas de stress ou de fatigue, alors que les autres salariées sont près d'un tiers à avoir cette réponse.

Nos entretiens ne font pas écho à ces considérations, car la question des loisirs n'a été abordée qu'indirectement pour voir s'il y avait une répercussion du travail sur la vie quotidienne. Nous avons cependant un indice qui peut expliquer partiellement le rapport particulier des salariées « Services à la personne » avec la lecture ou la musique. En effet, les auxiliaires de vie peuvent être amenées à faire la lecture à certains de leurs bénéficiaires. Est-ce que cette pratique professionnelle amène à un rapport particulier à la lecture dans le cadre privé ? Il ne nous est pas possible de répondre, mais dans la continuité qui s'opère pour les auxiliaires de vie entre temps professionnel et temps privé, une telle « contamination » ne serait pas surprenante.

Tableau 18 : activités pratiquées en cas de fatigue ou de stress

Activité	Services à la personne	Autres salariées
Je lis ou j'écoute de la musique	39%	48%
Je dors davantage	48%	36%
Je regarde la télévision	18%	27%
Je fais du sport	30%	25%
Je mange	23%	20%
Je prends des médicaments	11%	12%
Je fais autre chose	9%	9%
Je vais voir le médecin	10%	8%
Je consomme davantage d'alcool ou de tabac	11%	6%
Je m'absente de mon travail	2%	2%

Source : données Sumer, Dares 2003. Nos traitements.

8.3 Autres éléments de jugement de la relation travail/santé

8.3.1 Le désir de changer de poste pour raison de santé

Interrogées sur un changement de poste ou de travail au cours des 12 mois précédents l'enquête en raison d'une question de santé²³, les salariées « Services à la personne » sont plus nombreuses à déclarer avoir tenté mais en vain un tel changement (6 % vs. 2 %). Les salariées

²³ « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous changé de poste ou de travail en raison de votre état de santé ? »

SAP sont moins nombreuses à répondre qu'elles n'ont pas de problème de santé justifiant un changement (19 % vs. 29 %) : il est tentant d'en conclure qu'elles sont plus nombreuses à ressentir un problème de santé qui pourrait justifier un changement de poste, mais qu'elle ne font pas la démarche. Comment comprendre cette particularité ? Du fait de la grande différence de structure d'âge entre les salariées « Services à la personne » et les autres salariées, nous devons inclure ce paramètre de l'âge dans nos tris, l'avancée en âge pouvant raisonnablement amener à une probabilité plus importante de rencontrer des problèmes de santé, toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 19 : proportion de salariées selon la réponse à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous changé de poste ou de travail en raison de votre état de santé? »

	Services à la personne	Autres salariées
Oui	1,6%	2,8%
Non, mai j'ai essayé	5,5%	2,3%
Non	73,8%	65,7%
Non, pas de problème de santé	19,1%	29,2%
Total	100,0%	100,0%

Source : données Sumer, Dares 2003. Nos traitements.

Tableau 20 : proportion de salariées « services à la personne » selon l'âge et la réponse à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous changé de poste ou de travail en raison de votre état de santé? »

	Moins de 40 ans	40 ans ou plus	Ensemble
Oui	2,8	1,3	1,6
Non, mai j'ai essayé	6,6	5,3	5,5
Non	78,2	72,6	73,8
Non, pas de problème de santé	12,4	20,9	19,1
Total	100,0	100,0	100,0

Source : données Sumer, Dares 2003. Nos traitements.

Tableau 21 : proportion de salariées hors « services à la personne » selon l'âge et la réponse à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous changé de poste ou de travail en raison de votre état de santé? »

	Moins de 40 ans	40 ans ou plus	Ensemble
Oui	2,8	2,8	2,8
Non, mai j'ai essayé	2,4	2,1	2,3
Non	59,9	72,4	65,7
Non, pas de problème de santé	34,9	22,7	29,2
Total	100,0	100,0	100,0

Source : données Sumer, Dares 2003. Nos traitements.

Or nous avons la surprise d'observer qu'au sein des salariées « services à la personne », les femmes âgées 40 ans ou plus sont plus nombreuses à déclarer ne pas avoir de problème de santé justifiant un souhait de changer de poste que celles âgées de moins de 40 ans (21 % vs. 12 %), évolution inverse de celle observée pour les autres salariées. La lecture qui s'impose immédiatement est celle d'un effet « travailleur sain », bien connu en épidémiologie : les personnes au travail sont en meilleure santé que les personnes ne travaillant pas, l'état de santé étant un facteur de sélection dans l'accès au travail. Appliqué à notre champ, cela signifierait que les salariées « services à la personne » de plus de 40 ans sont « sélectionnées sur leur bon état de santé ». Ce résultat est difficile à mettre en cohérence avec l'ensemble du tableau que nous avons dressé du métier. Il nous reste alors à considérer que les salariées « services à la personne » ne justifient pas leur souhait de changement par leur état de santé, mais pour d'autres raisons. Parmi celles que nous avons rencontrées, certaines ont évoqué le souhait de quitter l'intervention à domicile. Et ce n'est effectivement pas l'état de santé qui est mis en avant, mais, comme dans les propos d'Alice, auxiliaire de vie, c'est la perspective de travailler en structure, en équipe qui motive les volontés de changement.

« Donc depuis 2004, je suis auxiliaire de vie. Et au bout donc de 9 ans maintenant, 8 ans, ça ne me convient plus. [...] Donc la solitude commence à être vraiment, à peser lourdement. Et donc l'année dernière, j'ai entrepris une VAE pour obtenir le diplôme d'AMP, aide médicopsychologique, que j'ai eu il y a 3 semaines et donc je pense qu'en janvier, je vais abandonner ce métier d'AVS pour être AMP en structure. » [Alice, auxiliaire de vie]

En dépit du regard critique très partagé sur les conditions de vie en institution, les auxiliaires de vie à domicile perçoivent bien la grande différence qu'il y a pour elles à travailler en structure plutôt qu'à domicile : la fin de la solitude.

« Certaines ont, expriment le souhait, l'envie d'aller travailler dans une équipe où on est pas tout seul à domicile. Dans une maison de retraite, dans une MAS. »
[Mia, responsable de structure]

Alors nous nous heurtons ici à une limite conceptuelle que nous nous attendions à rencontrer : s'agit-il de santé ou non ? La solitude que les auxiliaires de vie veulent fuir en allant travailler en établissement relève-t-elle d'une question de santé ? Reprenons la formule d'Alice, auxiliaire de vie : *« la solitude commence à être vraiment, à peser lourdement »*. Cette solitude qui pèse, pouvons-nous la considérer comme une question de santé ? Il ne fait guère de doute que nous pouvons considérer la solitude comme un déterminant de la santé : à ce titre les auxiliaires de vie qui veulent mettre fin à leur isolement tentent d'intervenir sur leur santé en agissant sur l'un des déterminants. Mais elles ne le formulent pas comme cela : la fin de la solitude est proposée comme une fin en soi. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question des limites et définitions de la santé, qui sont très directement interrogées par cet enjeu de la solitude.

8.3.2 Des arrêts-maladie plus fréquents et plus longs

Partiellement plus simples à interpréter, les arrêts-maladie sont une façon intéressante d'aborder la question de la santé et du travail : en effet, l'interaction d'un tiers (le médecin prescripteur de l'arrêt) en fait un critère relativement objectif. Nous pouvons considérer que les arrêts de travail sont globalement justifiés par l'existence d'une cause médicale. L'inverse n'est pas toujours vrai, toutes les causes médicales ne débouchant pas sur un arrêt de travail. En effet, il existe un certain nombre de situations où les patients ne souhaitent pas être arrêtés, comme nous le montrent nos travaux sur la relation que les médecins généralistes entretiennent avec la question de l'articulation santé – travail (Polesi, 2013). Nous avons des raisons de soupçonner que les auxiliaires de vie n'ont pas recours aux arrêts de travail comme elles le pourraient. En effet, dans un certain nombre d'entretiens, les auxiliaires de vie refusent plus souvent d'être mises en arrêt de travail, en raison de la répercussion que cela peut avoir sur la prise en charge de leurs bénéficiaires et sur le travail des collègues. Camille

relate ainsi une période où la charge de travail était importante, en raison d'absences trop fréquentes :

« Il y avait juste pas assez de main-d'oeuvre ouais ! C'est ça ! Il y en aurait eu assez s'il n'y avait pas eu tellement d'arrêts maladies ! Mais bon comme dans toute boîte, il y a des filles qui en profitent, qui se mettent en arrêt toutes les deux semaines pour des raisons un peu stupide, et du coup ben on en pouvait plus. A chaque fois c'était les mêmes qui prenaient et puis « trop bonne trop conne » comme on dit ! » [Camille, auxiliaire de vie]

Le jugement que porte Camille sur les arrêts de travail « *pour des raisons un peu stupides* » témoigne plus de la persistance de représentations que d'une réalité. En effet, les omnipraticiens libéraux sont soumis à un tel contrôle de la part des caisses primaires d'assurance maladie que, si jamais une époque des arrêts de travail de complaisance a existé, elle est belle et bien révolue.

Au moins pouvons-nous être confiant dans le fait que derrière un arrêt de travail se trouve, dans la grande majorité des cas, un problème de santé. Interrogées à ce sujet dans le cadre de l'enquête Sumer, seules 15 % des salariées « services à la personne » déclarent n'avoir eu aucun arrêt de travail au cours des douze mois précédant l'enquête, alors que cette proportion est de 21 % chez les autres salariées. En moyenne les salariées « services à la personne » déclarent 1,44 arrêts de travail contre 1,26 pour les autres salariées. Le nombre d'arrêt de travail n'est cependant pas un indicateur totalement satisfaisant : le motif initial de l'arrêt et notamment l'importance du problème de santé concerné viennent moduler de façon importante la durée de ces arrêts. En temps cumulé d'arrêt de travail au cours des 12 mois précédant l'enquête Sumer, les salariés affichent des durées moyennes très différentes : les salariées « services à la personne » affichent une durée moyenne d'arrêt nettement supérieure aux autres salariées (24,6 jours vs. 14,4 jours). C'est encore plus marqué pour les salariées « services à la personne » de 40 ans ou plus, qui affichent une moyenne de 27,9 jours, soit 10 jours de plus que les autres salariées de 40 ans ou plus.

Tableau 22 : durée cumulée moyenne des arrêts maladies au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le secteur et la tranche d'âge

	Services à la personne	Autres salariées
Moins de 40 ans	16,1	12,3
40 ans ou plus	27,9	17,2
Total	24,6	14,4

Source : données Sumer, Dares 2003. Nos traitements.

Ces valeurs semblent faire clairement écho à la perception qu'ont les auxiliaires de vie du caractère fatigant de leur métier. Pour autant, nous devons prendre garde à la moyenne, en raison de sa sensibilité aux valeurs extrêmes : le calcul d'une médiane confirme la différence entre salariées « services à la personne » et salariées hors « services à la personne »: la durée d'arrêt maladie médiane est de 12 jours pour les premières, soit deux fois la valeur médiane de l'arrêt maladie des secondes, qui n'est que de 6 jours. Cela peut correspondre au refus de prendre des arrêts de travail de courte durée « *pour des raisons un peu stupide* » dont parlait Camille ci-dessus. Cela confirme en tout cas un décalage : les auxiliaires de vie sont moins nombreuses à prendre des arrêts de travail de faible durée que les autres salariées.

8.3.3 La fatigue mentale liée au travail de care

Une des particularités du métier dont nous avons parlé est la multiplicité des sites d'intervention et la charge mentale correspondant au besoin permanent d'adaptation. Cette adaptation est clairement identifiée comme une source de « fatigue », d'usure, aussi bien par les auxiliaires de vie que par les responsables.

« Mais sinon je pense qu'effectivement c'est le fait d'aller d'un client à l'autre qui crée de la fatigue aussi. Le fait de devoir s'adapter d'une situation à une autre. »
[Maélie, responsable de structure]

« Oui, pour moi je trouve c'est ce qui est le plus dur. Oui, dans ce métier là, je trouve que c'est ce qui est le plus dur. Parce que les tâches, une fois qu'on les a bien en main ben ça va tout seul quoi. Après, le problème, ce qui est peut être usant, pour moi par exemple, c'est de passer d'une personne à l'autre, de tout

retenir, de tout enregistrer quoi, donc là ça peut être fatiguant. » [Florence, auxiliaire de vie]

Mais ces termes en disent finalement peu sur ce qu'est cette fatigue. Quel est l'impact de cette sollicitation permanente sur la vie des auxiliaires de vie ? La conséquence très directe de cette charge est une forme d'hébétéude, qui conduit en quelque sorte les auxiliaires de vie à n'être plus nulle part chez elles : lorsque l'effort d'adaptation requis cesse, même l'environnement privé devient étranger. Devenir étrangère chez soi à force d'avoir été familière chez les autres, voilà le paradoxe auquel peuvent se trouver confronter les auxiliaires de vie.

« Ils ont un petit bout de vie à chaque endroit. C'est assez étonnant. Et donc une des salariées, me disait, qu'en ce moment elle oubliait plein de trucs. Et moi je suis persuadée que ça fait ça. Elle reconnaît qu'elle ne l'oublie pas pour, chez ses clients. Mais du coup chez elle, quand elle est chez elle ça... elle baisse l'attention et du coup elle sait plus où sont ses clés, où sont ... Voilà. » [Laurence, responsable de structure]

Cela va bien au-delà de la seule fragmentation des espaces et des temps d'intervention, qui sont pourtant des éléments importants de pénibilité. Les ressors du *care*, qui requièrent une mobilisation complète dans chaque situation, amènent en quelque sorte à une fragmentation des personnes. C'est ce que Laurence, responsable de structure, évoque lorsqu'elle parle de « *petit bout de vie à chaque endroit* ». Ces « petits bouts de vie », s'ils relèvent véritablement des fondamentaux de l'intervention des auxiliaires de vie, constituent une difficulté majeure, dans le sens où il s'agit bel et bien d'être à chaque fois « entière » : les confusions entre bénéficiaires ou les oublis sont autant de marqueurs d'un état de fatigue mentale. Se rajoute en outre la disponibilité qu'il faut afficher face aux plaintes et aux récits des bénéficiaires.

« C'est des choses qu'on doit garder en tête tous les jours. Alors parfois on oublie, on confond avec les autres bénéficiaires. Donc c'est pas évident. Donc on rentre le soir « Mince, j'ai oublié ça. J'ai pas fait ça ». C'est parfois un peu difficile quoi. Parfois je suis un peu irritable parce qu'on est fatigué parce que quand arrive le soir et qu'on rentre à la maison on a pas envie d'écouter les soucis de l'autre parce qu'on se dit « C'est bon toute la journée j'en ai écouté. ». » [Camille, auxiliaire de vie]

Cette dernière précision de Camille qui dit en avoir « *toute la journée [...] écouté* » renvoie clairement au besoin d'attention que requiert l'exercice de la sollicitude. Etre à l'écoute de la plainte, même si cela ne doit pas conduire à la réalisation d'une action, fait également partie de la prise en charge : en fin de journée, la fatigue est aussi celle d'avoir été inconditionnellement attentive.

9 La reconnaissance des pathologies liées au travail

9.1 L'inadaptation du système de reconnaissance aux femmes

Nous avons déjà évoqué brièvement le fait que le système de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles est, en France comme dans beaucoup d'autres pays, construit sur une vision du travail masculin et industriel. Il s'ensuit que la reconnaissance des accidents du travail ou des maladies professionnelles est plus complexe pour les femmes que pour les hommes, et que l'information supposée disponible à travers les systèmes statistiques des assurances santé n'est pas toujours pertinente pour nous informer sur l'impact du travail sur la santé des travailleuses. Isabelle Probst résume bien ce constat :

« Au final, les statistiques des maladies professionnelles renseignent plus sur le système d'indemnisation et la manière dont il est utilisé que sur les atteintes à la santé dues au travail. Les rapports sociaux de sexe structurent aussi bien l'assurance accidents que les pratiques de déclarations et la manière dont les assureurs jugent des cas qui leur sont annoncés. Les biais qui en découlent sont d'autant plus importants à étudier que les statistiques des assurances accidents influencent les politiques de prévention. Se focaliser sur les maladies reconnues contribue à occulter une grande partie des risques que les femmes subissent dans le cadre de leur activité salariée, mais aussi ceux que subissent les hommes dans des emplois qui n'ont pas été historiquement identifiés comme dangereux. »
(Probst, 2014)

Trois niveaux de filtre sont à considérer selon Probst, qui rejoint ainsi les arguments déjà développés par d'autres (Vogel, 2011) (Tieves, 2011) :

- La façon même dont le système de déclaration est conçu est défavorable aux femmes, en raison d'une conception fondée sur un modèle masculin et industriel du travail. Certains tableaux comportent par exemple des durées minimales d'exposition, que les femmes peuvent ne pas remplir simplement du fait des arrêts de travail pour maternité ;
- Les pratiques de recours et de déclaration diffèrent selon les sexes : les femmes ont moins recours au système. La pratique de la sous-déclaration est globale, mais les

normes de genre dans la perception des liens entre santé et travail accentuent la sous-déclaration des femmes ;

- Le jugement porté sur le caractère professionnel des atteintes déclarées est défavorable aux femmes, toujours en raison de sa conception fondée sur un modèle masculin industriel.

Nous pouvons cependant nous pencher brièvement sur les statistiques officielles proposées par l'assurance maladie en France, en charge de la couverture de santé des salariés. Car une fois que toutes les limites du système de reconnaissance sont posées, il reste un socle de reconnaissances attribuées, qui constitue une forme de « réalité minimale ». Malheureusement, les données ne sont pas accessibles à un niveau fin permettant les traitements statistiques que nous voudrions pouvoir réaliser en croisant profession, sexe et reconnaissance. Les données de reconnaissance et d'indemnisation ne sont en effet disponibles qu'à un niveau extrêmement agrégé et selon les nomenclatures internes de l'assurance maladie. Il faut en effet savoir que les événements (accidents ou maladies) sont classés par numéro de risque, le numéro de risque étant attribué par l'Assurance Maladie –Risques Professionnels à chaque établissement en fonction de l'activité exercée par la majorité de ses salariés, à des fins de tarification et de prévention. En outre, si des regroupements de données sont proposés par grandes familles, une comparaison entre un secteur précis et l'ensemble des salariés n'est en revanche que ponctuellement possible, lors de l'établissement de rapports statistiques spécifiques.

9.2 Les données de reconnaissance

9.2.1 Une fréquence d'accidents du travail importante dans les données de reconnaissance

Commençons par rappeler la définition officielle d'un accident du travail, qui est dans sa rédaction relativement large puisqu'elle pose que tout accident survenant dans le cadre du travail est susceptible d'être reconnu comme accident du travail, même si nous aurons l'occasion de voir qu'entre ce principe de base et son application concrète les choses deviennent un peu plus complexes :

« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. » (article L.411-1 du Code de la Sécurité Sociale)

Pour les services d'aide sociale à domicile (numéro de risque 853AB dans la nomenclature spécifique de l'assurance maladie, inclus dans le regroupement du Comité technique nationale I (CTN I)), qui regroupent les auxiliaires de vie et les aides ménagères, les données 2012 nous permettent en premier lieu d'accéder à une fréquence des accidents du travail. Sur un total de 152 261 salariés enregistrés, 12 185 accidents du travail ont été enregistrés. L'indice de fréquence²⁴ d'accidents du travail du secteur est donc de 80 accidents pour mille salariés. A titre de comparaison, l'indice de fréquence des accidents du travail pour l'ensemble du CTN I, regroupement auquel appartient le numéro de risque 853AB, est de 44 soit près de deux fois inférieur. A titre de comparaison toujours, le CTN A, qui recouvre la métallurgie, affiche en 2010 un indice de fréquence d'accident du travail de 34, le CTN B, qui couvre le bâtiment et les travaux publics (hors bureaux), présente un indice de fréquence de 68. La différence est donc manifeste entre les métiers regroupés sous le numéro de risque 853AB et les autres emplois, car l'indice de fréquence pour l'ensemble des salariés couverts est de 35 accidents pour 1 000 salariés en 2012.

Tableau 23 : indice de fréquence des accidents du travail reconnus selon le groupe professionnel

Groupe professionnel	Indice de fréquence
Risque 835AB	80
CNT I (services)	44
CTN A (métallurgie)	34
CTN B (BTP)	68
Tous CTN	35

Source : statistiques 2012 de l'Assurance maladie.

²⁴ L'indice de fréquence est obtenu par la formule suivante : nombre des accidents avec arrêt/effectif salarié) x 1 000

Et pourtant nos comparaisons sont fautives, ou tout du moins partielles, puisqu'elles ne prennent pas en compte la quantité d'heures travaillées. Or, toutes choses égales par ailleurs, il est évident que plus le nombre d'heures travaillées augmente, plus le risque de survenue d'un accident augmente également. Les services à la personne représentent un secteur d'emploi ou le temps partiel est très répandu, et il faut donc tenir compte de cette réalité pour mieux évaluer la sinistralité du secteur qui nous intéresse.

Il apparaît que le taux de fréquence²⁵ des accidents du travail pour les métiers du risque 835AB est de 52. La consultation du tableau suivant permet d'observer que ce taux est très nettement supérieur à ce qui est observé pour tous les autres secteurs confondus.

Tableau 24 : taux de fréquence des accidents du travail reconnus selon le groupe professionnel

Groupe professionnel	Taux de fréquence
Risque 835AB	52
CNT I (services)	30
CTN A (métallurgie)	21
CTN B (BTP)	44
Tous CTN	24

Source : statistiques 2012 de l'Assurance maladie.

En dépit de tout ce que nous avons pu dire sur l'inadaptation du système de réparation et de reconnaissance aux travaux assurés majoritairement par des femmes, les salariées du risque 835AB présentent un taux de fréquence d'accidents du travail plus de deux fois supérieur à l'ensemble des salariés français couverts par l'assurance maladie, et nettement supérieur à celui de secteur réputés « pénibles » comme le BTP ou la métallurgie.

9.2.2 Limites des statistiques de reconnaissance des accidents du travail

Il existe dans différentes branches de métier des stratégies de non-déclaration volontaire des accidents les moins graves. Nicolas Jounin a par exemple décrit ces stratégies dans le monde

²⁵ Le taux de fréquence est obtenu avec la formule suivante : nombre des accidents avec arrêt/heures travaillées) x 1 000 000

du bâtiment : pour éviter de voir leurs cotisations grimper, les employeurs « motivent » leurs salariés à ne pas avoir d'accident de travail. Une prime est gagnée si à la fin d'une période donnée, personne n'a eu d'accident. Afin de conserver le bénéfice de la prime, les salariés vont alors assurer eux-mêmes les secours en cas de besoin afin de rendre l'accident invisible. Un salarié blessé par une fracture à la jambe sera ainsi déposé à l'hôpital pas un collègue, afin de se faire prendre en charge sans déclaration d'accident du travail (Jounin, 2009). La réalité des accidents du travail peut donc être inférieure à ce qui apparaît dans les statistiques officielles du fait même des techniques de contournement mises en œuvre par les salariés, sous la motivation des employeurs.

Dans notre corpus, nous n'avons rien observé de tel, mais simplement un non-recours fréquent au système. D'une part, les auxiliaires de vie ne sont pas forcément au courant de la façon dont les choses se passent en matière de déclaration : pour cet aspect technico-administratif, elles s'en remettent assez facile aux gens du « bureau », c'est-à-dire aux administratifs qui gèrent la structure. Nathan raconte ainsi son premier accident du travail : faisant une expérience à laquelle il n'avait pas été confronté dans ses emplois antérieurs, il ignore qu'il faut procéder à une déclaration.

« Coup de téléphone au bureau. Moi, accident du travail, tout ça, je ne connaissais pas. Agent de sécurité, je n'avais jamais eu d'accident. Au standard de SOS encore moins. Donc je ne connaissais pas et voilà. J'apprendrais plus tard que c'était bien pourtant que j'insiste. Parce que le bureau ne me l'a pas proposé, l'accident du travail. » [Nathan, auxiliaire de vie]

Et même lorsque les auxiliaires de vie sont au courant de la procédure, elles n'en voient pas vraiment l'intérêt. Il faut rappeler que nous n'avons interrogé que des personnes en activité. Peut-être qu'auprès d'inactifs en arrêt maladie ou en invalidité, les propos tenus auraient pu être différents. Mais le fait est que ce qui se passe réellement au domicile des bénéficiaires reste caché à l'appréciation des responsables, qui ne peuvent accéder à cette réalité que par les récits des uns ou des autres : que l'auxiliaire ne déclare pas un éventuel accident parce qu'elle ne sait pas qu'elle peut le déclarer ou qu'elle ne le déclare pas parce qu'elle n'en voit pas l'intérêt, le résultat final est le même du point de vue du responsable de structure. Il est d'ailleurs significatif que, comme dans l'exemple du bâtiment que nous avons donné plus haut, la non-déclaration soit invisible aux yeux des responsables des « bureaux ». Et cela ne

résulte pas forcément d'une politique globale d'invisibilisation souhaitée par l'employeur. Mia, responsable de structure, se réjouit ainsi de la baisse des accidents du travail déclarés, l'expliquant par les bénéfices des formations « gestes et postures » :

« Mais là j'ai fait la semaine passée, un état des lieux des accidents de travail et des causes d'accident de travail. On en a quand même très peu. Les causes c'est majoritairement des accidents de trajet et de manutention. Mais depuis les deux dernières années, on n'a pratiquement plus de cause d'accident de travail liée à la manutention. Elles sont formées. Tous les ans, il y a une journée pour tout le monde de manutention, une piqûre de rappel. Ils appliquent ou ils n'appliquent pas. Moi je ne suis pas dans les domiciles, donc je ne vois pas. Mais je constate que les accidents de travail liés à la manutention y en a beaucoup moins ! » [Mia, responsable de structure]

Ce que nous pouvons également lire, dans ces propos, c'est d'une part que, dans la façon dont sont présentées les choses, les salariées n'ont plus vraiment droit à l'erreur, puisqu'elles sont formées et maintenues à niveau de compétence par des « *piqûres de rappel* » annuelles. D'autre part, il est difficile de ne pas retenir la construction étrange du propos :

1. Il y a moins d'accidents de manutention déclarés ;
2. C'est grâce aux formations ;
3. Je ne peux pas savoir si les salariées appliquent les formations ;
4. Tout ce que je peux savoir, c'est qu'il y a moins d'accidents déclarés.

En fait, Mia n'a pas d'idée précise sur les raisons qui expliquent cette baisse des accidents de travail, mais elle s'en réjouit. Nous ne pouvons qu'être étonné de constater que Mia ne cherche pas à savoir si les salariées mettent réellement en œuvre les principes de manutention qui leur sont communiqués lors des formations, alors que certaines d'entre elles nous ont confié en entretien combien l'écart entre le réel et le prescrit pouvait être important :

« Plier le genou, garder le dos droit, après ce n'est pas, dans tous les cas, ce n'est pas possible quoi. Parce qu'en structure, par exemple, il y a des trucs bien adaptés pour. Au domicile, le lit ne monte pas [...]. » [Florence, auxiliaire de vie]

Cette faible motivation à vérifier les causes d'une baisse de la déclaration est d'autant plus marquante que lorsque la situation évolue dans l'autre sens, il y a tout de suite une réaction, comme c'est le cas avec Maélie, autre responsable de structure, qui a vu ses données d'absentéisme augmenter de façon très importante. Elle a donc tenté de connaître les raisons de cet absentéisme :

« On a un taux d'absentéisme assez élevé. Et on a fait effectivement des enquêtes auprès des salariés pour voir ; est-ce que c'était les conditions de travail, est-ce que c'était la pénibilité et autre. Il en ressort pas spécifiquement de la pénibilité au travail. Bon elles ont une fatigue physique et psychologique en fonction des postes. » [Maélie, responsable de structure]

Nous sortons du strict champ des accidents du travail, mais le propos de Maélie mérite d'être cité. D'une part parce que sa réaction est nettement différente de celle de Mia : lorsque les accidents déclarés baissent, on ne cherche pas à savoir pourquoi, en revanche que l'absentéisme augmente et on met en œuvre des enquêtes. Alors que la méconnaissance des mécanismes des évolutions constatés est préjudiciable dans les deux cas : une baisse des déclarations peut relever, certes, d'une amélioration réelle de la situation mais également d'une sous-déclaration ou d'une modification des modalités de prise en charge. Ne pas chercher à savoir pourquoi la situation s'améliore *dans les chiffres*, s'est confondre la fin et les moyens. D'autre part, nous ne pouvons pas manquer de relever cet enchaînement : *« Il en ressort pas spécifiquement de la pénibilité au travail. Bon elles ont une fatigue physique et psychologique [...] »*. Le travail n'est pas pénible, il est juste fatigant...

9.2.3 Causes des accidents du travail reconnus : d'abord les accidents de plain-pied

Avant de passer à la question des maladies professionnelles, nous pouvons exploiter un peu plus avant les statistiques disponibles portant sur la cause des accidents reconnus par l'assurance maladie.

Tableau 25 : Répartition suivant l'élément matériel de l'accident du travail pour les salariées du risque 835AB

	Nombre d'accidents du travail	%
Accidents de plain-pied	3 762	31%
Objets en cours de manipulation	3 691	30%
Chutes avec dénivellation	1 682	14%
Divers, incendies, rixes	915	8%
Objets en cours de transport	826	7%
Autre	1 309	11%

Source : statistiques 2012 de l'Assurance maladie.

Pour les deux causes les plus importantes d'accident, les accidents de plain-pied et les objets en cours de manipulation, les valeurs pour l'ensemble des salariés couverts par l'assurance maladie sont de 25 % et 27 %. Par définition, la chute de plain-pied est un évènement qui conduit une personne à un déséquilibre, un faux pas, un trébuchement. Les conséquences dépendent donc de la dangerosité de l'environnement. Les accidents de plain-pied et les questions de manutention sont donc un peu plus fréquents dans le secteur de l'aide à la personne que pour l'ensemble des salariés, ce qui semble cohérent avec les éléments dont rendent compte nos interlocutrices, même si elles nous ont peu parlé de l'encombrement des domiciles ou d'autres causes probables des accidents de plain-pied. Hélène, auxiliaire de vie, est met l'accent sur cette dimension du métier qu'est la confrontation à cet environnement particulier qu'est le domicile :

« Et puis les difficultés, il y a des difficultés, par exemple la disposition des pièces, des petits escaliers, enfin, vraiment qui demandent [pause]. Ça demande une souplesse etc. Qu'on a plus forcément à un certain âge. » [Hélène, auxiliaire de vie]

Mais il n'est pas neutre qu'Hélène soit sensible à cette dimension, puisque son seul accident du travail est un accident de plain-pied : une chute dans un escalier.

9.2.4 La problème des accidents sans témoin : la production sociale d'une non-reconnaissance

Il n'est pas possible de clore cette partie sur les accidents du travail sans revenir sur la mésaventure de Nathan, que nous avons déjà cité, qui s'est vu refusé une reconnaissance en raison de la qualité de son témoin :

« Parce que finalement, tous mes accidents de travail, [...] j'en ai un qui a été reconnu. Et c'est hyper difficile, parce que vous savez ce qu'on me répondait ? Les personnes handicapées ne sont pas considérées comme témoins valables. »
[Nathan, auxiliaire de vie]

Si nous nous en tenons à ce que rapporte Nathan, alors les auxiliaires de vie, dans leur quotidien auprès de personnes handicapées ou de personnes âgées dépendante, sont de toute façon en situation extrêmement défavorable pour faire reconnaître leurs accidents du travail, car elles seront souvent privées de témoin valable. En effet, pour que la caisse primaire d'assurance maladie reconnaisse un accident comme accident du travail en l'absence de témoin, il faut que la preuve de sa survenue aux horaires et au lieu du travail soit apportée par la réunion de présomptions « *graves, précises et concordantes* » (article 1353 du Code Civil). La charge de cette preuve appartient à la victime de l'accident, et une bonne foi évidente ne sera pas suffisante à produire le niveau de présomption requis. L'arrêt rendu par la Cour de cassation le 15 mars 2012 réaffirme et inscrit dans la jurisprudence ce principe de la nécessité d'un témoin, puisque l'absence de témoin fait partie des éléments qui ont conduit la Cour à rejeter le pourvoi de la plaignante :

« Mais attendu que l'arrêt retient que s'il n'est pas contesté que Mme X... a bénéficié d'un arrêt de travail le 30 juin 2005 pour une discopathie L5- L1, puis a reçu des soins et subi une intervention chirurgicale, rien ne permet d'établir que cette pathologie a été provoquée par un accident du travail survenu le 19 juin 2005, que l'accident n'a pas eu de témoin, que la déclaration auprès de la caisse a été tardive et que le premier certificat médical faisant état d'une lésion date du 30 juin 2005 ; » (Cass. civ. 2, 15 mars 2012 né 10-27320)

Si la présence d'un témoin est une donnée incontournable pour la reconnaissance de l'accident de travail et si les bénéficiaires des auxiliaires de vie peuvent être disqualifiés en tant que témoin, alors la façon même dont la définition de la déclaration d'accident du travail est conçue est donc dans le cas des auxiliaires de vie un obstacle majeur. En ne prenant pas en compte le fait que les auxiliaires interviennent au domicile de personnes et que ces personnes sont, pour une part non négligeable d'entre elles, disqualifiées en tant que témoin d'un potentiel accident du travail, le système de reconnaissance exclut structurellement ces professionnelles.

Il est d'autant plus marquant de souligner cette limite importante du système de reconnaissance des accidents du travail que, rappelons-le, les salariées de l'aide à domicile (risque 853AB) présentent un taux de fréquence d'accidents du travail élevé, au-dessus du BTP, plus de deux fois supérieur au taux de fréquence de l'ensemble de la population salariée couverte par l'assurance maladie. Ainsi, en dépit d'un système défavorable globalement aux femmes et spécifiquement aux professionnelles de l'aide à domicile, les valeurs affichées pour ces dernières indiquent une très forte accidentalité. Cela laisse songeur quant à l'accidentalité réelle du secteur.

9.3 Les maladies professionnelles

9.3.1 Une plus grande fréquence de maladies professionnelles chez les auxiliaire de vie

Les maladies professionnelles constituent un ensemble de pathologies qui, à l'issue de négociations entre les syndicats de salariés et les représentants patronaux, sont considérées comme pouvant, sous certaines conditions, être liées au travail. Nous avons déjà présenté ce système de reconnaissance des maladies professionnelles précédemment, avec toute la rigidité du principe des tableaux qui fixent, pour chaque maladie, les conditions à remplir pour pouvoir prétendre à une reconnaissance. Sans respect de ses conditions, un salarié devrait faire la preuve du lien entre sa pathologie et son travail devant une commission régionale spécialisée. La quasi-totalité des reconnaissances ont lieu dans le cadre des tableaux de reconnaissance (Ménal, 2008)

Avec 1 001 maladies professionnelles reconnues pour 152 261 personnes en 2012, les salariés du risque 853AB affichent un taux de 6,6 maladies professionnelles reconnues pour

1 000 salariées. Pour reprendre les éléments de comparaison que nous avons utilisés au sujet des accidents du travail, le comité technique national I, regroupement d'activités auquel appartient le risque 853AB, n'affiche qu'un taux de 2,4 maladies professionnelles pour 1 000 salariés. Même des familles professionnelles réputées pénibles comme la métallurgie (CTN A) ou le bâtiment et les travaux publics (CTN B) présentent des taux de maladie professionnels (respectivement 4,3 et 4,3) bien inférieurs à celui des aides à domicile.

Tableau 26 : taux de maladie professionnelle selon le groupe professionnel

Groupe professionnel	Taux de reconnaissance
Risque 835AB	6,6
CNT I (services)	2,4
CTN A (métallurgie)	4,3
CTN B (BTP)	4,3
Tous CTN	2,9

Source : statistiques 2012 de l'Assurance maladie. Nos traitements.

Comme pour les accidents du travail, en dépit d'un système défavorable aux femmes parce que construit sur une vision masculine et industrielle du travail, les aides à domicile, dont les auxiliaires de vie, affichent un taux de maladies professionnelles plus de deux fois supérieur à celui de l'ensemble des salariés couvert par l'Assurance Maladie.

9.3.2 Un système qui ne rend que très partiellement compte des pathologies citées

Le détail des reconnaissances nous permet de les confronter à la vision obtenue à l'aide de l'étude sur les maladies à caractère professionnel que nous déjà exploitée. En termes de reconnaissance, les affections périarticulaires (tableau 57A) arrivent largement en tête des pathologies, puisqu'elles représentent 95,2 % des maladies professionnelles reconnues en 2012. Viennent ensuite les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes (tableau 98A) qui représentent 2,4 % des maladies professionnelles reconnues en 2012. Rappelons que dans les résultats de l'étude sur les maladies à caractère professionnel, les affections du rachis arrivent en seconde position des pathologies de l'appareil locomoteur : il existe donc un décalage manifeste et important entre les deux sources de données, puisque les affections du rachis ne représentent que 2,5 % des

pathologies de l'appareil locomoteur reconnues en maladies professionnelles alors qu'elles représentent 39 % des pathologies de l'appareil locomoteur identifiées comme maladies à caractère professionnel.

Il nous faut donc nous pencher sur le détail du tableau 98A pour comprendre pour quelle raison aussi peu de personnes sont reconnues *via* ce tableau. En effet, devant les effectifs atteints par les reconnaissances au titre du tableau 57A concernant les affections périarticulaires, nous étions fondés à nous attendre à un volume également important de reconnaissances d'affections du rachis lombaire, les deux groupes de pathologies apparaissant également importantes dans les résultats du recueil sur les maladies à caractère professionnel. La réponse à ce mystère est simple : il tient dans la liste très restreinte et précise des pathologies reconnues.

« Après plusieurs années d'âpres négociations, la création des tableaux 97 et 98 en 1999 a permis d'intégrer certaines atteintes du rachis lombaire dans le champ des maladies professionnelles. Mais avec des restrictions. Seules les cruralgies et sciatiques sont prises en charge, selon une définition stricte et une liste limitative d'expositions. Conséquence: nombre de pathologies du dos liées au travail échappent encore à la réparation. [...]

La désignation finalement retenue ne prend en compte que les hernies discales appuyant sur une racine nerveuse et provoquant une sciatique - c'est-à-dire une atteinte du nerf sciatique qui innerve l'arrière de la cuisse, la jambe et le pied - ou une cruralgie - c'est-à-dire une atteinte du nerf crural qui innerve le devant de la cuisse jusqu'au genou. Bien que proposée par les experts médicaux du patronat, cette définition restrictive avait été refusée par le Medef et la CGPME. D'ailleurs, le patronat a contacté le Syndicat national des rhumatologues avant même la parution des tableaux, afin d'obtenir son soutien dans les contentieux sur le mal de dos. Ainsi, depuis février 1999, certains médecins ne voient plus de hernies discales, mais des "protusions" et des "saillies" discales, termes qui ne figurent pas dans les tableaux 97 et 98. Il convient donc d'être vigilant, notamment lors de la rédaction du certificat médical de maladie professionnelle. Un certificat médical mentionnant uniquement "lombalgie" ne sera pas recevable. » (Dosso, 2008)

Comme il est possible de le lire, de grandes subtilités résident simplement dans la restriction – y compris syntaxique – du tableau à un champ réduit de pathologies. Cela implique que le salarié et son médecin traitant soient suffisamment au fait de ce niveau de détail pour ne pas faire figurer sur le certificat médical des mots comme « lumbago » ou « lombalgie », pourtant si fréquents dans la bouche des auxiliaires de vie rencontrés. Nous avons pu observer dans une étude menée sur le rapport des omnipraticiens libéraux à la santé au travail que ce niveau de maîtrise n'est atteint que par une proportion réduite de praticiens :

« A l'opposé [des médecins particulièrement impliqués dans la champ santé/travail], une part importante des médecins du groupe « témoin » méconnaît complètement ou partiellement le système de reconnaissance (présomption d'imputabilité) ou de signalement ([maladies à caractère professionnel]).

C'est donc la maîtrise des notions fondamentales qui semble faire défaut alors même que la patientèle les confronte fatalement au moins aux problématiques d'arrêt de travail et de maladie professionnelle. Cependant, en dépit de cette implication forcée, comme nous l'avons notamment relevé, ces médecins font par exemple la confusion entre maladie professionnelle et maladie à caractère professionnel. » (Polesi, 2014).

Les autres maladies professionnelles reconnues pour l'année 2012 pour les métiers de l'aide à domicile sont en effectifs trop réduits pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions générales. Tout au plus pouvons-nous signaler les 10 reconnaissances du tableau 76A (maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile) et les 4 reconnaissances du tableau 40A (maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques) : ces reconnaissances relèvent en effet du risque biologique que nous avons évoqué rapidement au chapitre des expositions. Enfin, les 3 reconnaissances au titre du tableau 65A (lésions eczématiformes de mécanisme allergique) viennent nous rappeler l'existence d'un risque chimique, même s'il est peu perçu par les auxiliaires de vie, comme nous l'avons relevé.

9.3.3 L'absence de reconnaissance de toute forme de souffrance mentale

Aucun tableau ne vient reconnaître une forme ou une autre de *burnout*, dépression, fatigue mentale, ou tout autre nom que l'on voudra bien donner à ces affections dont les auxiliaires de

vie et les responsables de structure nous parlent pourtant fréquemment, et qui arrivent en seconde place des pathologies signalées dans le recueil des maladies à caractère professionnel, après les affections de l'appareil locomoteur. Il n'existe en effet aujourd'hui aucun moyen de se voir reconnaître l'origine professionnelle d'une souffrance mentale, sauf à passer par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. Or, rappelons que les salariés, lors de leur passage devant le comité, ne bénéficient plus de la présomption d'origine et doivent prouver qu'il y a un lien direct et essentiel entre l'exposition professionnelle et la pathologie. D'autre part pour que le dossier soit accepté en examen, le salarié demandeur doit avoir une incapacité permanente partielle reconnue supérieure à 25 % ou être décédé des conséquences de la pathologie pour laquelle il demande une reconnaissance de l'origine professionnelle.

La première difficulté provient de la nécessité d'établir un lien direct et essentiel : pour dire les choses rapidement, dans le registre de la souffrance mentale, tout élément négatif de la vie privée rendra difficile voire impossible l'établissement de ce lien. En l'absence de références établies, un divorce, un licenciement ou un décès ayant eu lieu plusieurs mois avant l'apparition des symptômes peut être mis en avant pour contester le lien entre la souffrance et les conditions de travail. Cela posé, chacun peut se retourner sur les 12 derniers mois et tenter de vérifier la présence d'événements tristes ou négatifs. De surcroît, les femmes exerçant comme auxiliaire de vie sont relativement nombreuses à être dans des situations personnelles difficiles et affichent une forme plus ou moins aiguë de vulnérabilité sociale, sur notre terrain comme sur d'autres :

« Nombre des aides à domicile que j'ai rencontrées sont issues des secteurs sinistrés de l'industrie (le textile notamment), du petit commerce qui a périclité, ou encore des emplois administratifs devenus obsolètes avec l'informatisation. [...] Il n'est pas rare que ces aides à domicile soient les seules pourvoyeuses de ressources pour leur entourage. » (Avril, 2014, p. 16)

« Les aides à domicile sont, avant toute chose, des « travailleuses pauvres » sur le marché de l'emploi. [...] Par-delà les spécificités juridiques des statuts d'emploi des aides à domicile qui constitue déjà un sous-droit du travail, le temps partiel induit une précarité supplémentaire. » (Avril, 2014, p. 82)

L'enjeu que constitue l'établissement d'un lien direct et essentiel entre la souffrance mentale et la profession se dévoile dans toute sa difficulté. D'autant que la construction d'un dossier à destination du comité demande un minimum de combativité, ce qui fait généralement défaut chez les personnes en situation de souffrance mentale. En outre et pour finir, comme toutes les démarches technico-administratives, la création d'un tel dossier demande une certaine facilité dans la relation au support écrit, ce qui n'est pas la caractéristique la plus partagée des auxiliaires de vie.

10 Conclusion

Au terme de notre recherche, nous allons revenir de façon synthétique sur les principaux apports de nos travaux. Nous commencerons par souligner un point selon nous marquant : le fait que la pénibilité du travail des auxiliaires de vie soit largement observable dans les données existantes (Sumer 2003 ou données de reconnaissance de l'assurance maladie). Ensuite nous reviendrons sur les principaux éléments apportés par les entretiens avec les auxiliaires de vie et les responsables de structure. Cela nous conduira à nous interroger sur la façon dont tout cela fait sens dans le contexte social et économique contemporain. Nous achèverons sur une proposition théorique visant à outiller différemment les travaux portant sur le *care* ou la santé, en invitant à prendre en considération l'œuvre de Spinoza.

10.1 Ce qui ressort des éléments empiriques

10.1.1 L'évidence à portée de main

Le premier constat que nous pouvons faire est que les atteintes à la santé des auxiliaires de vie ne sont pas, pour une part d'entre elles, si difficiles que cela à observer. En effet, les données quantitatives que nous avons pu traiter ou exploiter suffisaient à établir l'importance de la pénibilité physique et des conséquences de cette pénibilité.

10.1.1.1 Sumer 2003

Nous songeons en premier lieu à l'enquête Sumer 2003. Nous avons observé les limites des modalités de recueil, manifestation inadaptées à un certain nombre d'emplois occupés principalement par des femmes. En particulier, nous avons relevé que le recueil des contraintes posturales était insuffisant à rendre compte du détail des contraintes rencontrées par les auxiliaires de vie : rappelons que pour 63 % des salariées « services à la personne », la variable « autre contrainte posturale » est sélectionnée, ce qui n'est le cas que pour 19 % des autres salariées. Le recueil par posture utilisé est construit sur un modèle industriel de la sollicitation des corps, avec des mouvements et des contraintes bien identifiés, héritage probable du taylorisme, comme par exemple la position fixe de la tête et du cou. L'importance de l'écart observé quant à la déclaration d'autres contraintes posturales par rapport à celles listées (44 points d'écart soit plus de trois fois plus) indique combien ce recueil n'est pas pertinent pour traduire de façon satisfaisante les contraintes physiques qui

pèsent sur les auxiliaires de vie. Précisons que, dans le déroulement de l'enquête Sumer, cette partie du recueil est opérée par les médecins du travail, sur interrogatoire des salariés : s'il existe un biais de recueil, il ne peut donc être cherché dans la façon dont les auxiliaires de vie décrivent leur métier, mais éventuellement dans un hypothétique positionnement particulier des médecins du travail par rapport au métier d'auxiliaire de vie à domicile.

Outre un effet immédiat d'occultation partielle, il convient de bien mesurer également que cette liste standard est également celle des mouvements réputés avoir des répercussions sur la santé des salariés : par exemple la contrainte des bras maintenus en l'air est un facteur de risque reconnu de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule (tableau 57 des maladies professionnelles : Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail). Comment pouvons-nous comprendre le fait que ces postures, qui sont justement celles connues pour avoir de possibles répercussions sur la santé des salariés, ne suffisent pas à épuiser les contraintes rencontrées par les auxiliaires de vie ? En tous cas, une conclusion s'impose : 63 % des salariées « services à la personne » sont exposées à des contraintes posturales qui à elles seules ne leur amèneront aucune reconnaissance en tant que maladie professionnelle.

Mais ces contraintes posturales « autres » ne sont pas les seules à affecter les salariées « services à la personne ». En effet, même si les contraintes listées ne suffisent pas à rendre compte pleinement des sollicitations auxquelles ces salariées sont soumises, elles permettent tout de même d'éclairer la pénibilité du métier. En effet, qu'il s'agisse de manutention de charges, de position à genoux, de piétinement ou encore de maintien de bras en l'air, les salariées « services à la personne » affichent des proportions d'exposition largement supérieures aux autres salariées, avec des rapports qui vont de 1,5 à plus de 3. Encore une fois, l'importance de ces écarts et les modalités de recueil rendent suspecte l'idée d'un biais de recueil qui entacherait spécifiquement les salariées « services à la personne ».

Sur la base d'une enquête comme Sumer, malgré les limites que nous avons pointées et qui ne font probablement pas le tour de la question, il est donc tout-à-fait possible d'observer la pénibilité physique du travail des salariées « services à la personne ». C'est-à-dire que même à partir d'une procédure de recueil élaborée sur le modèle du travail masculin industriel et peu adapté aux autres types de travaux, nous parvenons à éclairer la pénibilité physique d'un travail féminin non-industriel comme celui d'auxiliaire de vie. Cela amène immédiatement à

une autre remarque. Dans un contexte social et politique où la pénibilité du travail est devenue un enjeu de négociation et une façon de moduler l'âge de départ à la retraite des salariés à l'aide du « compte pénibilité », nous ne pouvons qu'être dubitatif devant la possibilité des femmes occupant des emplois non industriels à accéder à un décompte de points rendant compte de la réelle pénibilité de leurs tâches. Mais notre observation amène également à poser deux questions. Tout d'abord nous pouvons nous demander ce que serait l'évaluation des contraintes physiques auxquelles sont soumises les femmes « services à la personne » à partir d'un outil plus adapté qui ne passerait pas structurellement sous silence une partie de ces contraintes. Une extension ou une refonte du recueil ferait-elle apparaître simplement une plus grande pénibilité physique des travaux féminins, ou contribuerait-elle à une meilleure évaluation globale de la pénibilité physique ?

Seconde question à laquelle nous amènent nos observations : devant les résultats que nous avons obtenus avec des traitements statistiques très simples à partir de la base de données Sumer, comment se fait-il que la pénibilité du travail des auxiliaires de vie ne soit pas mieux prise en compte, alors que la preuve manifeste en est à portée de main ? Car il s'agit là d'un des résultats de nos travaux : sur la base du traitement des données de l'enquête Sumer, les salariées « services à la personne » apparaissent clairement et manifestement exposées à un nombre important de facteurs de risques ostéoarticulaires. La réponse est d'abord à chercher dans la manifestation des effets symboliques des rapports sociaux de sexe : les métiers à effectifs majoritairement féminins sont pensés comme n'étant que des « métiers de femmes », c'est-à-dire considérés *a priori* comme peu pénibles. Ceci est probablement lié à la faible valeur sociale qui leur est accordée par la division sexuelle du travail.

A partir de là, même l'objectivation de la pénibilité grâce à des chiffres produits par un appareil de recueil reconnu et scientifiquement valide apparaît insuffisante pour arriver à briser cet *a priori* de non-pénibilité. C'est ainsi qu'un document scientifique présentant des données sur le port de charges comme celui que nous avons cité dans le corps de notre texte (Dares, 2006) peut ignorer purement et simplement les résultats qu'il détaille : les auteurs peuvent résumer leurs travaux en mettant sans la moindre nuance l'accent sur le travail masculin, alors même qu'ils montrent à quel point certaines professions féminines sont concernées aussi de façon importante.

10.1.1.2 Les données de reconnaissance en accident du travail de l'assurance maladie

De la même façon que l'enquête Sumer est défailante à éclairer toutes les contraintes physiques des auxiliaires de vie, les données d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles sont insuffisantes à rendre compte de toutes les conséquences physiques du travail sur les auxiliaires de vie. En premier lieu, il faut rappeler qu'il s'agit de données médico-techniques produites par une compagnie d'assurance : des données de telle nature sont structurellement biaisées et ne peuvent être considérées comme des données épidémiologiques. En effet, elles rendent compte d'un nombre de reconnaissances effectuées selon des critères administratifs qui n'ont que peu de rapport avec l'identification de pathologies. Ainsi, même si pour une profession donnée nous ne devons décompter aucune maladie professionnelle, nous ne pourrions en conclure que les travailleurs de cette profession n'ont aucune maladie liée à leur travail.

S'agissant des accidents du travail, nous avons recueilli auprès des auxiliaires de vie des éléments qui confirment l'hypothèse d'une sous-déclaration et d'une sous-reconnaissance. Par ignorance du dispositif, par absence d'intérêt ou pour d'autres raisons, certaines salariées peuvent ainsi ne pas déclarer un accident du travail. Nous ne disposons pas de témoignages directs, mais nous pouvons également poser comme hypothèse que la non-déclaration résulte chez les auxiliaires de vie pour partie au moins d'une intégration des normes de genre, renvoyant la pénibilité et le risque d'accident aux métiers masculins. Comme le dit Camille, auxiliaire de vie : « *Je pense que travailler au bord des autoroutes c'est beaucoup plus risqué qu'être auxiliaire de vie.* ». Dans cet état d'esprit, un accident du travail d'une auxiliaire de vie pourrait ne pas avoir une valeur sociale suffisante pour mériter une déclaration.

En outre, au-delà des cas de non-déclaration, il y a la question de la non-reconnaissance : nous avons en effet vu que l'absence de témoin présent au moment de l'accident et considéré comme légitime rendait difficile la reconnaissance. En effet, une part des personnes âgées ou handicapées bénéficiaires des services des auxiliaires de vie ne sont pas admis comme témoins légitimes. Les conditions de travail des auxiliaires de vie à domicile les mettent donc *de facto* dans une situation d'isolement du point de vue de l'assurance maladie : ces salariées sont donc en partie structurellement exclues du dispositif de reconnaissance des accidents du travail. Alors qu'il serait possible de croire que la nature même de l'accident rend son identification et donc sa reconnaissance comme accident du travail relativement aisée, nous constatons bien qu'il n'en n'est rien. Comme pour les maladies, la reconnaissance des

accidents du travail est la production d'un système administratif qui opère à partir de sa propre définition de ce qu'est un accident : en l'occurrence un accident implique un témoin valable, un témoin administrativement légitimé, ce qui éloigne considérablement les auxiliaires de vie de l'accès à la reconnaissance. Nous pointons là une limite importante du système de reconnaissance, mais ce n'est probablement pas la seule. En effet, dans des travaux portant sur d'autres professions, une moindre reconnaissance des accidents du travail des femmes est observée :

« L'effet du genre interpelle : il semble témoigner d'une moindre visibilité institutionnelle des atteintes à la santé liées au travail des femmes. À niveau de diplôme, âge, catégorie d'emploi, secteur d'activité donnés, à gravité égale de l'accident aussi, les femmes indiquent moins fréquemment que les hommes qu'il a été reconnu par la Sécurité sociale. Se posent ici des questions sur la représentation de l'accident du travail, plus couramment associée à des métiers « d'homme », qui pourrait jouer un rôle sur l'inscription des accidents touchant des femmes dans le dispositif institutionnel de reconnaissance en [accident du travail]. » (Amossé, Daubas-Letourneux, Le Roy, Meslin, & Barragan, 2012, p. 58)

Si pour les auteurs de l'étude citée ci-dessus, la question de la représentation de l'accident du travail est posée, nous sommes en mesure d'éclairer plus avant un élément de cette représentation. Car, finalement, ce qui exclut partiellement les auxiliaires de vie du bénéfice de la reconnaissance, c'est le fait qu'elles soient seules au domicile de bénéficiaires qui ne valent pas administrativement comme témoin. Fondamentalement, ce qui pose problème, c'est que ces femmes travaillent au domicile des personnes à qui elles fournissent un service ou une aide : or contrairement aux femmes, les hommes n'exercent pas leur activité professionnelle « à la maison », la sphère domestique est celle du travail des femmes dans la division sexuelle du travail. En matière de représentation du travail et de l'accident du travail, les rapports sociaux de sexe jouent manifestement là un rôle symbolique très fort.

Pourtant, malgré ces limites importantes dans l'accès à la reconnaissance, entre non-déclaration et exclusion structurelle, nous avons vu que les salariées du risque 835AB, qui correspondent globalement aux salariées « services à la personne », présentent des statistiques de reconnaissance tout-à-fait significatives. Qu'il s'agisse d'indices de fréquence ou de taux

de fréquence, ces salariées présentent des niveaux de reconnaissance dépassant largement ceux de la moyenne de l'ensemble des salariés couverts par le régime général, allant même au-delà de groupes professionnels réputés accidentogènes, comme ceux du bâtiment ou de la métallurgie. Il y a donc plus d'accidents du travail reconnus dans les services d'aide à la personne que dans le BTP ou la métallurgie. En dépit donc de toutes les limites d'un système de reconnaissance qui exclut partiellement les femmes en général et les auxiliaires de vie à domicile en particulier, ces dernières présentent des taux de reconnaissance supérieurs à ceux observés pour des secteurs masculins réputés pénibles. Voilà qui devrait suffire à faire de ces salariés un public prioritaire en matière de prévention.

10.1.1.3 Les données de reconnaissance en maladie professionnelle de l'assurance maladie

Les remarques que nous avons formulées sur les accidents du travail valent également pour les maladies professionnelles. De surcroît, celles-ci, dans leur définition, résultent une à une de négociations entre syndicats de salariés et représentants du patronat, ce qui laisse peu de place à la connaissance scientifique : les maladies professionnelles résultent avant tout d'un compromis.

Notre terrain ne nous a pas permis de recueillir d'éléments empiriques sur la question des maladies professionnelles, permettant de conclure à une éventuelle sous-déclaration. Nous savons cependant, par nos autres travaux sur la façon dont les omnipraticiens libéraux traitent la question de la santé au travail, que les salariés sont globalement réticents à déclarer les maladies professionnelles : la démarche est complexe, la réparation peu attractive, et surtout ils craignent de perdre leur emploi au titre de l'inaptitude au poste (Polesi, 2014). Sachant que les auxiliaires de vie sont en outre nombreuses à être en situation de précarité, nous n'avons aucune raison de faire l'hypothèse qu'elles seraient plus enclines à déclarer les maladies professionnelles que les autres salariés, la crainte de perdre son emploi étant probablement un sentiment très largement partagé aujourd'hui au sein du salariat.

Au-delà du phénomène de non-déclaration, il y a bien entendu la construction du système de reconnaissance qui ne laisse aucune place à certaines pathologies. Ainsi nous avons vu que le tableau 98A, censément consacré aux affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention de charges lourdes, est suffisamment restrictif dans sa définition pour exclure une très large partie des atteintes du dos dont peuvent souffrir les auxiliaires de vie.

Rappelons que, chez les salariées « service à la personne », les reconnaissances de ce tableau représentent 3 % des pathologies de l'appareil locomoteur reconnues, alors que les affections du rachis représentent 39 % des pathologies de l'appareil locomoteur identifiées dans le recueil « maladies à caractère professionnel ». Les effets concrets de la définition restrictive du tableau 98A sont donc manifestes.

Nous avons par ailleurs formulé des doutes sur la connaissance qu'ont les auxiliaires de vie de leurs expositions aux produits chimiques et des conséquences possibles de ces expositions. Or c'est également une limite du système de reconnaissance des maladies professionnelles : sans connaissance précise des expositions et capacité des salariés à initier la démarche, il ne peut y avoir de reconnaissance. Enfin, rappelons que pour certains tableaux, il existe une liste restrictive de professions ou des conditions de durée d'exposition : les femmes remplissent moins fréquemment ces conditions de durée, entre autres du fait du travail à temps partiel et des arrêts pour maternité.

Mais, comme pour les accidents du travail, en dépit d'un système qui présente des limites incontestables et est moins favorable aux femmes, les salariées du groupe 835AB présentent un taux de maladies professionnelles plus de deux fois supérieur à l'ensemble des salariés couverts par le régime général. Là encore, le taux de maladies professionnelles des salariées « services à la personne » est également supérieur à celui observé pour la métallurgie ou le BTP. De surcroît, il faut bien mesurer que la sinistralité des salariées « services à la personne » est pratiquement entièrement due au seul tableau 57A concernant les affections périarticulaires.

Nous ne pouvons que nous interroger sur les résultats auxquels conduiraient un système de reconnaissance moins restrictif et un meilleur accès des salariées à l'information, notamment au sujet de leur exposition à certains produits chimiques... Toujours est-il que les données de réparation disponibles pour les salariées « services à la personne », dans l'état actuel du système, suffisent déjà à pointer une profession particulièrement pénible et exposée aux problèmes de santé liés au travail.

10.1.2 Sur le terrain : engagement physique et psychique

Au-delà de l'évidente pénibilité physique telle qu'elle peut être observée par le recours à des données statistiques existantes comme celles de l'enquête Sumer ou celles du système de reconnaissance de l'assurance maladie, il existe des expositions physiques et mentales dont seuls la rencontre et l'échange avec des auxiliaires de vie peuvent rendre compte.

10.1.2.1 L'engagement physique auquel amène le care

L'aspect probablement le plus visible de la pénibilité physique du métier d'auxiliaire de vie est la manutention des corps des bénéficiaires. Cela ne doit bien évidemment pas occulter toutes les autres sources de sollicitation corporelle que les auxiliaires de vie rencontrent dans leur quotidien. De l'entretien du cadre de vie aux courses, c'est une confrontation permanente et ininterrompue aux charges, petites (sac de courses, aspirateur) ou plus lourdes (matelas), et aux positions de travail inconfortables : bras en l'air, à genoux, etc.

Ces sollicitations sont à l'image de ce que fait une femme au foyer pour le bien-être de ses proches, ce travail domestique dont la valeur est encore peu reconnue socialement en dépit des avancées académiques. Pour les auxiliaires de vie, ces sollicitations sont simplement démultipliées par le nombre de foyers différents, donc d'espaces différents et des configurations différentes à tous points de vue, dans lesquels elles interviennent au cours d'une seule et même journée, et du temps restreint dont elles disposent pour chaque bénéficiaire. Le morcèlement et la diversité des tâches rendent difficile l'appréciation de la charge physique que cela représente et des conséquences que cela entraîne sur la santé des femmes.

Quelques points saillants permettent tout de même de prendre la mesure de cette réalité physique. D'une part, comme le précise Zoé, auxiliaire de vie, le métier amène à ce que les mains soient sollicitées en permanence : « *Quoi qu'on fasse, on tient quelque chose dans notre métier.* ». Aucune ne s'est arrêtée sur ce point, mais nous savons par l'exploitation des données Sumer 2003 que les auxiliaires de vie sont également la majeure partie du temps debout, marchent beaucoup, dans des environnements (les domiciles) qui requièrent de l'adaptation aux obstacles, aux tapis, aux escaliers : n'oublions pas l'importance des accidents de plain-pied. Il existe donc une sollicitation physique constante dont les effets sont manifestes sur les corps des auxiliaires de vie. Tant les données du recueil « maladies à

caractère professionnel » que les données de reconnaissance de l'assurance maladie pointent la fatigue physique et ses effets pathologiques. Les femmes rencontrées sont quelques-unes à parler d'usure, ce qui traduit bien cette idée d'une confrontation permanente qui vient altérer petit à petit leur condition physique.

Au-delà de cette usure, comme nous l'avons déjà dit, la manutention des corps est le point le plus visible de la sollicitation corporelle. C'est également une source d'accidents majeure. Pourtant, il ne s'agit pas d'un risque incontournable de l'intervention à domicile. En effet, des solutions techniques existent, qui pourraient grandement soulager la charge des auxiliaires de vie dans leurs besoins de mobilisation des corps des bénéficiaires. C'est le non-recours à ces aides mécaniques, par ignorance, par manque de financement ou par inadaptation du logement, qui fait de la manutention des corps un problème aussi crucial dans le cadre de l'intervention à domicile. Pour celles qui ont l'expérience ou la connaissance du travail en institution, la différence est manifeste. En institution, l'environnement est globalement adapté, l'équipement existe le plus souvent, et surtout, les intervenantes ne sont pas seules, elles peuvent solliciter l'aide d'une collègue, du moins quand le personnel est en nombre suffisant ; le besoin de manutention des corps est tout aussi important, mais les difficultés engendrées sont significativement moindres. Il est manifeste que l'intervention à domicile, en amenant des femmes à travailler seules, dans un environnement souvent inadapté, contribue à créer des difficultés supplémentaires.

L'idée que les tâches des auxiliaires de vie ne sont que la répétition dans la sphère professionnelle de gestes opérés ordinairement par les femmes dans la sphère privée n'est jamais ou rarement clairement énoncée. Mais il est difficile de comprendre autrement une telle négligence des conditions réelles de travail : les services à domicile, comme transposition du travail informel de *care* dans l'économie marchande, semblent construits comme s'il ne s'agissait « que » d'un transfert amenant à une rémunération d'actes par ailleurs réalisés gratuitement par les femmes dans un cadre non-marchand.

Cette vision est probablement satisfaisante si on se place uniquement du point de vue du bénéficiaire, pour qui la prestation recherchée est celle d'un travail de *care* à l'image de ce qu'une proche pourrait réaliser, mais non si on prend en compte le point de vue de la salariée qui exerce une activité d'auxiliaire de vie. L'insuffisante prise en compte des conditions réelles de travail provient donc de l'absence de considération du point de vue des auxiliaires

de vie. Elle produisent effectivement un réel travail de *care* chez chaque bénéficiaire, engagement affectif compris, mais pour qui la réalisation de ce travail dans la sphère marchande se traduit également par une multiplication des contraintes physiques. Le très faible niveau d'organisation collective explique partiellement cette absence de considération : sans représentation, syndicale ou autre, pour porter une parole collective, les auxiliaires de vie ne bénéficient pas de conditions favorables à la reconnaissance de leurs difficultés.

La manutention des corps et le soin accordé aux personnes sont par ailleurs à l'origine d'accidents spécifiques, que nous avons appelés accidents « éthiques ». Il nous a semblé que ces accidents provenaient directement de l'engagement des auxiliaires de vie dans l'éthique du *care*. C'est la raison de cette dénomination d'accidents « éthiques ». En effet, certains accidents qui nous ont été relatés doivent leur origine dans l'arbitrage que les auxiliaires de vie font entre leur propre sécurité et la sécurité ou le confort des bénéficiaires. C'est pour éviter une chute du bénéficiaire ou un temps trop important lors d'une opération de change souillé que les auxiliaires de vie se mettent physiquement en danger. Lorsque l'accident survient, il résulte certes de conditions matérielles objectives, mais également, et peut-être principalement, de l'engagement des auxiliaires de vie dans le travail de *care*, qui implique *caring for* et *taking care of*, soit le « souci de » et la « prise en charge de ».

Par « prise en charge de » il faut entendre l'engagement à prendre soin, il s'agit concrètement d'une prise de position morale, d'une disposition à s'occuper de quelqu'un. Attendre des auxiliaires de vie qu'elles fournissent un travail de *care* véritable mais que lors de moments critiques elles redeviennent des salariées « comme les autres » et choisissent de se protéger plutôt que de protéger leurs bénéficiaires est un non-sens. Ce non-sens résulte probablement de la non-concordance entre les principes qui régissent socialement les règles de l'engagement professionnel et les composantes élémentaires du travail de *care*, notamment en termes d'engagement, y compris d'engagement émotionnel ou affectif. Le travail de *care* que fournissent les auxiliaires de vie n'est en effet pas réductible à un ensemble de compétences techniques et de prestations plus ou moins normalisées ; il faut également prendre en compte des éléments de positionnement éthique. Ceux-ci se manifestent encore plus clairement dans le registre des sollicitations psychiques.

10.1.2.2 L'engagement psychique auquel amène le care

En effet, même si elle ne doit pas être sollicitée pour occulter les questions de contraintes physiques, la question des sollicitations psychiques des auxiliaires de vie mérite d'être considérée avec attention, car c'est là que certains aspects du travail de *care* se déploient pleinement.

La première de ces sollicitations psychiques est la confrontation quotidienne avec la maladie et surtout avec la mort. Les auxiliaires de vie ne sont pas confrontées quotidiennement à la mort en acte, mais à la mort comme possibilité, comme éventualité. La confrontation avec un bénéficiaire qui vient de mourir peut se manifester de façon imprévue et dans des circonstances déstabilisantes, tous ne décédant pas dans leur lit d'une longue maladie. Cette question est fortement présente dans les propos des auxiliaires de vie : une de leur hantise est bien d'ouvrir la porte d'un domicile et trouver un bénéficiaire décédé. Les particularités du métier font que les auxiliaires de vie sont confrontées à certains facteurs rendant la rencontre avec la mort encore plus douloureuse : position du corps éventuellement incongrue, isolement lors de la découverte, absence de temps d'échanges...

Tous ces facteurs sont clairement identifiés comme pouvant amener à une grande souffrance mentale l'auxiliaire de vie découvrant un corps, allant bien au-delà du deuil. Pourtant, alors même que la mort des bénéficiaires est plus qu'une simple éventualité, rien dans les structures ne semble organisé ou prévu pour accompagner les salariés sur cette question. Le droit d'aller aux obsèques est même parfois accordé de mauvaise grâce. Là encore, tout est fait comme s'il n'y avait pas d'engagement affectif ou émotionnel des auxiliaires de vie envers leurs bénéficiaires. Selon la structure, les récits rendent compte soit d'une ignorance délibérée de la question de la mort soit de bricolages dans la prise en charge de salariés plus fortement touchés. Nous voyons dans ce traitement de la question de la mort des indices confirmant que ce qui est attendu des auxiliaires de vie, c'est du travail de *care*, mais sans *care*. Le placage du modèle du « professionnel » construit sur un référentiel masculin, sans engagement affectif ni état d'âme, sur le travail de *care* peut conduire à des effets profondément néfastes sur les auxiliaires de vie.

C'est vrai pour la confrontation à la mort, mais également pour la confrontation aux violences qui se déroulent dans certains cadres familiaux. Qu'elle en soit seulement la spectatrice ou qu'elle soit impliquée, l'auxiliaire de vie est largement démunie pour agir ou penser les

situations de violence. C'est vrai lorsqu'elle ne peut faire de signalement pour protéger un bénéficiaire, c'est encore vrai lorsqu'elle est elle-même victime de violences physique ou verbales. Le fait que tout se déroule au sein de domiciles privés met souvent les auxiliaires de vie en situation d'impuissance : constatant ou subissant des faits, elle seront toujours en situation de voir leur parole confrontée à la parole des autres acteurs du drame. Ainsi, l'une d'elle n'est blanchie des accusations de vol qu'après la perquisition de son domicile par la police. Lorsqu'elles sont victimes, elles peuvent toujours se retirer et demander à ne plus intervenir dans le domicile, mais lorsqu'elles ne sont que spectatrices, elle ont moins de marges de manœuvre, tant et si bien que certaines choisissent également de se retirer de ces domiciles, pour ne pas perpétuer une position insoutenable.

C'est également dans l'intimité des domiciles que les auxiliaires de vie peuvent être sollicitées sexuellement. Là encore, leur marge de manœuvre est limitée, puisque une plainte de leur part sera, en l'absence de témoin, toujours confrontée à la parole du bénéficiaire. S'agissant de sexualité, la tendance sociale reste à la stigmatisation des victimes s'il s'agit de femmes adultes. Il est donc possible de comprendre que dans leur majorité, les auxiliaires de vie s'abstiennent de s'étendre sur le sujet ou ne le font qu'avec réticence : au cours des entretiens, tous les récits que nous avons pu recueillir sur le sujet ont été réalisés hors enregistrement, à la demande des auxiliaires de vie. Pourtant, il s'agit de faits globalement connus, y compris par les responsables de structure.

Mais tout se passe comme s'il fallait garder cette question dans l'ombre. L'élément le plus saisissant réside dans la seule réponse appliquée par les structures en cas de bénéficiaire qui de façon répétée sollicite sexuellement les auxiliaires de vie : l'attribution de ce bénéficiaire à un auxiliaire de vie de sexe masculin. Implicitement, cette réaction vient cautionner l'idée que ce sont les auxiliaire de vie qui sont, en tant que femmes, la source du problème. S'il fallait une illustration de la façon dont les rapports sociaux de sexe se manifestent concrètement sur le plan des relations entre hommes et femmes, cette mise en cause implicite des auxiliaires de vie lors de sollicitations sexuelles par les bénéficiaires est particulièrement éclairante.

Enfin, il nous faut mentionner la fatigue mentale qu'occasionne l'exercice du métier d'auxiliaire de vie à domicile. Les récits de certaines d'entre elles pointent la sollicitation cognitive permanente à laquelle elles sont soumises, sollicitation reconnue par certains responsables de structure. Là encore, ce n'est pas sans rapport avec les spécificités du travail

de *care*. Les auxiliaires de vie sont soumises à un constant travail d'adaptation : chaque domicile est différent dans son équipement et son aménagement, chaque bénéficiaire a ses contraintes et ses habitudes. Comme le dit une responsable de structure, les auxiliaires de vie « *ont un petit bout de vie à chaque endroit. C'est assez étonnant.* ». Le choix du syntagme « *bout de vie* » est assez évocateur de ce qui se joue pour les auxiliaires de vie : chez chaque bénéficiaire, il faut être entière, prendre en compte tous les aspects de sa vie, de l'endroit précis où est rangée l'éponge à la façon dont il ou elle aime ses œufs brouillés, être attentif à la satisfaction du bénéficiaire quant à l'aide apportée (le *care receiving*), mais tout cela ne dure qu'un temps réduit, entre une demi-heure et deux heures. Après, il faut être tout autant authentiquement vivante chez une autre personne, où tout est forcément différent.

Cette particularité du métier, où il faut penser à un nombre important de choses en même temps, où les tâches se chevauchent forcément et où il faut surtout être attentif à un tiers, n'est pas sans évoquer ce que font les femmes dans le cadre de leur foyer pour l'ensemble de la maisonnée dont elles prennent soin. Mais la dimension supplémentaire vient du morcellement et de l'adaptation sans cesse renouvelée : le travail de *care* demande une telle attention à l'autre et une telle adaptation permanente que, dans un contexte où cet autre et son environnement changent plusieurs fois par jour, il n'y a pour les auxiliaires de vie à domicile, pas de repos. Qu'il s'en suive une indiscutable fatigue mentale le soir venu apparaît comme logique.

10.2 Pénibilité manifeste et non-reconnaissance : à qui profite le crime ?

Nous avons vu que les éléments de connaissance disponibles, bien que partiels dans leur approche des questions de santé des auxiliaires de vie, suffisaient à alerter sur la pénibilité du métier. Nous pensons en particulier aux données de reconnaissance de l'assurance maladie, qui suffisent à elles seules à montrer qu'il y a là un véritable sujet de préoccupation. De la même façon, bien des éléments rapportés par les auxiliaires de vie comme faisant partie de la pénibilité du métier n'ont rien d'ésotériques et relèvent du bon sens : elles doivent manipuler des corps, et peuvent être confrontées à des situations difficiles en rapport avec la mort ou la violence.

Le travail des auxiliaires de vie semble donc *évidemment* pénible. Nous avons signalé dans notre travail à titre comparatif qu'une profession comme celle des gardiens de la paix prouve qu'il est possible de prendre en compte les pénibilités du métier pour y apporter des réponses, tant préventives que curatives. Ainsi les policiers ont statutairement droit à deux heures hebdomadaires d'activité physique sur leur temps de travail, au titre de la nécessité professionnelle afin qu'ils soient en bonne forme physique. Il paraît évident et manifeste que les auxiliaires de vie doivent également être en bonne forme physique : l'entretien physique fait même partie des recommandations savantes pour garantir de bonnes conditions de manutention des corps, au même titre que l'échauffement. Pourquoi, alors que cette pénibilité physique est identifiée et que ses conséquences négatives sur la santé des auxiliaires de vie sont connues, aucune mesure similaire à celle prise pour les fonctionnaires de police n'est-elle mise en œuvre ?

De la même façon, les fonctionnaires de police ont accès à un service de soutien psychologique qui leur est dédié : il est possible de critiquer cette disposition si elle vient simplement corriger les effets pathogènes d'une organisation défaillante, mais il reste qu'en cas de confrontation traumatisante avec la violence ou la mort, les fonctionnaires de police disposent de ce recours. Pourquoi n'y a-t-il rien de similaire pour les auxiliaires de vie, quelle que soit leur structure d'emploi ? Puisque la mort, la maladie et la violence font partie du quotidien des auxiliaires de vie, pourquoi sont-elles laissées seules face à ces agressions ?

Le tableau que nous dressons est celui d'une profession dont la pénibilité est reconnaissable et partiellement reconnue et pour laquelle, en dehors des formations « gestes et postures » dont les auxiliaires de vie nous ont expliqué les limites, aucun dispositif régulier n'est prévu pour accompagner l'exercice et réduire la pénibilité. Les auxiliaires de vie, ce sont donc des femmes mises au travail dans un cadre qui exige d'elles un investissement important, à la hauteur du travail de *care*, et dans un contexte qui est aisément identifiable comme pénible et préjudiciable à la santé. De surcroît, la rémunération du métier est à la hauteur de sa reconnaissance sociale : faible. Ce n'est donc pas par le salaire que les femmes sont indemnisées de leur engagement et de l'hypothèque placée sur leur santé.

Devant une construction sociale aussi manifestement déséquilibrée, nous ne pouvons que nous interroger. Annie Thébaud-Mony, avec une perspective plus large concernant l'ensemble des salariés, partage cette interrogation. Pourquoi un tel hiatus entre connaissance et action ?

« Pourtant, parmi les droits fondamentaux universels figurent le droit à la vie, le droit à la santé, le droit à la dignité. Alors que les savoirs scientifiques et médicaux permettent aujourd'hui d'identifier de très nombreux facteurs d'altération de la santé par le travail, on constate la généralisation de la mise en danger délibérée d'autrui dans les choix d'organisation et de conditions du travail ainsi que dans les politiques publiques les rendant légitimes. Comment expliquer cette contradiction ? » (Thébaud-Mony, Travailler peut nuire gravement à votre santé, 2007, p. 11)

L'expression « mise en danger délibérée d'autrui » semble bien rendre compte de ce que nous avons documenté au sujet des auxiliaires de vie à domicile. Aussi, bien que techniquement il ne s'agisse en droit pénal que d'un délit, nous nous estimons fondés à nous demander à qui profite le crime ?

10.2.1 Les enjeux actuels de l'aide à domicile

Rappelons brièvement le contexte du développement des services à la personne. Les évolutions démographiques et les progrès sanitaires ont amené la France comme les autres pays de l'OCDE à une situation sociale particulière : une part croissante de population âgée, avec des besoins d'aide pour les actes de la vie quotidienne, et une raréfaction de la main d'œuvre susceptible de fournir cette aide. La réduction de la taille des familles, les mobilités géographiques accrues, le développement de l'emploi salarié des femmes et l'allongement de la durée de vie ont amené à cette situation où de nombreuses personnes âgées plus ou moins dépendantes se sont retrouvées en besoin d'aide.

Dès les années 1960, il était devenu manifeste que la population allait connaître des changements importants, avec une part rapidement croissante de personnes âgées. Pour assurer la prise en charge de cette population nouvelle, aux besoins spécifiques, les pouvoirs publics eurent le choix entre une politique d'institutionnalisation de masse et le soutien au maintien à domicile. L'option choisie fut celle du maintien à domicile, tablant peut-être de façon un peu optimiste sur la poursuite d'un haut niveau de travail gratuit fourni par les proches, principalement les femmes. C'était ne pas prendre en compte d'autres évolutions

sociétales qui ont privé une part croissante de personnes âgées du bénéfice de ce travail gratuit.

Le début des années 2000 a donc vu apparaître l'allocation personnalisée d'autonomie qui correspondait principalement à un soutien public à l'emploi de salariés à domicile (et dans une moindre mesure à l'entrée en institution). La population âgée dépendante a donc été solvabilisée afin de lui permettre de recourir à l'aide nécessaire pour son maintien à domicile en compensant partiellement le déficit de travail gratuit des aidants familiaux. Par la suite, les mesures de soutien à cette politique ont été renforcées, notamment avec des outils de déduction fiscale. Ces mesures ont encouragé la création des entreprises de services à la personne, secteur également perçu comme pouvant être à l'origine de la création d'un gisement d'emploi.

Le pari économique du maintien à domicile des personnes âgées repose cependant sur un équilibre fragile : une part importante des personnes âgées ne peut recourir à l'aide à domicile que grâce à l'allocation personnalisée d'autonomie, elle-même à la charge des Conseils Généraux. Il y a donc un impératif de *statu quo* à préserver : il faut que la charge financière que représente l'allocation personnalisée d'autonomie reste dans les capacités de financement public (au 31 décembre 2009, le montant total national approchait les cinq milliards d'euros) mais en même temps il faut éviter que la politique de maintien à domicile ne produise une catastrophe sanitaire et sociale. Il apparaît clairement que dans ce *statu quo*, la principale variable d'ajustement repose sur les conditions d'emploi des auxiliaires de vie.

En effet, tant que celles-ci peuvent assurer le meilleur travail de *care* au moindre coût, l'équilibre recherché sera maintenu. Or dans le coût du service il y a naturellement la rémunération des auxiliaires de vie, mais également toutes les mesures qui pourraient venir améliorer leurs conditions de travail : intervention en binôme chez certains bénéficiaires, entretien de la condition physique, standardisation des équipements de travail, groupes d'analyse de la pratique... Au sujet de ce dernier exemple, nous avons déjà relevé que certaines auxiliaires de vie, pour faire face à leurs difficultés et à leur isolement, se retrouvent en groupe sur leur temps privé pour échanger sur leurs pratiques.

Il s'agit indiscutablement d'un temps de travail, puisque c'est bien l'amélioration des conditions d'intervention et de la qualité de la prestation qui sont recherchés dans ces

groupes. Il s'agit concrètement d'un temps de travail fourni sans contrepartie à l'employeur : ne devant pas répercuter le coût de ces temps de réunion sur sa facturation, l'employeur peut continuer à garantir un service au moindre coût, mais en améliorant constamment la qualité de l'offre ou en tout cas en évitant des problèmes ponctuels. L'équation qui doit articuler faible coût et travail de *care* est préservée.

Pourquoi ces femmes prennent-elles cette initiative ? Parce que le travail qu'elles fournissent est un travail de *care*. Nous avons suffisamment longuement décrit ce travail de *care* pour savoir que cela implique un engagement qui a, entre autres conséquences, celle de chercher la meilleure solution face aux difficultés rencontrées, au bénéfice des personnes âgées. Ne pas reconnaître ce travail dans toute son étendue et considérer, notamment sur le plan salarial, le métier d'auxiliaire de vie à domicile comme un métier sous-payé quelconque est l'astuce qui permet à la collectivité, financeur principal de l'aide à domicile, de tenir ses objectifs contradictoires.

Les rapports sociaux de sexe jouent ici un rôle majeur. Nous avons déjà vu qu'ils amenaient, sur un plan symbolique, à l'occultation de données indiquant clairement la pénibilité du métier d'auxiliaire de vie. Par ailleurs, en assignant massivement les femmes au travail de *care*, les rapports sociaux de sexe tels qu'ils se déclinent aujourd'hui en France, placent des femmes, par ailleurs globalement en situation de fragilité sociale, dans l'injonction de fournir un travail qui excède largement la simple réalisation de tâches. Or, c'est à l'aune des tâches réalisées et leur valorisation que s'établit la rémunération : il y a donc un double bénéfice collectif aux dépens des femmes travaillant comme auxiliaire de vie. D'une part elles sont peu payées puisque les tâches réalisées, calquées sur les tâches « sans valeur » du monde domestique, sont peu valorisées, et d'autre part, elles ne sont pas du tout rémunérées pour toute la partie du travail de *care* accomplie qui excède la stricte exécution de tâches plus ou moins normalisées. La non reconnaissance des conséquences sur leur santé s'inscrit dans cette même logique : nous l'avons vu, les principales expositions découlent en grande partie de l'inscription des auxiliaires de vie dans le travail de *care*.

Il nous semble acquis que la collectivité tire un bénéfice concret du travail de *care* exécuté par des femmes dans le cadre du métier d'auxiliaire de vie à domicile. Le fait que ces femmes hypothèquent leur santé pour accomplir ce travail, sans que cela soit reconnu et visible participe du bénéfice que la collectivité obtient de leur mise au travail par l'assignation au

care. A ce titre, il nous apparaît possible de conclure que les rapports sociaux de sexe interviennent fortement comme déterminant de la santé au travail des auxiliaires de vie, d'une part au travers de l'invisibilisation de certaines de leurs atteintes corporelles, psychiques et mentales, d'autre part par leur assignation au travail de *care*, qu'elles réalisent sans disposer des conditions pour pouvoir le réaliser au mieux, et donc en hypothéquant leur santé.

Malgré tout, le système semble déjà craquer aux coutures : il est un fait que les statistiques de reconnaissance de l'assurance maladie concernant les auxiliaires de vie indiquent tout de même une sinistralité importante du secteur. Or, sous sa forme actuelle, il s'agit d'un tout jeune secteur d'emploi, qui s'est développé récemment, depuis la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie. Il y a donc fort à parier que certains effets pathogènes de certaines expositions ne se manifestent pas encore pleinement. De surcroît, le besoin de main d'œuvre ne va pas cesser d'augmenter, la part de la population âgée devant connaître encore pendant plusieurs décennies une augmentation continue, sauf catastrophe sanitaire. Par ailleurs, les auxiliaires de vie, pour une part d'entre elles, sont les personnes âgées de demain : quels besoins accrus de prise en charge de la dépendance la collectivité est-elle en train de préparer en négligeant aujourd'hui la santé de ces femmes ?

10.2.2 Pour une lecture de la santé à la hauteur des exigences du care

Nous avons très souvent utilisé le mot « santé » dans notre travail, alors que nous avons pointé toutes les difficultés qu'il y a à définir précisément la notion. Surtout, nous avons vu combien, dans ses constructions médicales et scientifiques, la notion de santé était construite au mépris des femmes. S'agissant de la question de l'individu dans les rapports sociaux, nous avons souligné combien la perspective développée par Spinoza nous semblait pouvoir s'articuler avec celle proposée par le cadre théorique des rapports sociaux. Pour mémoire, dans la philosophie de Spinoza, les humains ne sont que des modes d'un tout continu, à la façon dont les vagues sont des modes de l'océan. Ce tout continu, qui est la seule substance, Spinoza le nomme « dieu ou la nature ».

Spinoza réfute ainsi toute forme de solipsisme et considère un individu donné comme une manifestation ponctuelle d'interactions affectant dieu ou la nature. Nous pouvons rapprocher cela de la vision de l'individu dans la perspective ouverte par Marx : un individu donné n'est que la somme des rapports sociaux qui le composent. Ce qui fait peut-être défaut chez Marx,

c'est la proposition du moteur de la permanence de cette somme, car finalement, si un individu n'est que la somme des rapports sociaux qui le composent, pourquoi est-il permanent ? La solution proposée par Spinoza mérite que nous nous arrêtions parce que d'une part elle nous fournit un outil pour peut-être envisager la santé autrement et d'autre part elle nous semble en outre s'articuler particulièrement bien avec le concept de *care*.

Cette solution, c'est le *conatus*. Concept fondamental de l'approche spinoziste, le *conatus* est la puissance singulière de toute chose à persévérer dans l'effort qu'elle fait pour être. Le *conatus* est également l'effort fait pour augmenter la puissance d'être. S'appliquant aux choses matérielles inanimées comme aux animaux et aux êtres humains. Dans le cadre des êtres humains, Spinoza rompt avec la dichotomie entre corps et esprit, le *conatus* rendant compte conjointement des deux.

« Chaque chose, autant qu'il est en elle, s'efforce de persévérer dans son être. »
Éthique IIII, Proposition VI

« L'effort par lequel toute chose tend à persévérer dans son être n'est rien de plus que l'essence actuelle de cette chose. » *Éthique III, Proposition VII*

Il nous semble pour commencer que cette approche entre particulièrement en résonance avec la définition du *care* de Tronto et Fischer qui nous a servi de cadre pour ce travail : puisque le *care* est « *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer ou réparer notre « monde », en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible* » (Tronto J. C., Du *care*, 2008) (Fischer & Tronto, 1991), alors il nous semble que le travail de *care* est bel et bien le soutien à la puissance d'agir de ceux qui nous entourent, ce qui implique leur environnement. Prendre soin de quelqu'un, c'est soutenir son *conatus*, c'est-à-dire l'effort qu'il fait pour persévérer dans son être. Il nous semble que ce rapprochement entre théorie du *care* et lecture spinoziste peut être entrepris de façon plus approfondie : en effet, la conception spinoziste de la puissance d'agir, profondément articulée à la notion de désir, est à même de fournir des outils pour penser l'articulation entre le *care* comme éthique et le *care* comme travail.

Par ailleurs, l'approche en termes de *conatus* nous offre une nouvelle approche de la définition de la santé. Si nous pouvons tenter d'observer si telle tâche ou tel acte augmente

chez un individu sa puissance d'agir, ou du moins permet de la maintenir, alors nous pouvons nous débarrasser de la notion de santé qui ne nous est de plus aucune utilité. Si la santé, c'est le *conatus*, alors nous ne sommes plus tenus aux définitions médico-biologiques et à leurs biais structurels : la question de la santé des femmes se trouve alors dégagée des contingences d'une production scientifique victime des manifestations symboliques des rapports sociaux de sexe et qui se construit sur le préjugé d'une nature féminine toujours défaillante. Par exemple, la fatigue mentale des auxiliaires de vie est alors envisageable comme un problème de santé, puisqu'elle diminue leur puissance d'agir. Nous pensons qu'une réflexion sur la santé à partir de l'appareil spinoziste permettrait d'inaugurer une nouvelle réflexion sur la santé des femmes et sur ce qui se joue dans le *care*.

11 Bibliographie

- Aïach, P., & Fassin, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien*, 54, pp. 2221-2227.
- Aldeghi, I., & Loones, A. (2010). *Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées - Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable*. Crédoc.
- Amossé, T., Daubas-Letourneux, V., Le Roy, F., Meslin, K., & Barragan, K. (2012). *Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP. (In)visibilités et inscriptions dans les trajectoires professionnelles*. Centre d'étude de l'emploi.
- Angeloff, T. (2003). Employées de maison, aides à domicile : un secteur paradoxal. Dans F. Weber, S. Gojard, & A. Gramain, *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine* (pp. 165-186). Paris: La Découverte.
- Aptel, M., & Cnockaert, J.-C. (2002, septembre). Liens entre les Troubles Musculo-Squelettiques du membre supérieur et le stress. *Bulletin d'information du bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité*, 19-20, pp. 57-63.
- Arborio, A.-M. (2001). *Un personnel invisible*. Paris: Economica.
- Aristote. (2003). *De la génération des animaux*. Paris: Belles Lettres.
- Avril, C. (2006). Aide à domicile pour personnes âgées : un emploi-refuge. Dans E. Flahaut, *L'insertion professionnelle des femmes. Entre contraintes et stratégies d'adaptation* (p. 208). Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Avril, C. (2008). Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude. *Retraite et société*, 53, pp. 49-65.
- Avril, C. (2014). *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*. La Dispute.
- Balibar, E. (2011). *Spinoza et la politique* (éd. seconde). Paris: Presses universitaires de France.
- Bateson, G. (2008). *Vers une écologie de l'esprit* (Vol. 2). Paris: Seuil.
- Battagliola, F. (2008). *Histoire du travail des femmes* (éd. Troisième). Paris: La Découverte.
- Benaim, A., & Polesi, H. (2010). *L'entrée en institution des personnes âgées en Alsace*. ORS Alsace, Strasbourg.
- Benelli, N. (2011). Divisions sexuelle et raciale du travail dans un sale boulot féminin. L'exemple du nettoyage en Suisse. *Raison Présente*, 178, pp. 95-104.
- Benelli, N. (2011). *Nettoyeuse comment tenir le coup dans un sale boulot*. Zürich: Seismo.
- Benelli, N., & Modak, M. (2010). Analyser un objet invisible : le travail de care. *Revue française de sociologie*, 51, pp. 39-60.

- Benelli, N., LeFeuvre, N., & Rey, S. (2012). Relationnels, les métiers de service ? *Nouvelles questions féministes*, 31(2), p. 9.
- Bercot, R. (2009). Risques de santé et risques psychosociaux au travail selon le genre. Dans F. Chappert, *Genre et conditions de travail. Mixité, organisation du travail, santé et gestion des âges*. Lyon: Anact.
- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2000). *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Bertaux, D. (1977). *Destins personnels et structure de classe*. Paris: Presses universitaires de France.
- Berthel, M. (1998). *Vivre la dépendance à domicile*. ORS Alsace.
- Bessière, S. (2005). La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*, pp. 17-33.
- Bevernage, F. (1998, février). La grille AGGIR : un enfer pavé de bonnes intentions ? *La revue du généraliste et de la gériatrie*, 42.
- Bihr, A. (2001). *La reproduction du capital* (Vol. 2). Lausanne: Page deux.
- Bihr, A. (2001). *La reproduction du capital* (Vol. 1). Lausanne: Page deux.
- Bihr, A. (2007). *La novlangue néolibérale*. Lausanne: Editions Page deux.
- Bihr, A., & Pfefferkorn, R. (2000). Proposition de définition des inégalités sociales. Dans C. Daniel, & C. Le Clainche, *Définir les inégalités. Des principes de justice à leur représentation sociale* (pp. 127-137).
- Bihr, A., & Pfefferkorn, R. (2002). *Hommes femmes quelle égalité*. Paris: Les éditions de l'atelier.
- Black, D., Morris, J., Smith, C., & Townsend, P. (1982). *Inequalities in Health*. Londres: Penguin Books.
- Bossons futé. (s.d.). *Aide à domicile, fiche métier Bossons futé n°21*. Consulté le 07 17, 2014, sur http://www.bossons-fute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=249-fiche0021&catid=2-activites
- Bouffartigue, P., Pendariès, J.-R., & Bouteiller, J. (2010). La perception des liens travail/santé : le rôle des normes de genre et de profession. *Revue française de sociologie*, 51, pp. 247-280.
- Brugge, D., Durant, J. L., & Rioux, C. (2007). Near-highway pollutants in motor vehicle exhaust: A review of epidemiologic evidence of cardiac and pulmonary health risks. *Environmental Health*, 6:23.

- Bué, J., & Sandret, N. (2007). Contact avec le public : près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales. *Premières synthèses, premières informations*, 15, pp. 1-4.
- Bungener, M. (2004). Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert domestique des activités de soin. Dans D. Fassin, & D. Memmi, *Le gouvernement des corps* (pp. 109-133). Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Buzzi, S., Devinck, J.-C., & Rosental, P.-A. (2006). *La santé au travail 1880 - 2006*. Paris: La Découverte.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique* (éd. 2005). Paris: Presses universitaires de France.
- Cartier, M., & Lechien, M.-H. (2012). Vous avez dit "relationnel" ? Comparer les métiers de service peu qualifiés féminins et masculins. *Nouvelles questions féministes*, 31(2), p. 45.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American journal of epidemiology*, 104, pp. 107-123.
- Chadeau, A., & Fouquet, A. (1981). Peut-on mesurer le travail domestique ? *Economie et statistique*, 136, pp. 29-42.
- Chaïb, S. (2008). Femmes immigrées et travail salarié. *Les cahiers du CEDREF*, 16, pp. 209-229.
- Chevènement, J.-P. (2000). Circulaire NOR / INT / C / 00 / 00200 / C du 28 août 2000. Paris.
- Colin, C. (2003). Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes. Aujourd'hui et demain ? *Revue française des affaires sociales*, 1-2, pp. 75-101.
- Collin, P., Knox, H., Ledésert, M., & Ledésert, R. (1982). *Harrap's shorter Dictionnaire Anglais-Français*. Londre: Harrap Limited.
- Couppié, T., & Epiphane, D. (2007). Vivre en couple et être parent : impacts sur les débuts de carrière . *Cereq - Bref*, 241, p. 1.
- Cousteaux, A.-S. (2011). *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et des inégalités sociales*. Thèse de doctorat en sociologie, Institut d'études politiques de Paris, Paris.
- Crasset, O. (2013). « On se fait mal un peu tous les jours », l'effet travailleur sain chez les maréchaux-ferrants. *Travail et emploi*, 136, pp. 5-20.
- Cristofari, M.-F. (2012). Des chiffres sur la santé au travail en France : par qui ? pour quoi ? Dans A. Thébaud-Mony, V. Daubas-Letourneux, N. Frigul, & P. Jobin, *Santé au travail Approches critiques* (pp. 109-123). La Découverte.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob.

- Dares. (2006). La manutention manuelle de charges : la mécanisation n'a pas tout réglé. *Documents pour le médecin du travail*, 107, pp. 321-328.
- Davidoff, L., & Hall, C. (2014). *Family fortunes : hommes et femmes de la bourgeoisie anglaise*. La Dispute.
- Davis, A. (2013, 03 08). *J'étais devenue un symbole à détruire*. Consulté le 08 12, 2013, sur L'Express: http://www.lexpress.fr/culture/cinema/angela-davis-j-etais-devenue-un-symbole-a-detruire_1227824.html
- de Moléon, V. (1821). *Rapport général sur les travaux du Conseil de salubrité de Paris*. Conseil de salubrité de Paris, Paris.
- de Saint Pol, T. (2007, février). L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. *INSEE première*.
- Debout, C. (2010, juin). Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA. *Etudes et résultats*, 730, p. 56.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard.
- Deleuze, G. (2004). *Foucault*. Paris: Les éditions de minuit.
- Descartes, R. (1953). *Principes de la philosophie*. Paris: Gallimard.
- Desrosière, A., & Thévenot, L. (2002). *Les catégories socioprofessionnelles*. La Découverte.
- Devetter, F.-X., Jany-Catrice, F., & Ribault, T. (2009). *Les services à la personne*. Paris: La Découverte.
- Diasio, N., & Vinnel, V. (s.d.). Objets de soin, objets à soi. La fabrication d'un corps intime chez les enfants de 9 à 13 ans. *Enfance & Cultures - 9es Journées de sociologie de l'enfance*, (p. 2010). Paris.
- Direction générale de la compétitivité de l'industrie et des services. (2013, 11 07). *Diplômes d'Etat Auxiliaire de vie sociale*. Consulté le 08 05, 2014, sur Services à la personne: <http://www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne/diplomes-d-etat-auxiliaire-vie-sociale-deavs>
- Dorlin, E. (2006). *La matrice de la race : Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*. Paris: La Découverte.
- Dorlin, E. (2009). Vers une épistémologie des résistances. Dans E. Dorlin, *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination* (p. 16). Paris: Presses universitaires de France.
- Dosso, F. (2008, mai). *Ne dites pas "lombalgie" mais "cruralgie" ou "sciatique"*. Consulté le 08 10, 2014, sur Santé & travail: http://www.sante-et-travail.fr/ne-dites-pas--lombalgie--mais--cruralgie--ou--sciatique-_fr_art_725_37651.html

- Douglas, M. (2005). *De la souillure : Essais sur les notions de pollution et de tabou*. Paris: La Découverte.
- Drulhe, M. (1997, Février). Comment mesurer la santé ? *Esprit*, 229, pp. 56-62.
- Drulhe, M. (2011). Introduction. Dans M. Drulhe, & F. Sicot, *La santé à coeur ouvert* (pp. 13-14). Toulouse: Presses universitaires du Mirail.
- Dubois, V., & Cornet, A. (2012). La perception de la pénibilité au travail dans les métiers du social. *XXIIIe congrès de l'AGRH*. Nancy.
- Duffy, M. (2005). Reproducing labor inequalities ; challenges for feminists conceptualizing care at intersections of gender, race and class. *Gender and society*, 19, pp. 66-82.
- Dufrène. (1902). *Assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail*. Chambre de commerce de Paris, Paris.
- Dunezat, X., Heinen, J., Hirata, H., & Pfefferkorn, R. (2010). *Travail et rapports sociaux de sexe. Rencontres autour de Danièle Kergoat*. Paris: L'Harmattan.
- Ebersolt, S. (2012). Le Japon et la philosophie française du milieu du XIXe au milieu du XXe siècles. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 137, pp. 371 - 383.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*. Paris: Calmann-Lévy.
- Ennuyer, B. (2007). 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». *Gérontologie et société*, 123, pp. 153-167.
- Falquet, J. (2009). La règle du jeu. Dans E. Drolin, *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris: Presses universitaires de France.
- Falquet, J., Hirata, H., Kergoat, D., Labari, B., Le Feuvre, N., & Sow, F. (2010). *Le sexe de la mondialisation : genre, classe, race et nouvelle division du travail*. Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé*. Paris: Presses universitaires de France.
- Fassin, D. (1997, février). L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme. *Esprit*, 229, pp. 83-105.
- Faure, Y. (2010). D'une périlleuse victoire à un triomphe sans gloire : la construction sociale du "risque anesthésique". Dans D. Carricaburu, M. Castra, & P. Cohen, *Risque et pratiques médicales* (pp. 21-33). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Favret-Saada, J. (1985). *Les mots, la mort, les sorts*. Gallimard.
- Fernandez, D., & Polesi, H. (2007). Inégalité sociale des enfants face au surpoids en Alsace : données. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, pp. 2-3.
- Fischbach, F. (2005). *La production des hommes. Marx avec Spinoza*. Paris: Presses universitaires de France.

- Fischer, B., & Tronto, J. (1991). Toward a feminist theory of caring. Dans E. Abel, & M. Nelson, *Circles of Care : Work and Identity in Women's Lives* (p. 40). Albany.
- Flori, Y.-A. (1995). Production domestique de santé : apports et limites des modèles micro-économiques. *Sciences sociales et santé*, 13(1), pp. 101-121.
- Fortino, S. (2014, 05 01). *Invisibilisation de la pénibilité au travail, mixité et rapports de genre*. Consulté le 08 13, 2014, sur La nouvelle revue du travail: <http://nrt.revues.org/1422>
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.
- Fujisawa, R., & Colombo, F. (2009). *The long-term care workforce : overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. OCDE, Directorate for employment, Labour and Social Affairs Committee.
- Gagon, M.-J. (1979, janvier 22). Sept lignes ne suffiront pas. *Le Devoir*, 5-6.
- Garrau, M., & Le Goff, A. (2010). *Care, justice et dépendance - Introduction aux théories du care*. Presses Universitaires de France.
- Gilligan, C. (2008). *Une voie différente*. Paris: Flammarion.
- Gimbert, V., & Malochet, G. (2011). *Les déficits de l'accompagnement du grand âge*. Services du Premier Ministre, Centre d'analyse stratégique, Paris.
- Godelier, M. (1984). *L'idéal et le matériel*. Paris: Fayard.
- Godelier, M., & Panoff, M. (2009). Introduction. Dans M. Godelier, & M. Panoff, *Le corps humain. Conçu. Supplicié, possédé, cannibalisé* (p. 13). Paris: CNRS éditions.
- Gollac, M., & Volkoff, M. (2002). La mise au travail des stéréotypes de genre. *Travail, genre et société*, 8, pp. 25-53.
- Gollac, M., & Volkoff, S. (2006). Le travail et ses masques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163, pp. 4-17.
- Good, B. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale ?* Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.
- Gramsci, A. (2001). *Gramsci dans le texte*. Saguenay: Jean-Marie Tremblay, Université de Chicoutimi.
- Guignon, N. (2008). Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ? Dans INSEE, *Femmes et hommes : regards sur la parité* (pp. 51-63).
- Haicault, M. (1984). La gestion ordinaire de la vie en deux. *Sociologie du travail*, 3, pp. 271-274.
- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. (2011). *Assurance maladie et perte d'autonomie*. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

- Hemery, B. (2006). Consulté le Août 30, 2008, sur Faculté de médecine - Lille 2: w3med.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/discipl/med-militaire/ophtalmologie.pdf
- Henry, E. (2008, juin). La santé au travail : un domaine d'action publique comme un autre ? *Risques collectifs et situations de crise*, 9.
- Henry, E. (2009). Rapports de force et espaces de circulation de discours. Les logiques des redéfinitions du problème de l'amiante. Dans C. Gilbert, & E. Henry, *Comment se construisent les problèmes de santé publique* (pp. 155-174). Paris: La Découverte.
- Hughes, E. (1997). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- INVS. (2011). *Les accidents mortels d'origine professionnelle en France*. Institut national de veille sanitaire.
- Iresmo. (2011, Août). *Articuler les luttes contre les différents rapports sociaux inégalitaires - Entretien avec Danièle Kergoat*. Consulté le Août 12, 2013, sur Institut de Recherche, d'Etude et de Formation sur le Syndicalisme et les Mouvements sociaux - Iresmo: <http://iresmo.jimdo.com/2011/08/03/articuler-les-luttes-contre-les-diff%C3%A9rents-rapports-sociaux-in%C3%A9galitaires/>
- Ito, R. (2010). Immigration et travail de care dans une société vieillissante : la cas du Japon. Dans J. Falquet, H. Hirata, D. Kergoat, B. Labari, N. Le Feuvre, & F. Sow, *Le sexe de la mondialisation* (pp. 137-150). Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Jounin, N. (2009). *Chantier interdit au public*. La Découverte.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 24, pp. 285-308.
- Kergoat, D. (1982). *Les ouvrières*. Paris: Le Sycomore.
- Kergoat, D. (1992). À propos des rapports sociaux de sexe. *Féminisme aujourd'hui*, 48, pp. 16-19.
- Kergoat, D. (2004). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. Dans H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, & D. Senotier, *Dictionnaire critique du féminisme* (éd. Seconde, pp. 35-44). Paris: Presses universitaires de France.
- Kergoat, D. (2005). Penser la différence des sexes : rapports sociaux et division du travail entre les sexes. Dans M. Maruani, *Femmes, genre et sociétés* (pp. 94-101). Paris: La Découverte.
- Kergoat, D. (2010). Le rapport social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux de sexe à leur subversion. *Actuel Marx*, pp. 60-75.

- Kergoat, D. (2011). Comprendre les rapports sociaux. *Raison présente*, 178, pp. 11-21.
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on Moral Development, Vol. I: The Philosophy of Moral Development*. San Francisco: Harper & Row.
- Laqueur, T. (1992). *La fabrique du sexe*. Paris: Gallimard.
- Laugier, S. (2011). Le care comme critique et comme féminisme. *Travail, genre et sociétés*, 26, pp. 183-188.
- Laugier, S., & Paperman, P. (2011). *Le souci des autres : éthique et politique du care*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Lenoble, D. (2010). *Le choix de l'exercice libéral infirmier : une question de genre*. Mémoire de master, Université Paris-ouest Nanterre/ La Défense, Département des sciences de l'éducation.
- Lepage, C. (2008). *Rapport de la mission confiée à Corinne Lepage sur la gouvernance écologique*. Ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables, Paris.
- Lestel, L. (2002). La production de cêruse en France au XIXe siècle : évolution d'une industrie dangereuse. *Techniques & Cultures*, 38.
- Link, B., & Phelin, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, pp. 80-94.
- Lordon, F. (2010). *Capitalisme, désir et servitude*. Paris: Editions de La Fabrique.
- Loriol, M., Boussard, V., & Caroly, S. (2006). La résistance à la psychologisation des difficultés au travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 165, pp. 106-113.
- Lussault, M. (2009). *De la lutte des classes à la lutte des places*. Paris: Grasset.
- Lutz, H., & Palenga-Möllénbeck, E. (2012). Care workers, care drain and care chains : reflections on care, migration and citizenship. *Social politics : international studies on gender, state and society*, 19, pp. 15-37.
- Macherey, P. (2003). *Marx, Thèses sur Feuerbach - Thèse six*. Consulté le 08 08, 2013, sur Savoirs, Textes, Langage - UMR 8163 Université de Lille 3: <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/seminaires/philosophie/macherey/Macherey20022003/Macherey29012003.html>
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2006). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marquier, R. (2010, juin). Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008. *Etudes et résultats*, 728, p. 8.
- Maruani, M. (2011). *Travail et emploi des femmes*. La Découverte.

- Marx, K. (2011). *Grundrisse*. Paris: Les éditions sociales.
- Massé, R. (1995). Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas du rôle étiologique de l'isolement social. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2, pp. 102-117.
- McMichael, A., Spirtas, R., & Kupper, L. (1974). An Epidemiologic Study of Mortality within a Cohort of Rubber Workers. *Journal of Occupational Medicine*, 16, pp. 458-464.
- Ménal, D. (2008). La reconnaissance des maladies professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, 2-3, pp. 205-212.
- Messing, K. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?* Toulouse: Octarès.
- Meurs, D., & Ponthieux, S. (2000). Une mesure de la discrimination dans l'écart de salaire entre hommes et femmes. *Economie et statistiques*, 337-338, p. 150.
- Meynaud, H. Y. (2009). *La part de l'étranger.e Travail et racisme*. Lormont: Le Bord de l'eau.
- Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. (s.d.). *Plan Santé au travail 2010-2014*. Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Paris.
- Moheau, J.-B. (1777). *Recherches et considérations sur la population de la France*. Paris: Moutard, Imprimeur-Libraire de la Reine.
- Molinier, P. (2004, Janvier). Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe. *Travail et emploi*, 97.
- Molinier, P. (2006). *L'énigme de la femme active : Egoïsme, sexe et compassion*. Payot.
- Molinier, P. (2013). Corps et subalternité : quel est le juste ton pour la « voix différente » ? *Corps vulnérables. Normes éthiques et politiques de l'intégrité corporelle et de la sexualité*. Strasbourg.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris: La Dispute.
- Molinier, P., & Welzer-Lang, D. (2007). Féminité, masculinité, virilité. Dans H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, & D. Senotier, *Dictionnaire critique du féminisme* (pp. 77-82). Paris: Presses universitaires de France.
- Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). Introduction. Dans P. Molinier, S. Laugier, & P. Paperman, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 7-31). Payot.
- Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Payot.

- Morgan, S. (2012). *L'Etat de stress post-traumatique : diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs*. Mon Petit Editeur.
- Nakano Glenn, E. (2009). De la servitude au travail de service : les continuités historiques de la division raciale du travail reproductif payé. Dans E. Dorlin, *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination* (pp. 21-70). Paris: Presses universitaires de France.
- Noiriel, G. (2002). *Les Ouvriers dans la société française*. Paris: Seuil.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15, pp. 259-267.
- Oakes, J. M., & Kaufman, J. S. (2006). *Methods in Social Epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ochiai, E. (1996). *The japanese family system in transition*. Tokyo: LCTB International Library Fondation.
- Organisation mondiale de la santé. (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au xxie siècle*. Organisation mondiale de la santé, Jakarta.
- Organisation mondiale de la santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Outata, S. (2005). Encadrement des équipes soignantes et interprofessionnalité. Dans D. Manière, M. Aubert, F. Mourey, & S. -R.-A. Outata, *Interprofessionnalité en gérontologie* (pp. 57-66). Toulouse: Erès.
- Pfefferkorn, R. (2011). Articuler les rapports sociaux. Rapports de classe, de sexe, de racisation. *Congrès AFSP Strasbourg 2011 Section Thématique 22 Des politiques d'égalité aux politiques de l'identité : parité, diversité, intersectionnalité*. Strasbourg.
- Polesi, H. (2009). Elderly care in France : a female matter, in the family sphere. *Is "Family" alive ? Proceedings of the 2nd next-generation global workshop* (pp. 41-53). Kyoto: Kyoto University.
- Polesi, H. (2012). *Le devenir des personnes déclarées inaptes au poste par la médecine du travail en Alsace*. Strasbourg: ORS Alsace.
- Polesi, H. (2013). *Devenir des personnes déclarées inaptes au poste*. Consulté le 07 25, 2014, sur Dialogue Social: <http://www.dialogue-social.fr/UserFiles/File/polesi.pdf>
- Polesi, H. (2014). *Médecins libéraux face aux maladies d'origine professionnelle*. ORS Alsace.

- Polesi, H., Benaim, A., & Imbert, F. (2009). *L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace*. ORS Alsace.
- Polesi, H., Benaim, A., Gagneur, E., & Schauder, N. (2010). *Maladies à caractère professionnel observées en médecine générale libérale*. ORS Alsace - URML Alsace - Direccte Alsace, Strasbourg.
- Polesi, H., Benaim, A., Gagneur, E., & Schauder, N. (2010). *Quinzaine des maladies à caractère professionnel en Alsace*. ORS Alsace - Direccte Alsace - InVS, Strasbourg.
- Polesi, H., Schauder, N., & Imbert, F. (2004). *La santé des enfants de 6 ans en Alsace*.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (2007). *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Wavre: Mardaga.
- Probst, I. (2014). Genre et reconnaissance des maladies professionnelles. Le cas de la Suisse. *Raison présente*, 190, pp. 69-79.
- Pruvost, G. (2007). *Profession : policier : Sexe : féminin*. Paris: Maison de Sciences de l'Homme.
- Pruvost, G. (2008). *De la "sergote" à la femme-flic. Une autre histoire de l'institution policière (1935-2005)*. Paris: La Découverte.
- Pruvost, G. (2008). Le cas de la féminisation de la Police nationale. *Idées économiques et sociales*, 153, p. 13.
- Rahola, A. (2011). *Synthèse du débat national sur la dépendance*. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale.
- Rawls, J. (1991). *Théorie de la justice*. Seuil.
- Ribault, T. (2009, 07 22). *Japon:échange travailleurs contre marchandise*. Consulté le 09 03, 2013, sur Rue89: <http://www.rue89.com/2009/07/22/japon-echange-travailleurs-contre-marchandises>
- Ricroch, L. (2012). En 25 ans, moins de tâches domestiques pour les femmes, l'écart de situation avec les hommes se réduit. Dans Insee, *Femmes et hommes - Regards sur la parité* (pp. 67-80). Paris: Insee.
- Ricroch, L., & Roumier, B. (2011, Novembre). Depuis 11 ans, moins de tâches ménagères, plus d'Internet. *INSEE première*.
- Rosanvallon, P. (1993). *L'Etat en France : de 1789 à nos jours*. Paris: Seuil.
- Rottenberger, D. (2009). Chirurgiens et anesthésistes : le "je t'aime, moi non plus" des blocs opératoires. *Journée d'étude doctorale sur le Conflit*. Strasbourg.

- Royer, J. (2002). La manutention du corps humain par les tierces personnes. Dans M. Delcey, *Déficiences motrices et situations de handicaps : Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés* (pp. 409-414). Paris: APF.
- Saada, R. (2009, 11 02). Suicide et accident du travail. *L'Humanité*.
- Saladin d'Anglure, B. (2006). *Être et renaître inuit, homme, femme ou chamane*. Gallimard.
- Schweitzer, S. (2002). *Les femmes ont toujours travaillé : Une histoire du travail des femmes aux XIXe et XXe siècles*. Paris: Odile Jacob.
- Scrinzi, F. (2009). "Cleaning and ironing... with a smile" : migrant workers in the care industry in France. *Journal of workplace rights, 14*, pp. 271-292.
- Scrinzi, F. (2013). *Genre, migrations et emplois domestiques en France et en Italie*. Paris: Pétra.
- Sicart, D. (2013, Août). Les professions de santé au 1er janvier 2013. *Etudes et résultats - Séries statistiques, 183*, p. 37.
- Société française de médecine du travail. (2013). *Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges*. Paris.
- Ternon, Y., & Helman, S. (1973). *Les médecins allemands et le national-socialisme. Les métamorphoses du darwinisme*. Tournai: Casterman.
- Thébaud-Mony, A. (2000). *L'industrie nucléaire, sous-traitance et servitude*. Paris: Inserm.
- Thébaud-Mony, A. (2007). *Travailler peut nuire gravement à votre santé*. La Découverte.
- Tieves, D. (2011). *Women and occupational disease in the European Union*. European Trade Union Institute, Bruxelles.
- Tronto, J. C. (2008). Du care. *Revue du MAUSS, 2*, pp. 243-265.
- Tronto, J. C. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris: La Découverte.
- Véronis, J. (2010, 09 09). *Google: Les juifs sont radins et les noirs puent*. Consulté le 08 06, 2014, sur Technologies du langage: <http://blog.veronis.fr/2010/09/google-les-juifs-sont-radins-et-les.html>
- Vidal, C. (2012). *Hommes-femmes, avons-nous le même cerveau ?* Paris: Le pommier.
- Vincent, J.-M. (1997). Marx l'obstiné. Dans M. Vakaloulis, & J.-M. Vincent, *Marx après les marxistes* (Vol. 1, pp. 9-45). Paris: L'Harmattan.
- Vogel, L. (2003). *La santé des femmes au travail en Europe : Des inégalités non reconnues*. Bruxelles: Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité.
- Vogel, L. (2011). *Femmes et maladies professionnelles. Le cas de la Belgique*. European Trade Union Institute, Bruxelles.

- Wallerstein, I. (1998). Universalisme, racisme, sexisme : les tensions idéologiques du capitalisme. Dans E. Balibar, & I. Wallerstein, *Race, nation, classe. Les identités ambiguës* (pp. 49-50). Paris: La Découverte.
- Warin, P. (2012, novembre 15). *Le non-recours aux droits*. Consulté le août 29, 2013, sur SociologieS, Théories et recherches: sociologies.revues.org/4103
- Wenceslas, L. (2004). Imaginaire masculin et identité sexuelle. *Sociétés contemporaines*, 55, p. 47.
- Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, pp. 257-285.
- Zarifian, P. (1997). *Eloge de la civilité*. Paris: L'Harmattan.
- Zarifian, P. (1999). *L'émergence d'un Peuple Monde*. Paris: Presses universitaires de France.
- Zarifian, P. (2010). Sur le concept de rapport social. Dans J. H. Xavier Dunezat, *Travail et rapports sociaux de sexe* (p. 54). Paris: L'Harmattan.

Les rapports sociaux de sexe comme déterminant de la santé des femmes au travail : le cas empirique du *care* aux personnes âgées

Résumé

La santé des femmes au travail doit être envisagée comme une question collective, déterminée par les rapports sociaux de sexe. La vision médicale traditionnelle du corps des femmes y voit un corps toujours défaillant, ce qui constitue un obstacle à la reconnaissance des atteintes à la santé des femmes liées au travail. Le champ empirique de l'aide aux personnes âgées nous offre l'opportunité d'observer les pénibilités du travail d'aide à domicile. Nous pouvons également prendre connaissance des pathologies qui en découlent. Tous ces éléments confirment la pénibilité du métier d'auxiliaire de vie, visible même dans les données de reconnaissance de l'assurance maladie. Lire ces résultats à l'aune des rapports sociaux de sexe nous permet de comprendre comment l'ignorance de cette pénibilité amène un bénéfice collectif. Ils indiquent également tout l'enjeu qu'il y a à proposer une vision de la santé dégagée de la lecture strictement biomédicale, construite au masculin neutre.

Mots-clefs : rapports sociaux, santé au travail, care, santé des femmes

Résumé en anglais

Women occupational health should be seen as a collective issue, determined by social relations of sex. The traditional medical view of women's bodies refers to an understanding of an ever-failing body, and this is an obstacle to the recognition of attacks on women's health related to work. The empirical field of elderly home care gives us the opportunity to observe the physical and psychological discomforts for health care workers. We can also take note of the diseases linked to this work hardness. All these facts confirm the hardness of health care worker job, visible even in the recognition data of health insurance. Read those results in terms of social relation of sex allows us to understand how the ignorance of this hardship brings a collective benefit. It also indicates how important it is to offer a vision of health away from the strictly biomedical point of view, masculine neutral built.

Keywords: social relations, occupational health, care, women health