



HAL
open science

La santé au travail des aides à domicile dans le secteur gériatrique prestataire breton La difficile prévention de soi dans l'exercice du care

Soazig Disquay

► **To cite this version:**

Soazig Disquay. La santé au travail des aides à domicile dans le secteur gériatrique prestataire breton La difficile prévention de soi dans l'exercice du care. Psychologie. Université d'Angers, 2015. Français. NNT : 2015ANGE0023 . tel-01323951v1

HAL Id: tel-01323951

<https://theses.hal.science/tel-01323951v1>

Submitted on 31 May 2016 (v1), last revised 28 Sep 2016 (v2)

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.

Thèse de Doctorat

Soazig DISQUAY

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du
grade de Docteur de l'Université d'Angers
sous le label de L'Université Nantes Angers Le Mans*

École doctorale : *Cognition, Education, Interaction*

Discipline : *Psychologie*

Spécialité : *Psychologie Sociale*

Unité de recherche : *EA 4638*

Soutenue le *03 décembre 2015*

Thèse N° : *1500*

La santé au travail des aides à domicile dans le secteur gérontologique prestataire breton

La difficile prévention de soi dans l'exercice du *care*

TOME 1

JURY

Rapporteurs : **Frédérique LERBET-SERENI**, Professeure d'Université, Université de Pau et Pays de l'Adour
Luis MONTORO GONZALEZ, Professeur, INTRAS Universidad de Valencia

Examineurs : **Sandrine GAYMARD**, Professeure d'Université, Université d'Angers
Nestor Daniel ROSELLI, Professeur, Conicet Universidad Católica Argentina

Directeur de Thèse : **Angel EGIDO PORTELA**, Professeur d'Université, Université Catholique de l'Ouest

Thèse de Doctorat

Soazig DISQUAY

La santé au travail des aides à domicile dans le secteur gériatologique prestataire breton

La difficile prévention de soi dans l'exercice du *care*

Résumé

Le vieillissement de la population et les conséquences de la dépendance font évoluer les besoins d'accompagnement. Cette problématique est majeure en Bretagne. L'accompagnement de la personne âgée est réalisé par les aidants naturels et différents professionnels parmi lesquels les aides à domicile. Les enquêtes épidémiologiques présentent ces derniers comme exerçant un métier à risque : le métier relationnel, l'isolement professionnel et les conditions de travail pénibles et précaires fragiliseraient leur santé. A partir des approches écologiques et socio-environnementales définissant les déterminants du développement individuel, nous identifions une interdépendance forte entre les aides à domicile et la personne âgée. Cette recherche repose sur l'idée que la disposition de santé des aides à domicile participe au « bien-vieillir » dont ils sont des leviers majeurs. L'objectif de ce travail vise à proposer de nouveaux axes de prévention de la santé à destination de ces pourvoyeurs du *care*, dont les effets favorables contribueront à conforter l'accompagnement des personnes âgées. Nous avons réalisé une analyse approfondie sur 32 entretiens d'aides à domicile du secteur prestataire. Les résultats confirment une situation de santé sensible. Les valeurs associées au *care* et au travail social en contraignent la prévention, par un effacement de soi lié à un *care* perçu comme devant en priorité bénéficier à l'Autrui dépendant. Ce constat conduit à intégrer une nouvelle dimension dans les modèles de prévention de la santé, la capacité de « self-care », nécessitant un apprentissage et constituant le déterminant de la propension au comportement préventif, à ce jour peu mis en œuvre par les aides à domicile.

Mots clés

Aide à domicile, *care*, santé au travail, prévention, personnes âgées, *self-care*.

Abstract

The ageing of the population and the consequences of dependence are changing support needs. These problems are major in Bretagne. The accompaniment of the old person is carried out by the family and various professionals among whom the home-care worker. Epidemiological surveys have them as exercising a profession at risk: the relational work, professional isolation and painful and precarious working conditions weaken their health. From the ecological and socio-environmental approaches defining the determinants of individual development, we identify a strong interdependence between the home-care worker (caregivers) and the elderly. This research is based on the idea that the health disposition of caregivers participates in the "well - ageing" of which they are the major levers. The objective of this work is to propose new axes of health prevention destined for these providers of care, whose positive effects will contribute to consolidate support for the elderly. We conducted a thorough analysis on 32 interviews of caregivers in the service provider sector. The results confirm a sensitive health situation. The values associated with care and social work compel prevention, by erasing oneself linked to caring perceived as being in priority beneficial to others who are dependent. This observation led to integrate a new dimension in the prevention models of health, the ability to "self-care", requiring learning and forming the determinant of the propensity to preventive behavior, which to date is little implemented by the caregivers.

Key Words

Home care, care, occupational health, prevention, older people, self-care.

2011-2015

Doctorat

Ecole Doctorale Cognition, Education, Interaction

La santé au travail des aides à domicile dans le secteur gérontologique prestataire breton

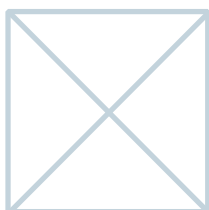
La difficile prévention de soi dans l'exercice du care

TOME 1

Disquay Soazig

Sous la direction de M.
Egido Portela Angel

Membres du jury
Egido Portela Angel | Directeur
Gaymard Sandrine | Membre
Lerbet-Sereni Frédérique | Rapporteur
Montoro Gonzalez Luis | Rapporteur
Roselli Nestor Daniel | Membre



Soutenu publiquement le :
3 décembre 2015



L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Plusieurs acteurs ont contribué à l'aboutissement de cette thèse. En premier lieu, je remercie Angel Egido Portela, Professeur d'Université de l'UCO d'Angers, qui a dirigé cette thèse. Par ses conseils, ses précisions théoriques comme méthodologiques, ainsi que son écoute, il m'a permis de progresser dans cette démarche longue et (parfois éprouvante !) que constitue l'élaboration d'une thèse. Je lui suis par ailleurs reconnaissante de la disponibilité qu'il m'a accordée tout au long de ces quatre années et salue son positionnement d'Accompagnant par lequel il m'a laissé le temps de cheminer dans mes réflexions afin de conforter les orientations données à ce travail.

D'un point de vue institutionnel, je remercie l'UCO Bretagne Nord, son Président Mr Jézéquel, et sa Direction, successivement Mr Le Berre et Mme Le Guilloux dont le dégagement d'un temps de Recherche m'a libéré une part du temps nécessaire à la réalisation de ce travail, ainsi qu'une prise en charge des frais inhérents, auxquels la Communauté de Communes de Guingamp (22) et la Fondation Génésia ont également participé par leur soutien financier pour les Recherches menées en lien avec la thématique du vieillissement sur le territoire. Je remercie également les structures de l'ESS ayant participé à cette étude, qui en rémunérant le temps des entretiens à leurs collaborateurs m'ont également facilité l'accès à la population interrogée. Je remercie également le Collège Doctoral d'Angers et son école du CEI (Cognition, Education, Interaction) pour son accompagnement universitaire et administratif.

Je remercie également l'ensemble des enseignants-chercheurs des Universités de l'UNAM d'Angers et de Nantes, de l'UCO d'Angers et les professionnels de terrain qui par leurs expertises et regards avisés sur l'avancée de l'étude ont permis de donner corps à cette thèse. Je remercie également les membres du jury de thèse d'avoir accepté d'en faire partie.

Par ailleurs, si la communauté universitaire a fortement contribué à l'aboutissement de cette étude et à donner profondeur aux données scientifiques et empiriques recueillies, l'ensemble des professionnels du secteur du maintien à domicile breton que j'ai rencontré m'a permis d'accéder à la Connaissance du terrain. Je remercie vivement les aides à domicile, auxiliaires de vie, aides-soignants, managers et dirigeants des structures partenaires pour leur participation. Evidemment, j'ai une pensée particulière pour les personnels d'intervention qui se sont livrés sur leur vécu du travail et m'ont permis d'approcher leurs réalités professionnelles.

Enfin, je remercie mes *caregivers* de chaque heure qui m'ont soutenue dans cette aventure que constitue la réalisation d'une thèse. C'est avec une émotion certaine que j'engage la rédaction de cette partie alors que je leur suis particulièrement reconnaissante de leurs contributions affectives, intellectuelles et techniques. Je pense en premier lieu à l'ensemble de ma (grande) famille, et en particulier Papa, Maman, Romuald, Samuel, Ivy, Gwénéolé, Dolorès, Camille, Eliane et Jacques qui me soutiennent depuis bien plus longtemps que l'entrée dans le statut de Doctorante. Je dédie cette thèse à mes parents qui demeurent le socle infaillible de mon quotidien. Je pense ensuite aux amis qui m'entourent et notamment Steeve pour sa curiosité sur mon travail, son affection, ainsi que son canapé et le couvert offerts à l'occasion de mes déplacements angevins ! Je remercie également Louise et Laurine, mes collègues et amies du « Pôle Sciences », ainsi que Silvie, pour le soutien particulier qu'elles m'ont apporté pendant ces 8 derniers mois de rédaction, et qui sans doute sans en mesurer le poids, ont participé à l'aboutissement de ce travail en préservant mes énergies.

Pour finir, je remercie avec une affection particulière Katia pour son travail de relecture, ses rappels grammaticaux et syntaxiques. Promis, je n'oublierai plus le « s » à « entre autres » ! Au-delà de son aide technique, je la remercie pour son soutien indéfectible en toute occasion, et sa compréhension de l'abandon des temps partagés qu'implique la rédaction d'une thèse.

En concluant ces remerciements, j'ai une ultime pensée pour Yveline et Jeanine, ces aides à domicile rencontrées « de l'autre côté de la barrière » il y a plusieurs années, dont je mesure aujourd'hui l'importance du travail exercé auprès des personnes vulnérables.

« Soigner les soignants, c'est soigner les
soignés » (Amyot, 2008, p. 398)

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION GENERALE.....	8
PARTIE 1 : SANTE AU TRAVAIL ET DEVELOPPEMENT ECOLOGIQUE HUMAIN : L'INDIVIDU AU CŒUR D'INTERACTIONS DE SYSTEMES MULTIPLES	16
CHAPITRE 1ER : L'ECOSYSTEME DE LA PERSONNE AGEE ET LES POLITIQUES SOCIALES DE L'ACCOMPAGNEMENT : (RE)CONSIDERER LA PLACE DES AIDES A DOMICILE POUR UN « BIEN VIEILLIR » DES PERSONNES AGEES	19
1. Evolution des politiques sociales en France, orientées sur les personnes âgées	22
1.1. Les principales réglementations françaises encadrant l'action sociale gérontologique	23
1.2. Orientations des plans stratégiques et dispositifs territoriaux d'intervention sociale	27
1.3. Politiques sociales « centrées » sur la personne âgée : des inadaptations d'application	30
2. Approche écologique et promotion de la santé des personnes âgées	32
2.1. L'approche écologique du vieillissement	32
2.2. Le modèle écologique de Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic & Green (1996).....	34
2.3. L'environnement « théorique » de la personne âgée.....	35
2.4. Description des acteurs caractérisant l'environnement de la personne âgée	36
2.5. La promotion de la santé des personnes âgées	38
3. Environnements multiples des personnes âgées.....	44
3.1. Les limites des niveaux du modèle de Cardinal & Al. (2008).....	44
3.2. Approche écosystémique de Bronfenbrenner (1976; 1979; 1994).....	46
3.3. La place prépondérante des acteurs de terrain pour un « <i>vieillissement réussi</i> ».....	48
4. Les enjeux de prendre soin des aides à domicile pour prendre soin des aînés	50
5. Conclusion du Chapitre 1er.....	53
CHAPITRE 2 : DES SERVICES ET DES METIERS EN DEMANDES DANS LE SECTEUR DU DOMICILE.....	56
1. L'aide à domicile : métiers et situation de l'emploi	57
1.1. Marché de l'emploi du domicile : état des lieux et projections (INSEE)	58
1.2. Agent, employé à domicile et Auxiliaire de Vie : la catégorisation des métiers.....	66
1.3. Chômage vs difficultés de recrutement : quid des postes vacants dans l'aide à domicile ?	73
2. L'aide à domicile : le présage de problématiques de santé	75
2.1. L'absentéisme révélateur d'un métier difficile ?	76
2.2. Des indicateurs d'une santé altérée	77
3. Manque d'attractivité du métier : un passif chargé d'histoire	80
3.1. Les évolutions de la domesticité d'après Martin Fugier (2004)	80
3.2. L'approche associative : don et charité chrétienne.....	81
3.3. La reconnaissance d'un statut : l'employé à domicile sous convention collective	83
3.4. Les politiques d'emploi ayant contribué à une déqualification des professionnels	84
3.5. La création du DEAVS, l'Auxiliaire de Vie Sociale diplômée	87
4. L'aide à domicile : métier à risque ?	88
4.1. Pénibilité ressentie	88
4.2. Les conditions de travail	89
4.3. Les principaux facteurs de risques du métier d'aide à domicile.....	93
4.4. L'aide à domicile ou l'étrangère intimité	94
5. Conclusion du Chapitre 2	94
CHAPITRE 3 : CARE, ETHIQUE ET DEVELOPPEMENT ECOLOGIQUE HUMAIN.....	98
1. Définitions du <i>care</i>.....	99
2. Agents/acteurs du <i>care</i>	102
3. Ethique, <i>care</i> et démocratie.....	104
4. La tension du prendre soin : se soucier des autres et/ou de soi ?	107
5. La pratique du <i>care</i>	110

5.1.	Les phases du <i>care</i> selon Tronto (1993)	111
5.2.	<i>Care</i> et/ou/est accompagnement	112
6.	Le <i>care</i> dans le modèle écologique du développement humain	115
6.1.	Des relations asymétriques	115
6.2.	La place du <i>care</i> dans l'environnement de la personne	117
6.3.	Quelle place au souci de soi ?	118
7.	La « <i>norme de sollicitude</i> » des aides à domicile selon Avril (2008)	120
8.	Les risques du <i>care</i> sur la santé des aides à domicile	121
8.1.	L'aide à domicile : missionnée jour et nuit pour le <i>care</i>	122
8.2.	L'attachement versus la distanciation	124
8.3.	La dévalorisation du <i>care</i> et le manque de reconnaissance	125
8.4.	Conflits de <i>care</i>	126
8.5.	Les dilemmes moraux et la responsabilité	127
9.	Conclusion du chapitre 3	129

CHAPITRE 4 : SANTE AU TRAVAIL : ENTRE OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RISQUES DANS L'AIDE A DOMICILE..... 133

1.	Cadre règlementaire de la santé au travail	135
1.1.	La santé à partir des risques	136
1.2.	Des TMS aux RPS : la souffrance psychique au travail	141
2.	Les modèles explicatifs de santé au travail	145
2.1.	Evolutions des objets d'études en santé au travail selon Cuny & Weill-Fassina (2012).....	145
2.2.	Courants théoriques dans le champ du travail et de la santé	146
3.	Le stress professionnel	147
3.1.	Définitions.....	147
3.2.	L'approche théorique biopsychosociale du stress	149
3.3.	Conceptions psychologiques populaires du stress au travail.....	152
3.4.	Les approches modernes complémentaires et intégratives	169
4.	Enquêtes de santé dans le secteur de l'aide à la personne : constat critique	175
4.1.	Diagnostic Santé et travail dans les services à domicile bretons.....	177
4.2.	L'effet de la formation et de l'ancienneté	178
4.3.	Le soutien social dans l'aide à domicile ?	179
5.	Démarche préventive et changement de comportements	181
5.1.	Intervention préventive	182
5.2.	Les théories du changement comportemental en prévention	183
5.3.	Agir sur sa santé : pouvoir d'agir et <i>empowerment</i> ?	186
6.	Conclusion du chapitre 4	189

PARTIE 2 : APPORTS EMPIRIQUES SUR LA SANTE ET LE TRAVAIL DES AIDES A DOMICILE DANS L'EXERCICE DU CARE 195

CHAPITRE 5 : PRESENTATION DE LA PHASE EMPIRIQUE 195

1.	Rappel de la problématique	195
2.	Hypothèses	198
2.1.	Hypothèse générale	198
2.2.	Hypothèses opérationnelles	199
3.	Méthodologie	201
4.	Introduction des résultats : caractérisation globale du corpus qualitatif	207
4.1.	Grandes lignes de l'analyse de contenu thématique	207
4.2.	L'analyse lexicographique globale du discours	209
4.3.	Cinq classes explicatives du discours.....	210
4.4.	Profils les plus représentatifs du discours classé.....	216
4.5.	Sujets abordés dans les thématiques	217
4.6.	Une place au discours non verbal	218
5.	Conclusion du chapitre 5	222

CHAPITRE 6 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS..... 223

1.	Le temps et les relations sont facteurs de stress	223
1.1.	La pression temporelle	224

1.2.	Les problématiques humaines et sociales	229
1.3.	Les contraintes interactionnelles.....	239
1.4.	Validation de H1 : « auto-boulot-auto-boulot-dodo »	240
2.	Les spécificités catégorielles	242
2.1.	Les sources de difficultés	243
2.2.	Le manque de reconnaissance différemment vécu	244
2.3.	L'absence d'expression de l'agent à domicile.....	249
2.4.	L'insatisfaction des employés à domicile.....	257
2.5.	La pénibilité psychique des Auxiliaires de vie	264
2.6.	Validation de H2 et H5 : spécificités catégorielles et de qualification.....	271
3.	Aide à domicile, rapports au care et à leur santé	276
3.1.	Caractéristiques et conséquences sur la santé de ces métiers de care	276
3.2.	Effet de la perception du public sur le travail et le rapport à la santé.....	289
3.3.	Le rapport à la santé des pourvoyeurs de care	297
3.4.	Validation de H3 : la perception du care influe le rapport à sa propre santé	304
4.	La santé au travail : prévention et stratégies d'ajustement.....	306
4.1.	« Gestes et postures » : un idéal de prévention de la santé.....	307
4.2.	Stratégies de <i>coping</i> des aides à domicile.....	307
4.3.	Validation H3/H4 : la perception du care influence la prévention de la santé au travail.....	321
5.	Conclusion du chapitre 6	322
CHAPITRE 7 : DISCUSSION ET PROPOSITIONS		324
1.	L'ambivalence du travail de care sur la santé des pourvoyeurs	324
1.1.	Le travail de care est-il mauvais pour la santé ?.....	325
1.2.	Comment concilier la réalisation du care et la prévention de la santé des aides à domicile ? .	331
1.3.	Quelle place donner au <i>self-care</i> dans la prévention de la santé des aides à domicile ?	334
1.4.	Ebauche de modèle intégratif du <i>self-care</i> en éducation préventive de la santé au travail.....	336
2.	Propositions de mesures organisationnelles	340
2.1.	Le rôle de l'Organisation dans la prévention de la santé	342
2.2.	Contribuer au développement d'une capacité de <i>self-caring</i>	351
2.3.	Synthèse des propositions organisationnelles préventives de la santé des aides à domicile...	351
3.	Conclusion du chapitre 7	358
CONCLUSION GENERALE		359
BIBLIOGRAPHIE.....		364
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....		383
TABLE DES TABLEAUX		385
INDEX DES AUTEURS		386
GLOSSAIRE		390
TABLE DES MATIERES		393

Introduction Générale

Quand on effectue de premières recherches sur les problématiques de santé au travail, on ne peut se soustraire de faire référence à la définition de la santé, faite par l'OMS en 1946. Celle-ci nous indique que la santé consiste en « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Ainsi, la santé ne serait pas qu'un état sain du corps et même de l'esprit mais représente un complet bien-être, fait de plénitude totale. Ce qui, tout en étant élégant sur le papier, nous paraît ambitieux sinon utopique. Le bien-être, plus qu'un simple état, porte dans son essence toute la complexité d'un objectif subjectif, rêvé, désiré et peut-être illusoire si nous nous regardons chacun autant que si nous regardons autour de nous. Ainsi, nous pouvons « être bien » sans être heureux (est-ce aussi cela le bien-être ?), et être épanoui (une autre approche du bien-être) en ressentant de temps à autre des douleurs dans le dos, conséquence d'une activité quelconque ou d'une contrariété avec notre adolescent bien décidé à nous montrer qu'il grandit et qu'il a lui aussi un avis sur tout. De même, je peux être prêt(e) à courir le marathon de Paris et en même temps être affecté(e) d'un échange houleux la veille au soir avec mon ami(e). Ces rapides illustrations révèlent la complexité d'atteindre un bien-être devant regrouper un sentiment positif de plénitude dans pléthore des composantes de mon être (qu'elles soient physiques, psychologiques, affectives, cognitives, sociales). Mais alors, qu'est-ce donc que ce bien-être ? Comment l'articuler à la santé ? Comment santé et bien-être sont devenus avec le temps des problématiques quotidiennes omniprésentes (parfois persécutantes) de notre environnement dans notre société ?

Peut-être déjà parce que références phares dans les médias, la quête du bien-être et les bonnes pratiques visant à préserver la santé, sont devenues en soi produits de marketing, à la fois tendances et vendeurs. Ainsi, d'aucun se souvient encore des premières publicités faisant prendre conscience au téléspectateur de ces millions de minuscules bactéries, symbolisées par des pâtes alphabets, présentes sur nos mains, nos poignées de portes, nos toilettes, le chien, etc. De quoi s'inquiéter pour certains ou au moins de réfléchir à deux fois avant de serrer des mains pour les autres. On reviendra d'ailleurs quelques années plus tard à ces images, quand, menacés par l'invasion de la Grippe A en 2009 (comme si la crise économique de 2008 ne suffisait pas), les masques ont débarqué en nombre en France pour nous sauver, et les gels hydro-alcooliques ont brûlé nos mains au bureau, autant que les procédures d'hygiène plaquées au mur nous ont piqué les yeux et ont rafraîchi les contacts sociaux. Ici, la santé n'était plus question de tendance mais davantage de crainte alors que descendant de l'avion cette même année, nous étions scannés et nos corps réécrits à la mode arc-en-ciel, histoire de vérifier si nous allions pouvoir profiter de nos vacances réservées depuis plusieurs mois, attendant la sentence, transpirant d'un nez qui coule, en espérant, les yeux rivés sur l'écran, que cette nouvelle représentation de nous ne vire pas au rouge.

Mais ne nous égarons pas davantage dans ces propos caustiques et revenons à nos boutons. La santé, c'est vendeur disions-nous. Mr Propre est une référence dans nos placards de ménagères (!), et nous

aurons bien compris que « manger bio », « manger 5 fruits et légumes par jour » ou encore « manger et bouger » sont de l'ordre de notre salut. Ces deux derniers slogans préventifs visant à réduire les comportements de consommation contre-indiqués à l'allongement de notre espérance de vie sont ainsi devenus arguments de vente. Nous disions également de la santé qu'elle est tendance. Il suffit de constater comment nombre d'entre nous sont devenus « apprentis médecins », dont la formation s'est écrite en parcourant les forums et les sites internet médicaux. Ainsi, la douleur que nous ressentons au rein et le réflexe de prendre le téléphone pour prendre rendez-vous avec Dr Vraimédecin de Famille, est devenu la saisie de « douleur rein », touche *enter*, sur Google. L'hypermédiatisation et l'hyper-accessibilité à l'information en deviennent sources d'inquiétude alors qu'ayant désormais accès à toute connaissance en direct sur internet (que l'information soit exacte ou erronée), la culture s'empare en parallèle du phénomène, non sans un certain réalisme des figures portées par les personnages en ce qui concerne les représentations et valeurs portées par les métiers du « *cure* » et du « *care* », et dont Laugier (2009, pp. 190-197) présente une analyse intéressante des séries américaines telles que « Dr House », « Urgences » et « New York 911 ». Les séries portant sur l'univers médical ne sont pas nouvelles. Georges Clooney s'est fait connaître, bien avant de boire du Nespresso, pour son rôle du Docteur Ross dans « Urgences » (« ER »). De même, après 16 saisons à suivre les amourettes en I.V. du Cook County, on attend aujourd'hui chaque nouvelle saison de Grey's Anatomy (autre série du genre) avec impatience, la blouse blanche ayant toujours eu son aura. De plus, au-delà du 7^{ème} art et de la TV, nous notons l'arrivée et le développement de nouveaux jeux de société portant sur la thématique de la santé (loin du Dr Maboul de notre enfance), tel que « Pandémie » (sorti en 2008) et ses six extensions (ou adaptations) qui visent à faire des membres de l'équipe (enrôlés dans le jeu en tant que Médecin, Chercheur, Expert aux opérations...), des sauveurs de l'humanité, capables de produire des remèdes et d'éradiquer des souches virulentes de bactéries symbolisées par de simples cubes de couleurs. Enfin, pour compléter la présence de références au bien-être (sorti de ces liens à la maladie et de la « saine » santé), multiples arts, habitudes et philosophies de vie inondent désormais nos marchés comme la sophrologie, le Qi Gong, le bien-être intérieur et dans mon intérieur, le Feng-Shui et bien d'autres encore. Aujourd'hui, on ne se fait plus simplement masser pour se sentir bien mais aussi pour être en forme. L'émergence de toutes ces disciplines et/ou produits culturels sont en quelque sorte à la fois un indicateur de l'intérêt que nous portons au sujet ainsi qu'un indicateur de la tentative d'accéder à cet objectif (lune) du bien-être total et complet. Parce que la santé, c'est aussi parfois inéquitable, injuste et/ou improbable.

En Bretagne, nous pouvons faire référence aux déserts médicaux ; en campagne à la (longue) distance à parcourir pour rejoindre la maternité quand le travail a commencé ; à la ville, aux hôpitaux et leurs spécialistes de renommée ; dans le « Milieu », aux erreurs médicales ; dans le social, aux non-remboursements toujours plus nombreux de certains médicaments ; dans la famille, à la maladie héréditaire ; dans la société, à des accès inégaux aux soins pris en charge ; dans le monde, à la simple considération qu'il faille prendre soin de qui que ce soit... La justice n'existe donc pas quand on parle de santé. Mais, pour autant, dans nos contrées, la communication appelle à flirter avec le bien-être, parfois de façon moralisatrice (nous avons déjà évoqué la question de la nutrition dont les formations se

développent également pour professionnaliser ces nouveaux métiers prometteurs en terme d'activité et de prévention), voire culpabilisatrice, comme avec ce besoin de faire du sport, nous qui ne bougeons plus assez, et qui devrions nous remuer pour aller courir dimanche matin, et même nous inscrire à un cours de zumba ou de fitness (dont les centres se développent de plus en plus, servant une politique du mieux-être, en même temps peut-être que le bien-être).

Bref, la santé apparaît comme un concept central, actuel et nécessaire aux populations. C'est une affaire de tous, par tous. En théorie, nous le verrons. Que l'on fasse référence à la santé publique (prévention tabacologique, alcoolisme, cancer...), aux soignants, aux malades, aux gens « sains », aux politiques et politiciens et... aux employeurs. Employeurs et même employés, puisque la santé est entrée au travail, sous couvert de réglementations d'un état qu'il devient indispensable de préserver, pour l'Homme, et pour... l'(les) économie(s). Bien sûr, voilà quelques années déjà que les problématiques de santé au travail ont émergé (Cuny & Weill-Fassina, 2012), passant de l'étude des capacités des individus à effectuer leur travail, à celle des impacts du travail sur la santé physique, puis aux effets psychologiques, tout en considérant au passage la gestion des coûts de la maladie, des absences et des accidents dans les entreprises. Aujourd'hui, faire une recherche avec des mots-clés tels que « santé », « stress », « fatigue », « risque(s) » dans un contexte professionnel référencera grand nombre de références scientifiques sur la thématique. Ces recherches ont d'ailleurs crû de manière exponentielle ces vingt dernières années. En tant que psychologues sociaux, nous nous intéressons aux approches psychologiques liées à la santé, à la fois sur des sujets comme le stress et les risques psychologiques et sociaux (psychosociaux ?), qui nous apparaissent être les variables complexifiant l'atteinte probable d'un état complet de bien-être pour les individus, dans notre cas, en situation de travail, puisque nous réalisons nos travaux auprès d'actifs.

Cette attention pour le sujet ne m'est pas nouvelle. Après deux premiers mémoires lors de mon parcours étudiantin portant sur le stress et les stratégies de *coping* des enseignants en 2007 et, l'année suivante, l'étude du climat social d'une industrie agroalimentaire dans laquelle j'ai également exercé deux ans au sein du service RH une fois le diplôme obtenu, j'ai réalisé un troisième travail quelques années plus tard, sur l'étude des effets de la désirabilité sociale lors de l'évaluation du stress, en cela qu'elle constitue peut-être un indicateur comme un biais lors des diagnostics, de même qu'un frein ou une ressource à l'individu lorsqu'il rencontre une situation problématique. Ainsi, dans un premier temps ciblé sur les stratégies d'ajustement du cadre, à ce moment considéré comme le « stressé-de-choix » (sic), nos travaux se sont étendus à la compréhension de ce qui pouvait rendre difficile ou empêcher les études du stress dans les entreprises, dont plusieurs freinent encore à s'engager dans des démarches d'interventions, de même qu'à la considération des personnels non cadres, qui ne sont pas à l'abri de vivre des situations de stress, à l'instar du positionnement de Neboit & Vézina (2002), pour qui les niveaux d'astreinte les plus élevés ont été enregistrés parmi les professionnels soumis à des cadences imposées. Puis, la suite de mon parcours professionnel m'a conduite à prendre la responsabilité d'une formation de futurs responsables de structures d'aide à la personne dépendante, alors que je m'engageais dans ce travail de thèse. Cette prise de poste s'est corrélée à une immersion dans le secteur gérontologique, notamment au sein des services d'aides à

domicile, en allant sur le terrain rencontrer les professionnels de l'encadrement puis leurs équipes, alors que je découvrais le contexte difficile de l'exercice du métier de leurs collaborateurs, ces personnels d'intervention à domicile.

Ce contexte s'exprimait premièrement par des indicateurs objectifs d'après des relevés de données internes, tels des taux d'absentéisme et de roulement du personnel supérieurs aux moyennes observées au niveau national et dans le secteur d'activité. Par ailleurs, l'encadrement rencontré faisait part de leur propre difficulté à organiser le travail de leurs équipes, dont ils reconnaissaient les plaintes des salariés quant à la pénibilité de leur métier physique, peu rémunéré et à temps partiel, donc au combien précaire, alors que déjà exercé souvent par des femmes peu ou pas qualifiées et en situation sociale et familiale peu favorisée. Cette vulnérabilité trouve échos dans les travaux qui ont été réalisés dans ce secteur, porteur d'emplois du fait du vieillissement des populations, permis par l'allongement de l'espérance de vie. Ces difficultés témoignées par l'encadrement quant à organiser le travail, animer et accompagner leurs équipes dans leur activité, additionnées à la pénibilité du métier et les indicateurs organisationnels relevés comme alertants, nous ont conduits alors à nous questionner sur leur capacité à voir leur santé préservée au travail et comment la prise en charge de cette problématique était réalisée par les organisations. Autrement dit, les employeurs ayant obligation de sécurité et de prévention de la santé de leurs salariés, et l'OMS appelant à un objectif de bien-être complet en terme de santé, comment les collaborateurs de terrain étaient-ils accompagnés dans ce secteur particulier de l'aide à domicile, à cette fin ?

Ainsi, en lien avec ces interrogations, ce travail porte donc sur l'étude des métiers du domicile, en particulier les aides à domicile, qui fonction de leur niveau de formation croissant sont respectivement distingués (au sens de leur nouvelle convention collective de 2012 ; Branche de l'Aide à Domicile (BAD)) en tant que « agent à domicile », « employé à domicile » et « auxiliaire de vie ». Nous nous sommes intéressés à leur santé et la manière dont ils la perçoivent, en interaction avec leur activité professionnelle, leur équipe de travail et leur encadrement. Alors que Vézina (2002a) évoque la problématique du stress professionnel comme une démarche possible d'opérationnalisation des problèmes de santé psychiques au travail, notre réflexion porte spécifiquement sur les impacts psychiques du travail sur leur santé, et donc leur bien-être, au-delà des mesures préventives prises auprès de ces professions peu ou pas qualifiées pour préserver leur corps.

Le choix de cette population s'est faite certes du fait des interrogations remontant du terrain mais aussi en lien avec la particularité de ces métiers à être en position de semi-soignants, accompagnateurs, et nous le verrons, « accompagnants », professionnels du *care*. En effet, la vulnérabilité et le développement parallèle de la profession nous ont amenés à nous intéresser spécifiquement à cette population dont le prendre soin est le quotidien, et à la manière dont ils se positionnent vis-à-vis de leur propre santé dans leur pratique et le vécu professionnels alors que leur mission de soin est par essence la mission première de leur métier. En d'autres termes, peut-on être accompagnant de la fragilité et par la même occasion, dans quelles mesures ces professionnels altruistes ont-ils l'occasion, la volonté, la pensée et le moyen de prendre soin d'eux-mêmes ? Quels processus émergent en vue d'une prévention de leur propre santé au travail,

lorsqu'ils sont en difficulté ou mis à mal d'une part ; ou, d'autre part, dans un cadre normal, classique et non problématique de l'activité professionnelle ?

En Bretagne, le vieillissement de la population est une réalité particulièrement marquée et les projections qui se profilent indiquent que la région doit se préparer à un accroissement du phénomène et anticiper les répercussions entraînées sur le nombre de personnes dépendantes que les structures sanitaires et sociales vont accompagner dans les années à venir, et qui vont se traduire notamment par un essor des services d'aides à domicile au travers de l'accroissement des effectifs de leur personnel d'intervention, dont la professionnalisation est en marche depuis quelques années pour préparer les professionnels de terrain à un travail qui les confronte de plus en plus à la dépendance, la maladie et la fin de vie. Le premier chapitre de notre travail fait état de cette situation ainsi que des dispositifs et politiques existants en vue de permettre à nos aînés d'atteindre l'objectif de « bien-vieillir », concept flirtant avec un vieillissement en santé et en bien-être, dans un contexte où ce dernier est à la mode tel que nous venons de l'introduire.

A partir des modèles écologiques (Bronfenbrenner, 1979; 1994) et de l'approche socio-environnementale (Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008) qui visent à considérer l'ensemble des déterminants de l'environnement dans le développement d'un individu, et dont nous considérons que la place laissée aux acteurs communautaires reste trop discrète, nous mettons en évidence l'interdépendance forte existant entre les acteurs de l'accompagnement à domicile et la personne âgée dans la prévention et la promotion de la santé des personnes âgées. A contre-pied des discours actuels qui prônent une action « centrée sur la personne âgée » pour lui permettre un vieillissement en santé, nous nous appuyons sur ce lien fort que nous identifions du rôle des acteurs de l'action sociale au domicile sur le « bien-vieillir » des personnes âgées aidées, pour postuler que l'attention que les services voudront bien porter aux professionnels de ces interventions contribuera à un accompagnement aussi adapté que conforme aux attentes de l'accompagnement des aînés. En effet, si l'interdépendance est élevée entre la personne aidée et son aidant professionnel, la santé et le bien-être de ce dernier constituent un levier déterminant à la qualité de sa pratique et la relation de *care* qui conditionne un accompagnement adapté. Parmi les acteurs intervenant à domicile des personnes âgées, nous choisissons de porter notre attention spécifiquement sur les aides à domicile, ces professionnels dont les effectifs croissent et vont s'accroître encore, dans un contexte où leur action de *care* – cette attention portée à l'Autre qui ne bénéficie pas de la reconnaissance des actes nobles du soin – se traduit entre autres par une vulnérabilité caractérisée par la difficulté d'un métier relationnel exercé dans un isolement professionnel et dont l'emploi demeure précaire (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012; Loones & Jeauneau, 2012).

Ainsi, si le premier chapitre pose le cadre réglementaire et le contexte du secteur gérontologique afin de s'immerger dans ceux des praticiens du *care* dont nous identifions qu'ils constituent les rouages majeurs des politiques sociales, le second chapitre oriente son propos sur les professionnels de l'action sociale et plus particulièrement ceux intervenant au domicile. Ce choix s'effectue en accord avec les réalités actuelles, car c'est dans cet environnement spécifique que les besoins se font nombreux, en réponse aux places insuffisantes en établissement et en accord avec les désirs de plus en plus nombreux des personnes âgées

que de vieillir à domicile (Amyot, 2008). Le second chapitre présente la situation et le contexte d'emploi du secteur du service à domicile, ainsi que les problématiques mises en évidence dans le métier d'aide à domicile (Ennuyer, 2003; 2006; Dussuet, 2005; 2008 ; Amyot, 2008), complémentaires des enquêtes épidémiologiques (SUMMER 2003, 2010 ; DARES, 2006 ; DREES, 2008). L'histoire de l'aide à domicile apporte des éléments afin de comprendre le manque d'attractivité du secteur qui s'exprime entre autres par des difficultés de recrutement, de l'absentéisme et un turn-over caractéristiques de la pénibilité du métier. La présentation de ces données met en évidence une situation défavorable caractérisant les difficultés physiques de l'exercice du travail, mais également celles liées à la relation d'aide, et aux conditions de travail. De même, au travers de l'étude de la convention collective de ces acteurs du domicile, nous en venons à distinguer le métier d'aide à domicile en considération de ses différentes catégories d'emploi, qui se caractérisent par leurs missions, le public accompagné ainsi que leur qualification et qui nous conduisent à poser l'hypothèse que les problématiques relevées par les différentes études épidémiologiques ne devraient s'affranchir de différencier les métiers présentant chacun des spécificités d'exercice. Toutefois, en complément de cet état des lieux, nous postulons par ailleurs que le travail de *care* contribue, par son attachement fort à la pratique sociale et ses valeurs d'altruisme, à renforcer l'attention déjà défendue par les politiques sociales sur l'Autre, ce qui pourrait contraindre une prévention de soi de ces acteurs. Cette réflexion naît de l'intégration de notre travail dans des approches écologiques et transactionnelles dans lesquelles le contexte et l'environnement déterminent les comportements et les attitudes. Ainsi, au même titre que les croyances et les normes orientent les pratiques de tout individu, nous considérons que les métiers du *care* évoluent dans un cadre normatif renforcé des caractéristiques du *care*, entre pratique apprise et tendance innée au souci de l'Autre.

Ainsi, le chapitre 3 présente le concept et l'éthique sur laquelle repose le *care*, considérés comme impactant le développement individuel du professionnel, suggérant qu'ils sont liés à la fois à la pratique d'aide et la santé, au travers du cadre normatif ainsi caractérisé des valeurs du *care* et des métiers de l'accompagnement. Finalement, nous initions dans ce chapitre que le discours d'un *care* qui renforce l'attention à porter à l'Autre présente le risque pour le professionnel de s'en sacrifier ou au moins d'en oublier ses propres besoins, malgré une démocratie du *care* défendue par Tronto (1993), pour qui chacun doit pouvoir se reconnaître comme récipiendaire de cette sollicitude. Cela nous conduit alors à identifier des risques complémentaires pour ces métiers du domicile en termes de santé, dont nous abordons le cadre théorique des modèles de santé au travail dans le chapitre 4.

Les approches de la santé au travail ont évolué d'une orientation où l'on cherchait à adapter l'Homme à son travail vers une adaptation des Organisations aux individus (Cuny & Weill-Fassina, 2012), en accord avec les obligations de sécurisation du travail par les entreprises tant en ce qui concerne les risques professionnels que les risques psychosociaux, et dont les enquêtes épidémiologiques réalisées auprès des aides à domicile révèlent des indicateurs de vulnérabilité tels que l'isolement professionnel, le stress ressenti et une pénibilité perçue du travail plus importante, notamment dans les services prestataires, qui constituent une des trois principales modalités d'emploi des aides à domicile, face à l'emploi direct par la

personne âgée et le service mandataire¹. Un aide à domicile exerçant sur le mode prestataire est salarié d'une structure qui organise son travail et offre des prestations dont les personnes âgées sont clientes (bénéficiaires). En cela, les résultats critiques en service prestataire nous ont interpellés alors que ces Organisations, fonctionnant finalement à l'image d'une entreprise qui coordonne le travail d'une équipe en lui assurant salaire et formation professionnelle continue, ne semblent pas répondre aux problématiques d'isolement professionnel et de précarité que l'on pourrait penser plus sensibles dans les configurations de l'emploi direct ou du mandataire au sein desquels la personne âgée est employeur de l'aide à domicile, loin, nous semble-t-il, du cadre organisationnel que peut offrir une institution soumise à des réglementations dont l'application est plus « suivie ». Ainsi, malgré un contexte plus sécurisant (annualisation des salaires, emplois en CDI, accès à la formation, encadrement du travail, etc.), la pénibilité y est perçue plus importante. Si les critères objectifs nous laisseraient à penser que le mode prestataire favorise la prévention de la santé des aides à domicile, le vécu apparaît différent. Les modèles de la santé au travail considérant l'importance de la subjectivité dans le rapport entre environnement de travail et santé participent à s'attacher à écouter cette perception. Eût égard à l'importance que donne le courant transactionnel aux perceptions, représentations et évaluations cognitives, nous présentons notamment les modèles théoriques associés (Lazarus & Folkman, 1984; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996) alors qu'ils s'intègrent bien au contexte écologique dans lequel nous plaçons notre étude. De même, en lien avec des activités du *care* qui demandent de multiples adaptations aux professionnels pour s'ajuster aux consignes aux frontières du travail prescrit et réel, les théories contemporaines donnant une place à l'individu dans un environnement systémique sont également intéressantes, à l'image entre autres des apports de Clot (2008), Dejours (1995, 2000) et Vézina (2002).

Notre étude repose donc sur un cadre théorique considérant l'individu dans un environnement systémique aux interactions multiréférencées, dans lequel les perceptions et les évaluations cognitives de l'environnement de travail par l'individu sont liées à sa santé. Les risques que nous identifions d'une contrainte supplémentaire qui serait entraînée par le poids historique et moral de l'action sociale – du *care* – et par les discours des politiques sociales qui s'orientent toujours sur un Autre que soi, nous conduisent à envisager que la santé des aides à domicile pourrait être également dommagée d'un manque de prévention. Cette carence pouvant relever d'un oubli de soi conséquence des représentations du *care* à offrir à l'aidé vulnérable (l'Autre que soi), et qui réduirait les intentions initiant un changement de comportement au sens des théories de prévention de la santé, comme le modèle de Godin (2002), reposant sur les travaux de Ajzen (1991) et Fishbein & Ajzen (1975), appliqués à la santé.

L'ensemble de ce cadrage théorique, mêlé aux différentes rencontres effectuées sur le terrain, nous a ainsi conduits à questionner le quotidien de ces professionnels du *care* à domicile, en cherchant notamment à clarifier les résultats des enquêtes épidémiologiques sur des atteintes de la santé par une méthodologie

¹ Les distinctions du fonctionnement de ces modes d'emploi sont présentées dans le glossaire en fin de document (tome 1).

prioritairement qualitative, et ce dans la considération des spécificités des différentes catégories d'emploi (caractérisées par leur qualification) du métier d'aide à domicile. De même, nous nous sommes attachés à recueillir le discours des professionnels dans l'importance de leurs perceptions et représentations propres vis-à-vis de leur métier et de leur situation, afin de pouvoir étudier à la fois leur rapport à leur santé ainsi qu'à leur pratique et éthique du *care*. Enfin, nous intéressant à la santé de ces professionnels, nous avons par ailleurs sondé les stratégies d'ajustement qu'ils pouvaient mettre en place face à une difficulté et/ou une souffrance de l'exercice du *care* auprès des personnes âgées. Notre recherche nous conduit à la suite de la présentation des résultats qui valident nos différentes hypothèses présentées dans le chapitre 5, et dont l'analyse et l'interprétation constituent l'objet du sixième chapitre, à repenser ces modèles spécifiquement pour les métiers du *care*, dans lequel la capacité à agir, *l'empowerment* vont se confirmer indispensables à la pratique préventive (qui s'est avérée globalement appauvrie, sur un plan Organisationnel et individuel). Nous aborderons ainsi dans le dernier chapitre en quoi la prévention de la santé des pourvoyeurs de *care* nous apparaît conditionnée par une nécessaire capacité au « *self-care* », autrement dit demande un apprentissage du souci de soi, en tant que capacité à prendre soin de soi, dans l'exercice du *care*. Le chapitre 7 souligne ces réflexions émergeant de l'analyse des résultats des données recueillies qualitativement (par des entretiens auprès de 32 aides à domicile) et quantitativement (au travers du traitement de 96 questionnaires d'aides à domicile) sur le terrain, et se termine sur la proposition d'un nouveau modèle de prévention de la santé sur lequel pourrait reposer l'élaboration de nouvelles pratiques préventives dans le secteur, et dont nous proposons quelques pistes concrètes d'adaptation à court terme à partir des résultats de notre étude auprès des professionnels bretons des services prestataires d'aide à domicile, ainsi que des propositions d'actions concrètes à court terme à l'attention des managers de ces services.

Le **tome 2** de cette thèse rassemble les **annexes** au présent document (tableaux, figures, verbatim illustratif des entretiens, etc.). Un mode d'emploi est présenté en page IV² du tome 2. Le tome 2 vise à accéder à des éléments complémentaires servant les propos théoriques et empiriques, sans alourdir le livrable principal. Un **glossaire** en fin du **tome 1** référence les acronymes utilisés et les définitions éventuellement associées.

² Les numéros de pages du tome 2 sont représentés par des chiffres romains.

PARTIE 1 : SANTE AU TRAVAIL ET DEVELOPPEMENT ECOLOGIQUE HUMAIN : L'INDIVIDU AU CŒUR D'INTERACTIONS DE SYSTEMES MULTIPLES

Le vieillissement des populations se traduit par une augmentation du nombre de personnes âgées en plus des effets de l'avancée en âge facilitée par les évolutions techniques et médicales notamment. Les populations font l'objet de fortes attentions par les gouvernements qui doivent assurer la sécurité des populations. Ainsi, l'on voit se multiplier, se renouveler et s'étendre chaque année les politiques sociales d'accompagnement concernant les personnes âgées. Elles visent à prendre en compte les besoins des personnes et d'y répondre au mieux, au moyen de ressources humaines, matérielles et financières diverses.

Un élément phare de la politique des anciens porté par notre pays est ce besoin primordial que de mettre la personne âgée « au centre du dispositif », veillant ainsi à lui laisser sa liberté et son autonomie... dans une expression en réalité assez relative. Toutefois, il convient de prendre soin des générations âgées, tant sur un plan politique qu'humain, ce qui concoure au développement des dispositifs mis en place et les instances de réflexion sans cesse (re)créées. La volonté est saine que d'avoir pour objectif de prendre en compte la personne dans ce qu'elle a d'humain. Les dispositifs d'accompagnement des personnes veillent à maintenir au centre des interventions cette approche de vie, redonnant sens à l'accompagnement, au milieu des dossiers, demandes d'aides financières, et différents acteurs en place (personnels soignants, mutuelles, caisse de retraite, conseils généraux, etc.).

Bronfenbrenner (1979) et son modèle du développement écologique humain indique combien l'individu est sans cesse en interaction avec nombre de systèmes, plus ou moins proches de lui, et dont les effets au sein de l'un (directs ou indirects) ont également un impact sur l'individu, lui-même au centre de ce modèle systémique. Ainsi, l'individu évolue, se développe, s'accomplit, se freine des actions et forces provenant de son environnement (que celui-là se pense en terme de famille, de relations de travail, de politiques sociales, de conjoncture, etc.). Ainsi, le bien-être, la bientraitance désirée des textes réglementaires destinés aux personnes âgées s'agitent autour de l'entourage des personnes, des décisions légales, des actualités politiques et sociales, des versements des caisses de retraite, et, bien sûr, des services professionnels qui assure soutien, accompagnement ou soin aux vulnérables et/ou dépendants.

Les services d'aides, qu'ils soient représentés par des établissements hospitaliers, territoriaux, des résidences seniors ou bien par des structures favorisant le maintien à domicile, jouent donc un rôle important dans l'accompagnement des populations âgées, dont le premier aidant naturel finit par se fatiguer des exigences de porter la maladie du conjoint ou du parent. Ainsi, même, au sens de Bronfenbrenner, la nature de l'interaction avec l'aidant professionnel va impacter la personne âgée elle-même. Ce travailleur du *care* étant lui-même aussi soumis à son propre multi-système, fait de contraintes familiales, d'impacts liés aux effets conjoncturels liés à l'emploi, aux organisations et fonctionnement de son employeur, aux types de management de ses supérieurs hiérarchiques, etc.

Or, pour bien accompagner les seniors, quelles politiques d'accompagnement porter ? Comment faire que le *caregiver*, puisque c'est sur eux que nous allons (dé)centrer notre étude, soit en position, capacité et envie d'accomplir sa mission, en conformité avec ses valeurs et une éthique du *care* ?

Notre premier chapitre s'attache à identifier ce qui caractérise les politiques du vieillir en France et en Bretagne afin de mettre en évidence le rôle opérationnel des aides à domicile dont nous rapportons les caractéristiques des métiers, du secteur et de leurs problématiques dans un second chapitre.

Au-delà de ce qui était déjà rapporté des risques professionnels, physiques, du métier d'aide à domicile (CNAMTS, 2008), Disquay & Egido (2013) ont fait état d'une souffrance émotionnelle et psychologique de ces personnels d'intervention dont les raisons peuvent être expliquées entre autres par leurs situations d'isolement (Loones & Jeunneau, 2012), leurs conditions de travail pénibles (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012) et le manque de reconnaissance auxquels ils font face (Ennuyer, 2003). Comment alors, pour reprendre l'idée des propos précédents, apporter un *care* adapté, attendu, de qualité, dans une interaction emplies de relations asymétriques et affectives, si le travailleur du *care* est lui-même, en souffrance, vulnérable ?

Ceci nous renvoie toutefois au discours de Tronto (1993) qui porte l'idée que nous devons accepter que nous sommes tous récipiendaires du *care* – ce concept qui regroupe les activités d'accompagnement, d'aide, de soin, de sollicitude et que nous détaillerons dans le Chapitre 3 – ce qui fait du *care* un élément de démocratie et non dispositionnel.

Comment donc intégrer cette réalité d'un *caregiver* – le pourvoyeur de *care* – qui est lui-même en position d'être l'objet du *care* ? Comment s'articulent ces positionnements en interaction avec la pratique et le vécu professionnel ? Nous y rapporterons les questionnements soulevés par l'éthique et la pratique du *care*, afin de questionner la possibilité d'une politique du *care* en entreprise, au bénéfice des professionnels. Comment lire ainsi le management et l'animation des équipes comme une forme de *caring* ? Une transposition est-elle envisageable ? Sous quelle forme ? Quelle place donner à l'individu recevant le *care*, pour le maintenir dans l'autonomie et l'activité ?

Ces éléments nous invitent à creuser ce que le concept de *care* représente dans l'absolu, et de s'interroger sur la manière et aux processus selon lesquels le pourvoyeur du *care* en devient, dans d'autres circonstances, le bénéficiaire. C'est en ce sens que sont abordés ensuite les cadres conceptuels associés au *care* et à l'éthique du *care* dans un troisième chapitre, puis les apports théoriques inhérents aux modèles de la santé au travail (Chapitre 4), alors que le *caregiver* est lui-même l'objet potentiel de risques professionnels et psychosociaux (qui pourraient donc impacter leur pratique du *care*, si l'on envisage le *care* à la fois comme une activité et un trait de personnalité, ou tout le moins, un engagement personnel dans la relation). Derrière le trait de personnalité, nous pensons notamment à la tendance à l'altruisme qui se traduit par un souci de l'autre. Il pourrait alors exister un trait de personnalité qui traduise le *care*, à l'image des théories des « Big Five » et autres différents traits analytiques (John & Srivastava, 1999). Cela traduirait alors une tendance à se soucier des autres qui puisse être naturelle, et donc innée, qui

viendrait se confronter à un comportement de *care* acquis, possiblement de l'éducation, ou résultant d'un apprentissage. La tendance au souci de soi pourrait alors relever davantage de valeurs associées, impactant tout autant les comportements et les pratiques que l'on peut apprendre par ailleurs.

Ce que nous interrogeons des apports des sciences humaines et sociales quant à la santé des individus au travail porte sur les liens qui existent entre l'un et l'autre (travail et santé) et quels indicateurs nous apparaissent importants au regard des apports et des variables déjà mis en évidence dans la littérature scientifique. Nous interrogeons également à la lumière des études passées et de nos propres réflexions, les rôles des différents acteurs dans la prise en charge de la santé des individus au travail, en considération des pratiques, des activités et des vécus. Quel est le rôle de l'employeur ? Quelle responsabilité et agentivité du salarié ?

Nous verrons que porter son attention sur le professionnel de l'accompagnement social constitue une dimension centrale de l'atteinte de cet objectif du bien prendre soin de nos anciens pour leur permettre ce fameux « bien-vieillir ». Nous choisissons de nous centrer sur des professionnels à l'interface de l'environnement de travail et de l'intimité du domicile – les aides à domicile –, en cela que leur métier représente à nos yeux un contexte complexe à appréhender pour les professionnels du *care*, dans leur mission d'accompagnement des publics vulnérables.

Chapitre 1er : L'écosystème de la personne âgée et les politiques sociales de l'accompagnement : (re)considérer la place des aides à domicile pour un « bien vieillir » des personnes âgées

Les politiques sociales et de santé concernant les personnes âgées œuvrent pour un vieillissement « réussi » et en bonne santé. A cette fin, différents dispositifs et mesures sont mis en œuvre en termes de prévention et de promotion de la santé. Ce chapitre en propose une présentation, ainsi que l'enjeu de mener de telles actions. L'écosystème actualisé de la personne âgée est précisé à partir de modèles écologiques comme ceux de Richard Potvin, Kishchuk, Prlic, & Green (1996), Cardinal et Al. (2008) ainsi que Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979; 1994), dont une réadaptation est proposée à partir de leurs apports conceptuels conjoints et les relevés de notre pratique de terrain. L'analyse des politiques du vieillissement et de l'environnement écologique de la personne âgée nous conduisent au terme de ce chapitre à orienter notre Recherche sur la situation professionnelle des aides à domicile qui nous apparaissent un levier indispensable du bien vieillir de nos anciens, dans des processus interactionnels décisifs d'actions visant la promotion et la prévention de la santé.

Les orientations politiques aspirent et revendiquent leur souhait d'accompagner au mieux les personnes vieillissantes de leur pays. En France, un ensemble de réglementations cadre les attentes et objectifs d'accompagnement des personnes âgées. Ces éléments s'entendent sur un plan médical bien sûr, mais également sur un plan social, voire psychosocial.

D'après la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, Genève, 1986), il est même précisé que « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyen pour l'améliorer* ». Cette promotion s'appuie sur la capacité à disposer et activer les ressources personnelles, physiques et sociales, montrant que la promotion de la santé ne relève donc pas du seul secteur de la santé dans la quête « *du bien-être complet de l'individu* ».

Cette prise en compte communautaire, sociétale fait suite à la situation de cette population spécifique, ces personnes catégorisées « âgées » lorsqu'elles ont atteint l'âge de 60 ans, jusqu'à il y a peu l'âge du départ en retraite. Cette tranche de la population donc, tend à augmenter alors que les baby-boomers français nés de l'après-guerre sont devenus les papy-boomers de la fin des années 2000. Avec les recherches portant sur le vieillissement actif, on préfère, sur un plan social (et marketing ?) utiliser le terme de « sénior » pour nommer ces personnes retraitées dont le vieillissement se traduit par une forte activité, par exemple illustré par les engagements associatifs, politiques, etc.

Les évolutions technologique, médicale, environnementale ont également contribué à l'augmentation de l'espérance de vie, qui se porte aujourd'hui à 79,2 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes (Bellamy & Beaumel, 2015).

Ces deux éléments conjoncturels contribuent à expliquer la forte proportion des personnes âgées dans la population globale. Les prévisions indiquent par ailleurs que cette tendance au vieillissement des populations va se poursuivre. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmenterait de 10 millions d'ici 2060 d'après les projections 2007-2060 de l'INSEE. Cette population représenterait alors un tiers de la population totale (Blanpain & Chardon, 2010). Les plus de 65 ans représenteront 29.2% de la population française en 2050 d'après Sermet (2004).

En Bretagne également, des besoins spécifiques de la population âgée sont identifiés comme en développement, ce qui appelle à adapter l'offre de soin. En effet, les projections INSEE (citées dans le Plan Régional de Santé (Bertrand P. , 2012)) prévoient non seulement une augmentation de la population bretonne d'ici à 2030, mais également que les bretons de plus de 60 ans représenteront un tiers de la population régionale (contre un quart en 2008) et donc 20 à 30 ans plus tôt qu'au niveau national. Les plus de 80 ans, représentés à hauteur de 5% dans la population vont fortement augmenter dans les années à venir, pour doubler d'ici à 2050 (85 ans étant l'âge moyen d'entrée en EHPAD, alors que cette population présente des marqueurs significatifs d'apparition et d'installation des signes de la dépendance liés aux pathologies du vieillissement).

L'indice de vieillissement de la population est de 76% en Bretagne (dont 93.2% dans les Côtes d'Armor), contre 67.4% en France, faisant des problématiques du vieillissement une priorité régionale dans l'accompagnement à apporter et les adaptations à anticiper.

Deux constats émergent alors de ces projections. Premièrement, la Bretagne observe un accroissement de la dépendance des personnes âgées, entraînant un alourdissement des soins à assurer. Deuxièmement, cette situation a également des conséquences sur les besoins en formation, qualification et professionnalisation des professionnels accompagnant ces populations. A cette fin, l'ARS Bretagne revendique chercher à poursuivre et favoriser le maintien à domicile en collaboration avec des services adaptés aux besoins des personnes, en plus des actions de décloisonnement du sanitaire, du social et du médico-social et du développement d'actions de prévention auprès des personnes à partir de la retraite (Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016, 2012). Ainsi, au-delà des actions directes menées auprès des personnes âgées (dépistage de la dénutrition, promotion de l'exercice physique, diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer...), l'ARS s'est engagée sur cette période à « *garantir l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et de l'accompagnement des personnes âgées dans le respect de leurs besoins et de leur choix* » (p. 25).

Ainsi, les structures actrices du soin et de l'accompagnement sont ciblées dans l'atteinte de cet objectif du bien-vieillir breton. Ceci n'est pas sans effet sur les caractéristiques de cette population grandissante. En effet, en vivant plus longtemps, on est également plus sujet à voir les effets de la vieillesse s'exprimer, notamment sur un plan de détérioration physique de l'état de santé, qui décline avec l'âge.

De même, l'émergence des maladies comme Alzheimer et apparentées entraînent une augmentation de la population dépendante. Parmi les transformations constatées sur un plan socio-sanitaire de nos sociétés, on observe l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques et de la perte d'autonomie (Richard, Barthélémy, Tremblay, Pin, & Gauvin, 2013). Dans leur dossier « santé en action », ces auteurs rappellent

par ailleurs qu'il existe des disparités régionales importantes en terme d'accès au soin, alors que le cadre et les conditions de vie différentes d'un territoire à un autre constituent des déterminants influençant l'état de santé et le bien-être des personnes âgées, qu'ils nomment « aînés » comme classifiant une population large aux caractéristiques toutefois différentes (qui va du sénior actif à la personne âgée dépendante, en passant par le troisième âge et l'entrée dans le 4^{ème} âge (autrement dit : dans la dépendance), etc.).

Faisant le parallèle avec la situation régionale, la Bretagne abrite plus de personnes âgées que la moyenne nationale, avec un indice de vieillesse de 0.42, comparativement à la moyenne nationale de 0.39. Les projections à 2040 annoncent même un renforcement de cet écart (0.69 en Bretagne ; 0.65 en France). Plus proche de nous encore, et afin d'illustrer les situations spécifiques des territoires, les équivalences costarmoricaines affichent des indices de 0.52 en 2012 et (une projection de) 0.83 en 2040. Ceci faisant de notre département³, un territoire où le vieillissement est une problématique significative.

On peut illustrer ces disparités territoriales du fait d'inégalités dans l'accès au soin, avec des espaces démedicalisés, loin des établissements hospitaliers ou des spécialistes, et qui de plus ne profitent pas des mêmes infrastructures en terme de transports en commun, augmentant par la même les effets délétères d'une réduction de la mobilité, qui ne peut être supplantée par ces services inexistantes, et qui risquent donc d'impacter la santé des personnes âgées par cet isolement induit, et dont l'effet de l'absence de liens sociaux sur la santé et le bien-être de tout individu n'est plus à prouver. Ainsi, Richard & Al. (2013) rappellent le rôle notable des déterminants environnementaux dans le vieillissement en santé, se référant aux travaux de Lawton en psychologie environnementale⁴, et indiquent que la proximité, la convivialité et l'adéquation des services de proximité participent grandement à la santé et au bien-être des personnes âgées.

Ces réalités, aussi variées que singulières à la fois, demandent toutefois à être accompagnées et c'est dans ce cadre que les instances gouvernantes identifient des stratégies pour répondre aux demandes accrues inhérentes à ces nouvelles situations qui s'illustrent au travers des besoins de services de santé et d'aide à domicile, au-delà de l'aspiration naturelle des états à prendre soin des aînés, depuis fort longtemps, alors que la société évoluant, les familles ne sont plus organisées et souvent en mesure de pouvoir accueillir le parent vieillissant.

Nous pouvons illustrer ces prises en charge (d'aucun préféreront le terme « *prise en soin* ») par les services proposés depuis longtemps par les institutions telles que les maisons de retraite, devenues bien souvent EHPA-D, établissement d'hébergement pour personnes âgées – dépendantes.

Cette offre s'est aujourd'hui forcément étendue pour répondre aux besoins de la population, alors que les places en institutions sont chères, soumises à longue liste d'attente et pour certains, une majorité semble-t-il, non désirées.

³ Côtes d'Armor (22)

⁴ Cf. Lawton MP, Nahemow L. (1973) *Ecology and the aging process*. In: Eisdorfer C, Lawton MP, editors. *The psychology of adult development and aging* (6^e Ed.). Washington, DC: American Psychological Association; p.619-74.

D'autre part, la résilience est plus importante chez les personnes demeurant à leur domicile, même si elles sont très handicapées, comparativement à celles placées en établissement (Morval (2006), cité par Djaoui (2014)). De même, les personnes âgées préfèrent occuper leur domicile le plus longtemps possible, c'est ce que nous avons ressenti à l'occasion de nos rencontres dans le secteur gérontologique et auprès des personnes âgées, et ainsi vieillir à domicile plutôt que mourir en établissement. Alors que pour Amyot (2008), la qualité de vie n'est pas considérée de la même façon suivant qu'elle soit entendue au domicile ou en institution. La qualité de vie serait l'apanage de la vie en établissement, alors que l'on parlerait davantage de modes et de conditions de vie au domicile. La qualité de vie repose sur la perception qu'en a l'individu, plus que d'après des critères définis et généralisables, de même que si le confort est plus singulier, la qualité de vie relèverait d'une « *conscience collective* », terme de Goubert (1988) repris par Amyot (2008, p. 230).

Les dispositifs d'accompagnement proposés, que cela concerne une dimension sociale, environnementale, sociétale, financière, etc., sont identifiés dans le cadre de lois et de programmes visant à prendre soin des aînés. Une présentation rapide des préceptes de ces lois et programmes permettent de comprendre l'attendu en terme d'accompagnement des personnes âgées, les buts visés et les moyens mis en place, dans cette quête du bien vieillir, à l'image du plan national français du même nom établi pour promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées, issus des recommandations du groupe de travail mené en Suède sur le vieillissement en santé – *Healthy Ageing*⁵ – par l'adoption de comportements favorables de santé permettant de vieillir actif. Le plan français trouve sa réciproque ailleurs, comme au Québec avec les programmes « *amis des aînés* », expérimenté à Sherbrooke avec le concept « *ville amie des aînés* » (Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008) avant de faire l'objet de programme de Recherche et de financement en ce début 2015, en vue de la généralisation de la pratique dans leur état.

1. Evolution des politiques sociales en France, orientées sur les personnes âgées

Les politiques sociales ont pour but de prendre en considération les besoins de la population pour laquelle les états mettent en place des dispositifs d'assistances financière et matérielle. Ainsi on compte entre autres parmi les missions de l'état français celle d'assurer la cohésion sociale. Au sens du Conseil de l'Europe, cela signifie que la société doit permettre d'assurer le bien-être de tous, incluant notamment l'accès aux ressources disponibles des populations vulnérables telles que les jeunes, les personnes âgées, les personnes handicapées, les femmes ou toute personne en situation de précarité.

⁵ Cf. Healthy Ageing, Health Evidence Network (HEN). (2003) *What are the main risk factors for disability in oldage and how can you disability be prevented ?* Copenhague : WHO-Europe. 17p, référencé in Barthélémy & Al. (2014).

Le rapport Laroque de 1962 va poser les bases d'une politique nationale de vieillesse. Entre autre, il se positionne en faveur de l'insertion des personnes âgées dans la société et du développement de l'offre de services visant au maintien à domicile. L'idée globale est de revaloriser les situations du vieillissement, initialement perçues comme une charge pour la société des actifs, en œuvrant pour une dynamisation de la vieillesse. Autrement dit, on peut être vieux, heureux et demeurer actif.

1.1. Les principales réglementations françaises encadrant l'action sociale gériatrique

Trois lois principales encadrent l'accompagnement des personnes âgées en France. Nous les présentons parce qu'elles constituent (aussi) le cadre d'exercice des professionnels du Bien-vieillir ; cadre dont nous verrons qu'il est tantôt facilitant, tantôt porteur de contraintes.

1.1.1. Loi 2002-2 : la rénovation de l'action sociale et médico-sociale

La loi « 2002-2 », du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale a pour principe directeur d'articuler la promotion des droits des usagers et l'innovation sociale et médico-sociale (en diversifiant une offre des structures et services qui s'adapte aux besoins), avec une procédure plus rigoureuse de pilotage des dispositifs en rénovant la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination. Elle vise à permettre aux usagers d'être acteurs et de rester au cœur des dispositifs d'accompagnement (sociaux et médico-sociaux). Cela implique entre autres d'assurer un accompagnement individualisé et de qualité qui respecte leur singularité et leur consentement éclairé (et donc leurs choix), tout en les informant et les faisant prendre part activement aux projets d'accueil et d'accompagnement. La loi 2002-2 instaure aussi une instance appelée le « conseil de la vie sociale », composé de représentants des usagers, du personnel et de l'organisme de gestion. Ce conseil tient un rôle de régulateur dans les prises de décisions afin que chacune des parties soient satisfaites. Ainsi, le personnel comme l'utilisateur doivent être considérés dans les actions entreprises, afin de respecter chaque personne. Dans les services d'aide à domicile, ce conseil peut prendre la forme d'enquête de satisfaction auprès des usagers (et de leur famille), qui permet certes de donner la parole à ces derniers, mais qui nous apparaît un dispositif d'expression moins dynamique toutefois, même si l'avantage est d'étendre les avis recueillis. L'approche par questionnaire pourrait représenter là un effet pervers des recommandations, alors que cette pratique peut ressembler à une procédure administrative visant à montrer que l'on respecte les attendus (qui sont par ailleurs nécessaires à l'obtention des participations (financières notamment) des instances publiques). Ces pratiques quantitatives demandent donc à être intégrées dans un processus d'analyse et de consultation pour se détacher de cette approche administrative. L'enquête par entretien apparaît logiquement laisser plus de place à l'expression des usagers qui peuvent exposer leurs souhaits au-delà de réponses prédéfinies.

La loi 2002-2 instaure également des procédures d'évaluation plus larges qui constitueront un préalable au renouvellement des autorisations des établissements à intervenir auprès des personnes âgées ou plus largement en situation difficile. Il n'est donc plus suffisant de faire, il faut régulièrement vérifier que l'on fait, et que l'on fait bien. La Qualité née du secteur industriel rentre donc dans le secteur des services et du social, où l'on doit pouvoir justifier de la conformité des prestations offertes, donnant quelque part, par le même temps, une teinte commerciale nouvelle à ces actions d'utilité publique. L'instauration de cette nouvelle procédure sera toutefois présentée davantage comme un dispositif d'évaluation visant à lutter contre la maltraitance et le manque de qualification, en proposant au passage la recommandation de bonnes pratiques, en réponse à de mauvaises qui pourraient être identifiées.

Ces mesures complémentaires, intégrant les évaluations internes et externes des services et structures sont toutefois vécues sur le terrain comme contraignantes et chronophages pour/par les agents et les gestionnaires. Ainsi, avec ces réglementations ont également émergé les réflexions et injonctions aux « *bonnes pratiques professionnelles* » créées pour répondre aux besoins et satisfaire l'octroi de labels qualités (certifications), nécessaires au maintien ou au développement des prestations proposées.

1.1.2. **Evaluations et bonnes pratiques professionnelles**

Ainsi, plus tard, le décret n°2007-975 du 15 mai 2007, qui fixe le contenu du cahier des charges de l'évaluation externe, évoque à ce titre qu'est évaluée dans le cadre de l'évaluation des services et des établissements autorisés, la prise en compte des recommandations portant sur les bonnes pratiques professionnelles. Il en est de même pour les structures disposant d'un agrément qualité dont l'arrêté du 25 novembre 2005 qui fixe le cahier de charges attaché à cet agrément stipule que le gestionnaire prend en compte ces mêmes recommandations.

Quelques recommandations portent entre autres sur l'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement/de service, le projet personnalisé, la mission du responsable de service et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile, la mise en œuvre de stratégies d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, la bientraitance ou encore l'ouverture des établissements à/sur l'environnement (Assouline & Morou, 2010). Ceci n'apparaît pas être sans répercussion sur les professionnels, en terme de pression, au regard des enjeux (maintien de l'activité et des aides – donc de leur emploi) et du surcroît de travail engendré (pour lequel les ressources amoindries des dotations ne permettent pas toujours l'emploi de personnels supplémentaires pour faire face à la surcharge). L'objectif de qualité d'accompagnement de l'un (le bénéficiaire) ne serait possiblement donc pas sans effet sur les différents acteurs en jeu, les professionnels notamment.

Ces recommandations liées aux bonnes pratiques pourraient placer parfois le personnel d'intervention en situation délicate, notamment celles liées à la réduction du risque de maltraitance et aux pratiques favorisant la bientraitance. Par les responsabilités que cela peut représenter pour le praticien à l'image des travailleurs sociaux qui peuvent être sous pression face à une situation sensible et complexe (ex : en cas

de suspicion de mauvais traitements). Ainsi, le conseil de l'Europe, en 1987, définit la maltraitance comme une violence qui se caractérise par « *tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* »⁶. Cette définition sera complétée par le même conseil en 1992 avec un détail apporté sur les différentes violences associées : physiques, psychiques ou morales, médicales ou médicamenteuses, matérielles et financières, ainsi que tout ce qui relève de négligences actives/passives, ou encore de privation ou violation de droits.

En effet, il peut apparaître délicat pour un personnel d'intervention, qui ne dispose pas des responsabilités ou l'autonomie d'action comme son encadrement, de distinguer ce qui relève de la maltraitance ou non. S'il apparaît logique que frapper ou insulter est maltraiter, qu'en est-il des (non)comportements moins évidents ? Comment évaluer ce qui touche à « *une absence de considération* », ce qui relève d'un « *non-respect de l'intimité* »⁷ quand on intervient dans une maison où la personne aidée n'a pas fait ce choix, ou quand on doit prodiguer des soins d'hygiène ? Comment se placer vis-à-vis d'éventuelles pratiques d'infantilisation quand elles sont réalisées sans conscience de la maltraitance parce que réalisées peut-être par protection, telle la mère à l'enfant ? Que réaliser, corriger et/ou sanctionner de négligences relevant de l'ignorance ? Tels pourraient être les dilemmes rencontrés par les acteurs du maintien à domicile sur le terrain.

C'est face à ces situations complexes d'interprétation et de lecture que les recommandations ont également une utilité managériale. Ainsi, des éléments de recommandation visent à évaluer si le recrutement des professionnels est effectué dans une logique de prévention, si les compétences individuelles et collectives sont développées/valorisées par la formation continue, si le risque d'usure professionnelle est pris en compte, etc. De même, la recommandation sur la mise en œuvre de stratégies d'adaptation à l'emploi des personnels a pour objectifs de faciliter la prise de fonction et l'exercice professionnel, de prévenir les risques de maltraitance involontaire et les risques professionnels (Assouline & Morou, 2010). Ces recommandations servent donc le bien-vieillir des personnes âgées en agissant sur/avec l'encadrement sur/avec les personnels d'intervention, qui deviennent des variables médiatrices et modératrices de l'environnement de la personne âgée, dans leur processus vieillissement en santé. Dans le même sens, cette attention portée aux personnels contribue à leur propre accompagnement alors que l'entreprise doit assurer la sécurité des professionnels qu'elle emploie (Cf. Article L4121-1 du Code du Travail).

Les recommandations des bonnes pratiques semblent donc pouvoir avoir des effets à la fois positifs et pervers sur la pratique et le vécu professionnel des personnels d'intervention. Il apparaît que certaines recommandations sont parfois particulièrement complexes à mettre en œuvre. Nous nous référons par

⁶ Source : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/maltraitance-des-personnes,3010/orientations-prioritaires-de-la,17631.html>, consultée le 26.03.15

⁷ Illustrations des différentes violences représentant de la maltraitance, par Assouline et Morou (2010), page 85.

exemple aux groupes d'expression, pas toujours mis en place ou ce de façon régulière et/ou suffisante. C'est toute la difficulté entre l'idéal prescrit et le réalisé. D'autant plus dans un contexte où les budgets sont maigres, les subventions en baisse et le temps... difficile à trouver.

La loi de 2002-2 a donc toutefois renforcé le cadre d'intervention des structures sociales et médico-sociales (on parle d'ESMS : établissement ou service social et médico-social) et intégré les services d'aide à domicile dans ces actions, sous réserve de l'obtention d'une « autorisation » (délivrée par le conseil général pour les services d'aide à domicile et par l'ARS pour les SSIAD : services de soins infirmiers à domicile). Cette autorisation est délivrée aux services pour une durée de 15 ans et concerne des prestations spécifiques telles que l'assistance, l'accompagnement et le soin à domicile auprès des personnes âgées, des personnes handicapées ou plus généralement des publics présentant des difficultés d'ordre social, familial, etc. (Cf. art . L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Cette procédure visant à réguler l'action sociale de ces services a toutefois eu pour effet de contraindre les structures indépendantes. Sans cette autorisation, les services lucratifs ne pouvaient pas proposer certaines prestations, réduisant donc leur possibilité d'offre aux personnes, leur activité et leur capacité de création d'emploi.

1.1.3. **Le droit d'option ou l'accès au sésame pour intervenir auprès des publics vulnérables**

L'instauration de la loi du 26 juillet 2005 visait entre autres à réduire les effets de cette contrainte d'autorisation. Ainsi, le Plan Borloo relatif au développement des services à la personne propose différentes mesures visant à favoriser la cohésion sociale. Cette loi résulte d'un contexte spécifique dont les principales lignes directrices étaient de créer des emplois et de répondre aux besoins non satisfaits de la population. Suite aux crises de l'emploi des années précédentes, plusieurs dispositifs visant à favoriser le développement du service à la personne avaient déjà été mis en place (réductions d'impôts, chèque emploi service, etc.). Toutefois, il devenait nécessaire de cadrer les activités de ces services tout en assouplissant les procédures nécessaires à la création des services pour doper l'offre (ceci de fait générant des emplois supplémentaires... et participant à la réduction du chômage). Ainsi, cette loi instaure le droit d'option entre l'« autorisation » et l'« agrément qualité », deux modalités offertes aux structures pour intervenir auprès des publics vulnérables. On ne distingue guère bien si les objectifs initiaux visaient ici un bien-vieillir ou ceux d'une relance de l'emploi. Si l'autorisation positionne l'ESMS dans le champ de l'action sociale et médico-sociale encadrée par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), l'agrément qualité est lui encadré par le Code du Travail et relève du champ des services à la personne. L'agrément est délivré pour 5 ans par le préfet après instruction du dossier par la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRRECTE). Cet agrément permet la libre tarification (contrairement à l'autorisation pour qui cette dernière est fixée par l'autorité de tutelle) et de proposer des services s'adressant à des publics fragiles tels que la garde d'enfants de moins de trois ans,

ou encore l'assistance (hors soins) aux personnes âgées de 60 ans et plus, aux personnes handicapées ou aux publics en difficultés présentant des risques de retrait social ou de dépendance.

L'instauration de ce droit d'option permet ainsi à un service d'être autorisé et/ou agréé et de relever d'un ou des deux champs d'actions. Le rattachement à l'action sociale et médico-sociale excluant la couverture des « prestations de confort » pouvant être offertes par certains services. Cette spécificité n'est pas sans incidence sur la nature des activités et missions réalisées par les personnels d'interventions (exemples : prestation de ménage auprès d'un couple se délestant de cette tâche du fait de leur souplesse financière versus accompagnement d'une personne dépendante en situation précaire). Le confort semble ici justifier les interventions auprès de publics favorisés et autonomes, alors que l'accompagnement, l'assistance, resteraient un (non) privilège du dépendant. Les salariés du domicile peuvent donc intervenir sur des prestations et dans des contextes très différents, modelant ici un métier à plusieurs facettes, voire même augurant de plusieurs métiers distincts de l'aide à domicile, dont nous verrons que l'expression réfère autant au secteur qu'à la mission et le métier.

1.1.4. **Loi HPST ou coordination organisée des services de soins : qualité, efficience, performance ?**

Enfin, pour terminer ce rapide cadrage réglementaire national en ce qui concerne les politiques sociales principalement orientées sur les personnes âgées et/ou handicapées, la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 a été mise en œuvre afin de répondre au manque de coordination entre les différents acteurs du social et du médico-social. L'idée directrice étant de faciliter les parcours de soin pour le patient en améliorant l'efficacité du système de santé d'un point de vue global (donc en incluant le champ médico-social). Cette loi visait entre autres également à accroître les dispositifs nécessaires au maintien à domicile des personnes (qui permettaient par la même de réduire les durées d'hospitalisations), qui se sont développés au travers des services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile (SAAD et SSIAD). La loi HPST identifie également le rôle des politiques de santé, crée l'Agence Régionale de Santé (qui regroupe différents organismes en charge de ces dernières) et introduit le Projet Régional de Santé qui définit leurs objectifs pluriannuels sur un territoire, au regard des problématiques de santé rencontrées.

1.2. **Orientations des plans stratégiques et dispositifs territoriaux d'intervention sociale**

Avant de se décliner à un niveau régional voire local, la politique nationale de santé est toutefois logiquement traduite via des programmes et plans nationaux qui structurent l'offre médico-sociale, tels que, si l'on se cible dans le secteur gérontologique, par exemple, le « plan solidarité grand âge 2007-2012 » (visant à permettre le libre choix de l'usager entre l'institution ou le domicile, à adapter l'hôpital à la personne âgée et à adapter la recherche), ou le « plan Alzheimer 2008-2012 » (dont les objectifs étaient

d'améliorer la qualité de vie des malades et de leurs aidants, comme de développer la recherche et de sensibiliser le public). Pour Richard & Al. (2013), la France était plus guidée par une orientation gériatrique de la santé des personnes âgées notamment avant le Plan National Bien Vieillir qui a montré une évolution de la perception du vieillissement vers une orientation plus positive et globale ; alors qu'ils décrivent que le Québec intègre depuis plusieurs années un vieillissement considéré dans sa globalité, empreint de multiples déterminants. Le Plan National Bien Vieillir 2007-2009⁸ avait pour but de proposer des stratégies visant à un vieillissement réussi, tant sur un plan de santé individuelle que des relations sociales, par la mise en place d'actions de prévention adaptées. Ces orientations nationales sont ensuite réappropriées par les territoires (région, départements, villes, etc.).

1.2.1. Le SROMS

Le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS)⁹ est par ailleurs un instrument de poursuite du développement des services. Il porte également son attention sur les besoins de maintien et d'accompagnement à domicile à la fois pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Cela traduit la seconde priorité du plan stratégique régional de santé (PSRS) qui consiste à améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement. Cette priorité est d'ailleurs déclinée en différents objectifs présentés à suivre :

- Renforcer la coordination des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement
- Optimiser la transversalité et la fluidité des parcours des personnes
- Répondre à la diversité des attentes et à l'émergence des nouveaux besoins
- Développer l'efficacité de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social

Ce dernier objectif passe par le développement de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement d'une part, et par l'amélioration de la performance des établissements et services médico-sociaux d'autre part. L'instauration de ces politiques qualités, l'évocation de la recherche de « performance » semblent traduire, par l'utilisation d'un vocabulaire plus attendu dans les secteurs industriels ou commerciaux, une mutation du secteur social, qui s'approprierait des pratiques économico-gestionnaires. Ces nouvelles attentes et ces fonctionnements laissent présager par la même des risques accrus de risques psychosociaux chez les professionnels, dont le seul stress pourrait ne plus relever seulement de la composante relationnelle importante des métiers du social.

De même, s'il est entendu par les politiques de santé que la seule augmentation du nombre de places en hébergement ne suffit pas à répondre aux enjeux du vieillissement de la population, les besoins de développement et d'amélioration « *de la démarche qualité et du management en établissement et services* » sont orientés de façon à satisfaire une « *recherche permanente de qualité de service* », par « *un*

⁸ Cf. http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

⁹ L'ensemble du plan régional de santé (version février 2014) est disponible en version pdf (scindé par chapitres) sur <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante.125092.0.html> (dernière consultation 16.03.15).

accompagnement à la professionnalisation des équipes » (ARS, 2014, p. 406) à qui il semble que soit donnée la responsabilité de l'efficacité et de la performance d'un service et non de l'accompagnement. Une autre déclinaison de ce SROMS 2012-2016 qui retient notre attention dans ces programmes est le plan « *bienveillance* » rattaché à la thématique « *efficience et qualité* » (ARS, pp. 422-428). L'ARS s'appuie sur les apports de l'ANEMS (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services sociaux et Médico-Sociaux) qui identifie 4 repères de mise en œuvre d'une politique de bienveillance : (1) l'utilisateur co-auteur de son parcours, (2) la qualité du lien entre les usagers et les professionnels, (3) l'enrichissement des structures et accompagnements grâce à toutes les contributions internes et externes pertinentes, et enfin, (4) le soutien aux professionnels dans leur démarche de bienveillance. L'environnement de la personne âgée est donc fortement empreint de l'intervention des professionnels de santé et d'accompagnement, qui participent à leur « *bienveillance* ». Cette attention à cette thématique est renforcée dans le SROMS breton suite au diagnostic réalisé sur 2009-2010 qui mettait en évidence qu'un quart des plaintes à l'ARS concernait le secteur médico-social. Sur les 118 plaintes enregistrées dans le secteur gériatrique, 62% s'illustraient par un mécontentement, dont la moitié relève de la prise en charge médicale et 21% de maltraitance. Le sujet est donc à prendre en compte. Reste à réfléchir sur l'approche de l'enquête qualité telle que présente dans les entreprises évaluant la satisfaction du « consommateur ». La Qualité semble ici rendre pour partie marchand le maintien à domicile.

1.2.2. **Le PRS Breton**

Le Plan de Santé Régional (PRS) de Bretagne 2012-2016 définit lui aussi 9 principes d'action, dont entre autres la prise en charge des patients au plus proche de leur domicile, l'amélioration de l'offre sanitaire et médico-sociale dans l'accompagnement du vieillissement de la population ou encore la poursuite de l'action de protection de la population face aux impacts de l'environnement sur la santé (Bertrand, 2012). Ce projet a différents objectifs dont la mise en œuvre des orientations de la politique nationale de santé et l'amélioration de la santé des habitants de la région concernée. Les 5 domaines d'actions prioritaires identifiés en France sont les questions stratégiques touchant la question du handicap et du vieillissement, les risques sanitaires, l'enfance et la périnatalité, les maladies chroniques et la santé mentale. Ces PRS sont donc à un niveau régional des outils de pilotage des politiques générales nationales, dont certains items peuvent être appuyés du fait des réalités territoriales (ex : en Bretagne, on observe un vieillissement plus important de la population, de même que des problématiques accrues de suicides).

Trois grandes priorités de santé sont d'ailleurs ainsi définies pour la Bretagne : (1) prévenir les atteintes à la santé et à la qualité de vie, (2) améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement, et (3) favoriser l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire. La première priorité se traduit au travers de différents objectifs que sont la promotion des comportements de santé en matière de nutrition et d'activité physique, la promotion de l'égalité devant la santé, la prévention des conduites addictives, la promotion de la santé mentale, le développement des dépistages, la prévention

de l'exposition des populations aux facteurs de risques environnementaux et la veille et la sécurisation sanitaire du territoire breton. On constate ici une approche plus globale de la santé, presque publique.

La seconde vise entre autres le développement de la qualité de la prise en charge, alors que la constitution de l'OMS rappelle qu'un des droits fondamentaux de chaque être humain est de pouvoir atteindre un niveau de santé optimal.

L'accompagnement des personnes âgées en Bretagne a par ailleurs une autre priorité, illustrée par le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui poursuit des objectifs tels que favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que d'avoir un accompagnement adapté pour les populations spécifiques (personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes handicapées vieillissantes, etc.).

Ainsi, un des grands axes du plan d'action identifié dans le PRS breton est donc d'agir en faveur de la structuration de l'offre sanitaire et médico-sociale pour accompagner le vieillissement de la population. Dans le rapport dont la rédaction est dirigée par Bertrand (Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016, 2012), il est ainsi précisé que les enjeux de ces actions visent la prévention, le repérage et l'amélioration de la prise en charge et l'accompagnement des patients de plus de 75 ans atteints d'affections chroniques et évolutives. L'atteinte de leurs objectifs passant par une collaboration efficace entre les filières d'accompagnement et du soin de la personne. L'ensemble se réalisant en considération d'une approche globale des personnes âgées dès leur domicile auprès duquel se rapprochent les différents acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux. Les prédispositions du SROMS quant aux leviers de la bientraitance indiquent par ailleurs en filigrane que le vieillissement en santé passe par un accompagnement parallèle des professionnels de proximité. Cette déclinaison vers un objectif de bien vieillir est ici davantage orienté vers un développement de l'accompagnement, dont nous considérons que l'évaluation du caractère adapté de ce dernier est une approche plus appropriée que celle d'une qualité de service, d'après les représentations que l'on peut se faire du secteur social.

1.3. Politiques sociales « centrées » sur la personne âgée : des inadaptations d'application

L'individu est donc placé au cœur du dispositif d'accompagnement, notamment depuis la loi de 2002. Il est considéré acteur, et son environnement proche est également considéré dans les approches engagées pour prendre soin de la personne âgée. Il semble que dans les faits, des améliorations peuvent encore être apportées alors que les membres de regroupements de personnes âgées, à l'instar du CODERPA (Comité Départemental des Retraités et des Personnes âgées) des Côtes d'Armor (22), rattaché au Conseil Départemental, et composé de représentants de la population âgée sur les territoires, mettent toujours en évidence en 2015 une carence d'accompagnement des aidants naturels ou encore des améliorations à apporter dans la prise en compte de l'aidant familial dans les dispositifs d'intervention auprès de la personne âgée dépendante.

Les approches écologiques montrent, tout comme le porte la Psychologie de la santé, que la santé de l'individu est portée à la fois par le corps et les interventions médicales certes, mais que la réussite des programmes de soin et/ou d'accompagnement est renforcée lorsque l'on prend en compte l'intégralité de l'environnement de la personne malade et/ou dépendante. Le propos à suivre présente dans les grandes lignes les aspirations et méthodes d'interventions des approches et modèles écologiques, que l'INPES a utilisés afin d'étudier l'architecture et d'évaluer la mise en œuvre des programmes Français et Québécois en matière de promotion et prévention de la santé des personnes âgées (Richard, Barthélémy, Tremblay, Pin, & Gauvin, 2013). L'objectif initial de cette collaboration ayant été d'identifier et d'analyser les déterminants socio-environnementaux de la santé des personnes âgées.

La population dite âgée, les « aînés » pourront dire les Québécois, présentent des caractéristiques différentes selon que l'on parle d'une personne âgée dépendante, accablée d'un GIR1¹⁰, comparativement au « senior », dynamique et dynamisé d'un « vieillissement actif », telle la personne retraitée engagée et (sur)occupée de ses activités sociales, associatives, politiques, etc. En effet, il apparaît évident que ces personnes ne présentant pas de dépendance, ne nécessitent pas un accompagnement social très éloigné de celui proposé à d'autres adultes en activité professionnelle. Cependant, il existe encore des carences ou une inadéquation des prestations et services proposés aux personnes âgées dépendantes, ainsi qu'à leurs aidants naturels qui s'épuisent de cet accompagnement relai qui fait face aux insuffisances des dispositifs communautaires.

Ainsi, il reste encore à faire pour s'assurer d'un bien-vieillir à destination de ces personnes âgées là.

Dans l'idée des orientations globales de la santé portées par les modèles écologiques, et forts de témoignages des personnes aidées et des professionnels eux-mêmes, il est acquis que le rôle des personnels d'interventions, les soignants en établissement et/ou les aidants professionnels au domicile est important quant à l'accompagnement, la promotion et la prévention de la santé des personnes âgées.

Les nombreuses mesures mises en place n'ont pas réellement conduit à attribuer des moyens suffisants en direction du maintien à domicile, ce qui a conduit à une médicalisation du maintien à domicile (nous pouvons l'illustrer au travers de la grille d'évaluation AGGIR qui se centre sur ces questions médicales, excluant par exemple l'équilibre psychologique de la personne), pas totalement en accord avec les dispositions du rapport Laroque de 1962 qui visait un épanouissement systématique qui va au-delà de l'assistance médicale (Ennuyer, 2006; Amyot, 2008). Cette déviance conduit la personne âgée à être « assignée à une position d'incapable », et le secteur à être « ravalé au rang de « technique instrumentale », essentiellement dans cette capacité à combattre le chômage » (Ennuyer, 2006, p. 71).

¹⁰ Exemple d'évaluation d'une personne à partir de la grille AGGIR qui permet « d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes ». Un individu évalué en GIR1 est une personne très dépendante et qui présente les caractéristiques suivantes : « personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants » ou « personne en fin de vie ». Citations extraites du site officiel de l'administration française : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>, Consulté le 26.03.15.

Ce centrage sur le soin et la médicalisation pourrait alors contribuer à réduire le rôle des acteurs de terrain, dont nombre apportent une aide différente d'un unique soin, tels les aides à domicile, que l'on peut traduire comme les maîtres d'œuvre du *care*, concept d'aide qui va au-delà de la pratique du soin médical, les besoins et souhaits des personnes âgées allant au-delà de leur soma.

Aujourd'hui le désir des personnes âgées se caractérise au travers des souhaits « anti-hermétiques » (sic) de : ne plus être seules (et même rester proches de ses racines et de son entourage), bénéficier de services de proximité (médecins, commerces, hôpitaux), avoir des moyens de communication accessibles, ainsi qu'un logement « valorisant » (Amyot, 2008, p. 137). Ce qui contribue également à leur maintien en santé, et qui repose sur l'action des différents acteurs du *care*, concourant donc au bien vieillir des personnes âgées. L'approche écologique et le modèle précepte de Bronfenbrenner (1979) permettent entre autres d'identifier l'environnement d'une personne, cet environnement impactant le développement de l'individu concerné, qui apparaît un concept central quand on vise (accompagner) un état de bien-être total et complet (Cf. définition santé de l'OMS).

2. Approche écologique et promotion de la santé des personnes âgées

L'approche écologique sert de cadre à l'élaboration de programmes de prévention et donne une lecture des leviers du bien vieillir que les politiques sociales et règlementaires que nous venons de présenter portent, même si elles peuvent en parallèle avoir des effets pervers ou au moins partiels, voire inadaptés, conséquence possible de l'effet de prises de décision parfois distancées des réalités du terrain.

2.1. L'approche écologique du vieillissement

L'approche écologique consiste à considérer l'individu dans sa globalité, en interaction avec l'ensemble de son environnement, plus ou moins proche. Son nom découle de la discipline du même nom, l'écologie se traduisant comme une « science ayant pour objet les relations des êtres vivants [...] avec leur environnement, ainsi qu'avec les autres êtres vivants »¹¹. Richard, Barthélémy, Tremblay, Pin, & Gauvin en acceptent pour synonyme l'adjectif « socio-environnemental » (2013, p. 18).

L'approche écologique éclaire les interactions complexes qui existent entre les personnes, les groupes et leur environnement physique et social. Elle apporte en outre un panel de schémas d'action permettant d'intervenir à différents niveaux de l'environnement des personnes (Cf. modèle de Richard & Al., 1996).

¹¹ Définition consultée le 24/03/2015 sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/écologie/27614>

Barthélémy, Bodard & Feroldi (2014) ont dressé un état des connaissances sur les interventions et les stratégies efficaces dans la promotion du « bien vieillir » et dans la prévention de la perte d'autonomie. Les plus efficaces selon elles sont les programmes visant à motiver la participation sociale des retraités, afin de « *favoriser les changements de comportements, améliorer les modes de vie et préserver la capacité de décision* » (p. 26). Elles complètent par ailleurs cette présentation liée aux axes et aux modes d'intervention par une revue de la littérature scientifique par un rappel des thèmes « prioritaires pour l'action ». Elles évoquent entre autres tout ce qui a trait à :

- La lutte contre les inégalités sociales de santé
- La prise en compte des critères socio-économiques
- Les questions de genre
- Les spécificités liées à l'âge
- La promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée
- La prévention des troubles de santé mentale (dépression, isolement, sentiment de solitude) et des traumatismes (chutes, suicide et maltraitance)
- Le renfort des compétences psychosociales (permettant aux individus de s'adapter à leur environnement)
- La prévention de la consommation d'alcool et de tabac
- Le renfort des fonctions cognitives
- L'assistance au bon usage des médicaments
- Le développement de l'accès aux services de santé et de soins préventifs
- Le renfort du capital social (via la participation sociale et la mise en place d'actions éducatives et sociales) et l'adaptation de l'environnement (environnement sécurisé et stimulant, accès aux nouvelles technologies...)

L'ensemble de ces exemples pouvant constituer des sujets sur lequel créer des actions de prévention. Il s'agit de considérer un cadre de recherche et d'action impliquant une vision étendue des déterminants de la santé, qui inclue à la fois les déterminants individuels et les déterminants sociaux et environnementaux. L'accent porte donc sur les interactions complexes entre les individus, les groupes et leur environnement. Richard & Al. distinguent l'approche écologique et les modèles écologiques. La première relève d'une démarche priorisant les interrelations entre les individus et les environnements comme permettant d'aborder les problématiques de santé, alors que les modèles écologiques « *réfèrent à des conceptualisations des déterminants individuels et environnementaux de la santé et des comportements qui y sont reliés [...] et fournissent un cadre de réflexion et d'analyse des programmes et des actions de prévention et de promotion de la santé* » (2013, p. 41).

Plusieurs chercheurs ont étudié la santé des personnes âgées. Cardinal & Al. (2008) ont présenté plusieurs modèles appréciés par les intervenants en prévention et promotion de la santé de cette population. Entre autres, il peut être fait référence au modèle écologique de Glass & Balfour (2003)¹² qui souligne les interactions entre l'individu et son environnement pour s'adapter, selon 5 grandes composantes que sont l'environnement proximal (conditions socio-économiques, niveau d'intégration sociale, caractéristiques

¹² Cf. Glass, T.A. et J.L. Balfour (2003). « Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations », dans I. Kawachi et L.F. Berkman (dir). *Neighborhoods and health*, New York: Oxford University Press, p. 303-334.

physiques de l'environnement, présence de ressources et services), les facteurs environnementaux facilitants (flexibilité, adaptabilité, disponibilité des ressources, occasion de croissance personnelle, soutien social) et contraignants (obstacles physiques, stress social, inadéquation des ressources, inaccessibilités), les facteurs amplifiants (génétiques, troubles cognitifs, maladie chronique, dépression), et enfin, les réponses apportées par l'individu pour répondre à la situation, adaptées ou non pour servir un objectif de promotion et/ou prévention de la santé.

La santé, quelle que soit le modèle retenu, pour les personnes âgées ou pour les autres, met en lien différents facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Ainsi, pour tendre vers un « bien vieillir », ou un « vieillissement actif », il faut à la fois considérer dans les interventions et intentions les déterminants individuels, ainsi que les facteurs socioéconomiques et environnementaux qui impactent les probabilités de développer des maladies chroniques et/ou infectieuses, ou bien de rencontrer des restrictions dans la mobilité et l'autonomie.

2.2. Le modèle écologique de Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic & Green (1996)¹³

Ce modèle écologique rappelé par Richard, Barthélémy, Tremblay, Pin, & Gauvin (2013) permet de comprendre comment s'articulent les différents environnements d'un individu, non sans rappeler les travaux de Bronfenbrenner (1979; 1994; 1996) qui seront par ailleurs présentés dans un second temps. Le modèle de Richard & al. (1996) s'inspire des travaux de Stokols¹⁴ qui identifie différents lieux d'interventions dans l'environnement de l'individu et qui peuvent être lieu de mise en œuvre de différentes stratégies. Ces systèmes s'incrémentent depuis un micro-environnement (organisation) jusqu'à des environnements plus larges (successivement ; communauté, société, supranational). Ainsi, avec ce modèle, on peut décrypter un programme d'intervention en santé au sein des différents niveaux environnementaux, en en précisant les effets et les illustrations sur les différents acteurs qui les composent. Leur modélisation permet de visualiser les différents niveaux d'interactions. Cette schématisation indique sur quels leviers il peut être mis en place des actions de promotion de la santé à destination d'une population, suivant le niveau occupé (organisation, communauté, supranational, etc.). Il ne permet cependant pas de faire état des processus interactionnels entre la personne âgée et les différents systèmes identifiés, mais sert de grille pour lire ou élaborer des plans tels que ceux présentés dans le point précédent.

¹³ Cf. Richard L., Potvin L., Kishchuk N., Prlic H., Green L. W. (1996). Assesment of the intergration of the ecological approach in health promotion programs. American Journal of Health promotion, vol. 10, n°4, p318-328.

¹⁴ Stokols D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments : toward a social ecology oh health promotion. American psychologist, vol.47, n°1, p6-22.

2.3. L'environnement « théorique » de la personne âgée

2.3.1. Application du modèle de Richard & Al. (1996)

Appliqué aux personnes âgées, on pourrait toutefois décrire l'environnement théorique de la personne âgée d'après le modèle de Richard & Al. (1996) présenté ci-dessus de la manière suivante :

- Microsystème, organisation : clubs du troisième âge, EHPAD, service d'Aide à domicile, autrement dit tout ensemble structuré intervenant dans la santé des personnes âgées, avec une proximité rapprochée.
- Communauté : collectivités territoriales, communautés de communes. Soit des regroupements peu distanciés au niveau géographique.
- Société : Conseil Régional, gouvernement français. Autrement dit des systèmes ou instances qui assurent un contrôle sur les environnements précédents.
- Supranational : union européenne. Ce niveau correspond à des environnements regroupant au moins deux sociétés.

Chaque système identifie alors une action, des stratégies (directes ou indirectes) auprès de cibles définies (qui peuvent se traduire par la cible finale elle-même, ou des cibles plus larges qui vont impacter indirectement la cible ultime). Nous postulons que si les orientations et programmes actés sur des environnements distanciés de la personne-cible ont bien une visée d'impact, ce sont les environnements proches qui sont déterminants dans la traduction des prérogatives générales au niveau local, ainsi que leur mise en œuvre et l'efficacité de cette dernière. Il nous apparaît ainsi que le microsystème par son approche directe à la cible de prévention et de promotion de la santé, est celle qui va contribuer le plus concrètement au comportement de santé. Nous pouvons comme illustration citer les contraintes financières des acteurs locaux qui peuvent être pris dans l'incohérence de prérogatives gouvernementales de mettre en place un dispositif d'intervention alors que dans le même temps, les enveloppes budgétaires ne le permettent plus. L'effet de proximité et les devoirs de l'action sociale tendent à nous faire penser qu'alors c'est malgré tout le microsystème qui va adopter un dispositif adapté au mieux aux contraintes et aux orientations voulues, mais très probablement non adapté strictement aux décisions supra, plaçant par la même les acteurs de proximité dans des situations flirtant avec la digression.

2.3.2. Effets et limites des décisions et programmes issus de l'environnement distancé

Un comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés a été créé en 2007. Ce n'est pas pour autant que les budgets et les effectifs permettent un accompagnement respectant les prérogatives de tel ou tel programme du bien vieillir. Comment laisser le temps et respecter le rythme de la personne âgée quand l'auxiliaire de vie ou l'aide-soignante ne dispose que de 15 à 30 minutes pour faire une toilette à une personne à mobilité réduite, alors que nous-mêmes

adultes en bonne santé, nous passons peut-être plus d'une heure à nous préparer le matin dans la salle de bain ?

Des courants théoriques ont émergé pour orienter le professionnel à bien agir envers la personne aidée, l'« Humanitude » ou encore la méthode « Montessori ». Il apparaît ici une première incohérence des approches distanciées qui ont pourtant un effet direct sur les services d'aides, et en découlant sur les personnes âgées. En réaction, il est probable que c'est le dernier maillon de la chaîne qui va s'adapter pour assurer malgré tout un accompagnement digne et acceptable. Ce au risque d'épuiser les équipes soignantes et d'accompagnement, de même que leur gestionnaire qui doit en plus gérer les budgets avec des enveloppes vides. Il nous apparaît de fait étonnant que peu de visibilité soit donnée à la question de la santé/qualité de vie des professionnels dans les rapports/programmes/plans consultés (et évoqués dans ce premier chapitre), comme si les politiques gouvernementales en étaient distantes, ou les laissaient à la responsabilité des entreprises. Ce qui, dans le même temps, peut représenter une forme d'inégalité d'accompagnement de ces populations d'actifs, soumis à des attentes institutionnelles pas forcément pensées pour être démocratisées et généralisées de façon adaptée.

Au terme de cette première application du modèle de Richard & Al. (1996), il nous apparaît considéré davantage au regard de la proximité géographique et politique à la personne âgée. Mieux vaut considérer les effets dûs à l'intensité de l'interaction, de la relation, qu'à la distance géographique ou fonctionnelle (la proximité participe à l'effet, mais ne l'induit pas automatiquement). De plus, les catégories manquent de clarté pour définir ce que l'on y met. Ou placer les interventions spécifiques portées par les acteurs intervenant au domicile ? Dans l'organisation ? Dans la communauté ? Ce modèle nous apparaît plus adapté à la construction d'un plan général en premier lieu d'actions locales, qu'à sa mise en œuvre ou à l'analyse de l'environnement écologique réel d'une personne. Mieux vaut penser la forme de l'influence réelle et directe. La distance objective/absolue n'a pour nous pas de sens pour mener une analyse de l'environnement écologique d'une personne et des processus interactionnels en jeu, de même que leurs effets.

2.4. Description des acteurs caractérisant l'environnement de la personne âgée

Ennuyer (2006) a consacré un chapitre sur les acteurs clés du maintien à domicile dans son ouvrage « Repenser le maintien à domicile ». Les acteurs fondamentaux sont représentés en priorité par les personnes âgées faisant le choix de rester chez eux, bien plus en connaissance de cause que ce qu'en pensent les professionnels de l'hébergement dont l'auteur dénonce la vision écornée de la qualité de l'accompagnement à domicile, et l'attitude que l'auteur associe à une « *invalidation* » de la parole de la personne âgée. Nous pouvons également identifier-là plutôt deux perceptions différentes de la Qualité de vie par des acteurs qui ont un regard orienté différemment sur une même scène. Ces acteurs fondamentaux (ainsi que leurs besoins et attentes) ont évolué au fil des politiques sociales et aux grés de leurs revenus, qui, trop élevés, ne leur permettaient pas de bénéficier d'une prise en charge. Ceci ayant modifié et

renforcé, en parallèle de l'essor des structures commerciales de l'aide à la personne, les exigences de ces bénéficiaires-clients qui payent une prestation plein tarif, une prestation de service.

Dans l'environnement, on retrouve également les familles des personnes aidées, dont le rôle d'aide est central, à l'image des aidants qui assurent seuls le *care* de leur conjoint ou parent, par contrainte financière ou refusant une aide extérieure. Ce rôle est pour autant difficile pour les aidants familiaux, eux-mêmes parfois perçus comme contraignants par les aidants professionnels, quand ils interviennent dans ces configurations. L'environnement de la personne âgée est donc également constitué des aidants naturels, dont Amyot (2008) questionne les motifs et ou les peurs associées à la nécessité de les former, dans l'idée qu'il serait perçu que les qualifier engendrerait le risque de ne plus voir comme utile le recours à des professionnels, dont les besoins sur le marché du travail constitue le levier (selon nous, erroné) contre le chômage. Ce serait alors penser que l'aide à domicile n'exerce là qu'une technique, là où nous verrons que ces professionnels du *care* apportent bien plus qu'une expertise technique, mais bien, relationnelle, d'accompagnement, différemment peut-être, mais au travers de dimensions similaires, à notre sens, au *care* apporté par un aidant naturel.

Enfin, on retrouve les professionnels du maintien à domicile bien sûr, avec en tête de peloton l'aide à domicile qu'Ennuyer identifie comme « *le premier maillon indispensable* », « *l'intervenante de première ligne* » qui incarne des rôles multiples : « *amie, confidente, l'employée, la salariée de l'association* » (2006, p. 154). On remarquera qu'il féminise le métier, eût égard à leur surreprésentation dans le métier. Gardons à l'esprit, et pour ne pas exclure la gent masculine, que les hommes pourraient peut-être avoir encore des rôles différents et/ou complémentaires. S'ajoute au panorama le médecin généraliste dont le discours est « *parole d'évangile* » (p. 155) pour les personnes âgées, mais avec lequel la concertation est parfois complexifiée des temps et des positionnements liés à des rôles fortement hiérarchisés du milieu médical, et ce malgré sa place prépondérante dans les dispositifs d'accompagnement. Enfin, l'auteur identifie les infirmières libérales et les acteurs hospitaliers dans l'environnement de la personne âgée. Les derniers acteurs, représentant l'institution n'ayant donc pas une culture naturelle du domicile, ce qui pourrait peut-être contraindre l'efficacité de certains dispositifs d'accompagnement dans le cadre du maintien à domicile.

Aujourd'hui, nous pouvons ajouter au portrait environnemental défini par Ennuyer il y a 10 ans, un réseau enrichi. En effet, face aux dysfonctionnements des coordinations entre les premiers acteurs définis par l'auteur, des organisations se sont créées, modifiées, repensées. Aujourd'hui, le discours est à la mutualisation des moyens pour faire face aux restrictions budgétaires. Cela engage à coordonner davantage les différentes forces en présence, d'où le discours émergeant autour du besoin de développer le travail en réseau et les compétences des coordinateurs en question, afin d'assurer un accompagnement plus complet, abouti, organisé, sans fracture. Ce sera l'affaire à court terme des Responsables Secteurs dans les structures du domicile, combiné au rôle des CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) qui ont déjà pour rôle de faciliter l'information et le lien entre les différents acteurs du domicile, ceux déjà évoqués, complétés des associations d'aides aux aidants naturels, les accueils de jours, etc.

Nous pensons par ailleurs à un ensemble d'autres acteurs intervenants dans l'environnement proche de la personne âgée, tels les pharmaciens, les aides-soignants à domicile et leur infirmier-coordonnateur, les caisses de retraite, les mutuelles, qui ont de véritables effets dans le maintien en santé et à domicile de ce public. S'étendent également, de manière plus « éloignée » tous les acteurs qui impactent le maintien à domicile au travers des orientations et décisions associées aux politiques d'accompagnement pour un « bien-vieillir ». D'autres approches relatent davantage de ces processus dans une démarche de prévention/promotion de la santé. Nous les abordons dans le point à suivre.

2.5. La promotion de la santé des personnes âgées

Les acteurs ainsi mis en évidence participent au bien vieillir qui passe par une promotion de la santé des personnes âgées. Cette promotion se décline au travers des déterminants de santé qui sont visés par les orientations politiques, les spécificités et singularités des personnes âgées et les acteurs qui participent à cette promotion de leur santé. L'ensemble étant coordonné par une « *action gérontologique centrée sur la personne* » (Amyot, 2008, p. 43).

2.5.1. Les déterminants de la santé

La santé est décrite dans la Charte d'Ottawa comme un processus multi-référentiel auquel elle impose des préalables (dont le fait d'avoir un logement, avoir accès à l'éducation, à la paix, des ressources durables et de quoi manger, ainsi que des revenus, un écosystème durable, la justice sociale et l'équité (Hamel, Bodet, & Moquet, 2012)). Elle présente également différentes stratégies d'intervention à ces fins, sous cinq grandes lignes que sont l'axe politique (permettre aux responsables de prendre des décisions en conscience des conséquences sur la santé), l'axe environnemental (préservation des ressources naturelles et création de conditions de vie et de travail, ainsi que des conditions sociales et matérielles favorables à la santé), l'axe communautaire (à associer dans les décisions de santé publique), l'axe éducatif (en préparant les individus à faire face en développant leurs ressources), et l'axe organisationnel (afin que les services de santé œuvrent dans le respect de l'individu, souhaits et attentes). Une approche globale en promotion de la santé considère la santé comme un résultat dynamique des interactions entre les individus et leur environnement (Barthélémy, Bodard, & Feroldi, 2014).

Différents facteurs sont attachés à des aspects individuels comme des caractéristiques individuelles (sexe, âge...), les facteurs liés au style de vie, et l'environnement social, plus ou moins proche, et les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales (tels que l'éducation, le milieu et les conditions de

travail, le service de santé, le logement, etc.). A l'image (figure 1) du modèle de Whitehead & Dahlgren (1991)¹⁵.

Quand la dépendance apparaît, il nous semble que cette modélisation s'en voit modifiée sur le contenu. En effet, le style de vie personnelle est alors fortement teinté et impacté des actions de l'entourage, familial, social, communautaire. Au sein des acteurs de l'intervention (et l'environnement) communautaire, nous considérons les personnels de terrain des services d'aide à domicile, qui se situent dans un espace à la fois de l'action sociale professionnelle et de l'intime (du domicile, de la relation de proximité entre deux personnes, etc.).

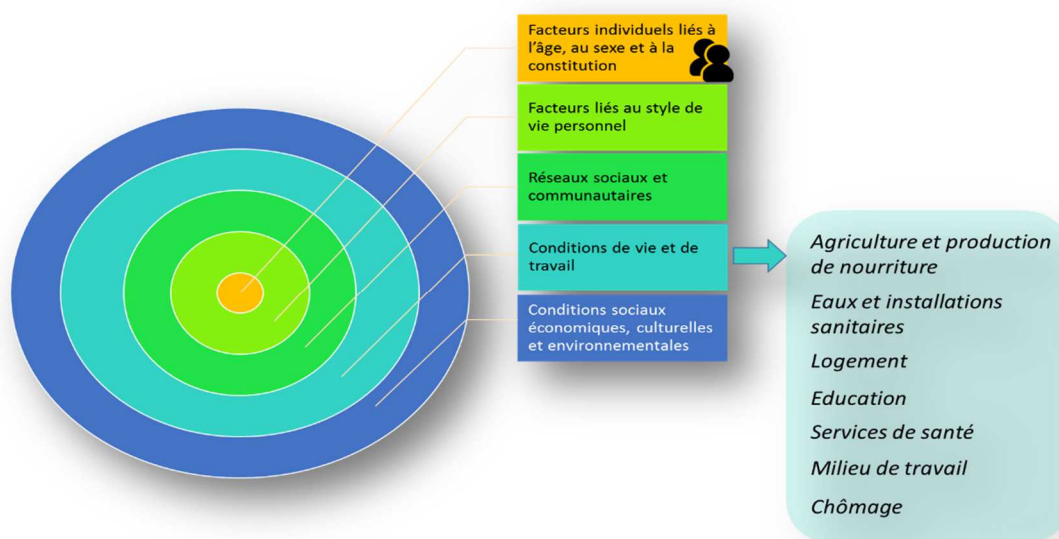


Figure 1 : Déterminants de santé – d'après le modèle de Whitehead & Dahlgren (1991)¹⁶

Ainsi, plus proches que les services de santé, il nous apparaît que les aides à domicile sont des déterminants centraux de la santé de nos aînés. Ce qui caractérise ce modèle est l'interdépendance des acteurs. Ainsi, les états émotionnels de chacun vont pouvoir modifier les interactions et plus largement la relation d'aide. Nous pensons entre autres à quelques cas qui ressortent de notre travail de terrain, dont une professionnelle, qui ne se remettant pas du décès d'un proche quelques mois plus tôt, confessait un « *manque de patience* » vis-à-vis des plaintes des personnes âgées aidées, voire une forme d'agacement. Nous pouvons aussi penser à un professionnel lambda, qui souffrant de son travail pourrait agir en maltraitance, sans en avoir conscience, tant déjà épuisé à se maintenir en équilibre lui-même, dans sa vulnérabilité propre. De fait, assurer et s'assurer du bien-être des intervenants à domicile constituent déjà à nos yeux, dans un premier temps, un déterminant primaire du bien-vieillir des anciens (ou plus largement des personnes dépendantes). Au-delà de ces éléments, conscients de ces différents niveaux d'influence de

¹⁵ D'après l'illustration traduite et présentée par Hamel, Bodet & Moquet (2012, p. 37). Cf. Whitehead, M., Dahlgren G. (1991) What can we do about inequalities in health. *The lancet*, n° 338 : p. 1059-1063.

¹⁶ d'après la modélisation annotée de Blache & Al. (2015, p. 6)

l'environnement sur la santé, il convient de prendre également en compte la singularité de l'individu approché dans ces démarches collectives du prendre soin. Les modèles écologiques permettent de prendre en considération l'ensemble des déterminants, dans une approche globale de prévention, à l'image du modèle de Cardinal & Al. (2008).

2.5.2. **Le modèle écologique de Cardinal & Al. (2008)**

Les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène de 60 à 85 ans, et plus. Ainsi Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny (2008) relèvent divers critères qui distinguent les personnes âgées qui diffèrent en fonction de leur genre (la femme vit plus longtemps mais souvent seule et avec des revenus faibles, dont la vulnérabilité n'est pas forcément un plus pour un vieillissement en bonne santé), de leur niveau d'autonomie, de leur situation socio-économique ou encore des différences liées au lieu de résidence ou à la culture. Ces auteurs ont présenté un modèle s'appuyant de différents courants théoriques, visant à l'étude ou la promotion d'un vieillissement en santé et/ou actif, dont les déterminants ont été énoncés par l'OMS (2002) : les facteurs personnels, comportementaux, sociaux et économiques, les aspects liés à l'environnement physique et les services sanitaires et sociaux.

Cardinal & Al. (2008) font également référence au modèle pour un vieillissement en santé « *Going and doing* » (bouger et agir) de Bryant, Corbett et Kutner¹⁷. Ce modèle souligne le fait que la possibilité d'avoir accès à des ressources et services adaptés favorise une vision positive de vieillissement en permettant de compenser les pertes et en maintenant de saines habitudes de vie. Ici, l'accomplissement et la réalisation de soi de la personne âgée reposent sur quatre conditions que sont le fait d'avoir un but à réaliser, une attitude positive, des habiletés ainsi que l'accès aux ressources sociales et aux services. Ces conditions étant elles-mêmes modulées par des facteurs comme le soutien, les capacités d'adaptations et les compensations offertes par l'environnement. Les ressources sociales, les services et l'environnement nous apparaissent fortement empruntés des services gérontologiques existants, qu'ils soient des établissements ou des structures de maintien à domicile. Les soignants, ou plus globalement les professionnels du *care* constituent alors en soi des déterminants dans le bien-être et la santé des personnes âgées. Les professionnels œuvrant dans les services d'aide sont donc des contributeurs actifs d'un vieillissement en santé, et peuvent par la même, constituer un levier d'intervention à des fins de prévention et de promotion de la santé des anciens. Pour autant, les programmes et orientations associés aux politiques du vieillissement font peu de références aux personnels d'intervention dans ce qu'il est important de rappeler du rôle de ces professionnels, dont la situation est importante à considérer dans la relation d'aide à la personne âgée.

¹⁷ Cf. L.L. Bryant, K.K. Corbet & J.S. Kutner (2001). "In their own words: a model of healthy aging". *Social science and medicine*, 57(7), p.927-941, cité par Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny (2008) in « *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel* ».

Le modèle conceptuel de Cardinal & Al. (2008) reprend toutefois le concept central d'un vieillissement en santé dont les principes reposent sur l'équité, la solidarité, l'indépendance et la dignité. Leur modèle (dont la modélisation est reproduite figure 2) vise à identifier l'ensemble des facteurs et des stratégies d'intervention qui doivent être pris en compte pour maintenir et améliorer la santé des personnes âgées tout en permettant une analyse des politiques et programmes mis en place.

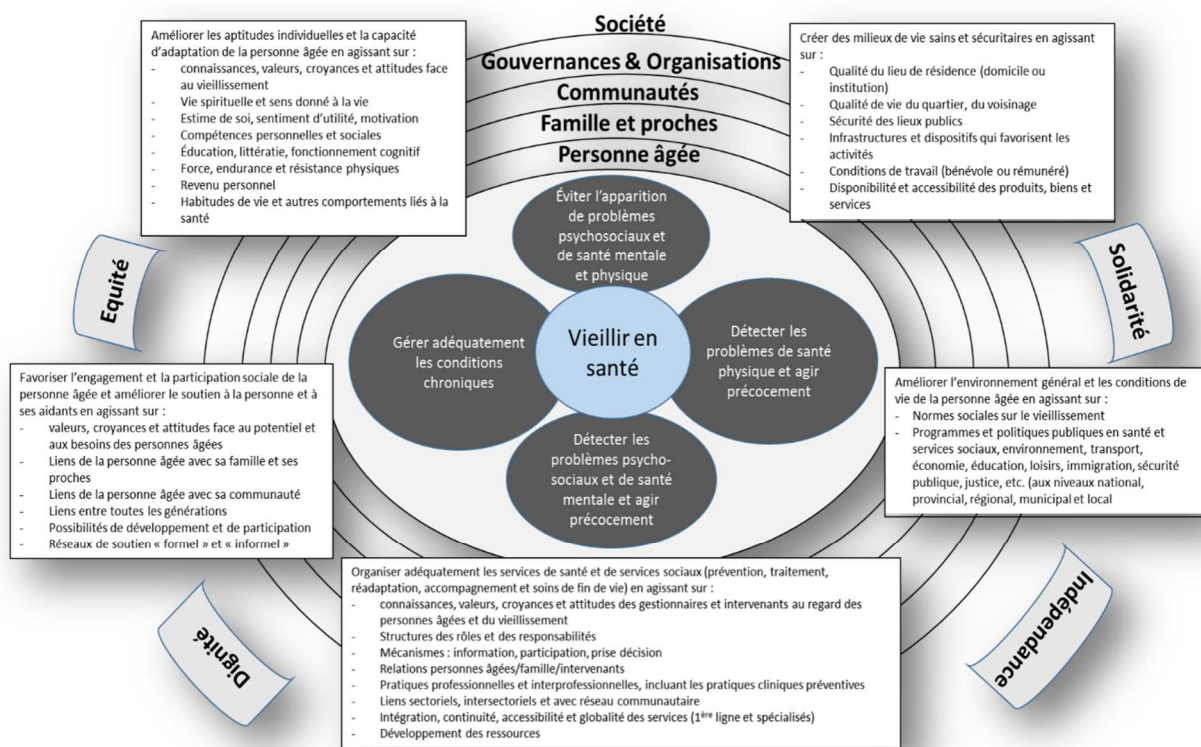


Figure 2 : Modèle conceptuel des perspectives pour un vieillissement en santé de Cardinal & Al. (2008)

Les interventions peuvent s'orienter d'après deux catégories d'intervention regroupant chacun différents axes. La première concerne des actions liées aux déterminants de santé des personnes âgées dont le « *but ultime est l'optimisation du fonctionnement social, cognitif, mental et physique des personnes âgées* » (p. 41). La seconde s'illustre dans la prévention des problèmes de santé des personnes âgées et l'optimisation de leurs capacités.

La première catégorie (action sur les déterminants de santé) couvre 5 axes que sont (1) l'amélioration des aptitudes individuelles et de la capacité d'adaptation de la personne âgée, (2) la création de milieux de vie sains et sécuritaires, (3) l'amélioration de l'environnement général et des conditions de vie de la personne âgée, (4) l'organisation adaptée des services de santé et sociaux, et (5) la facilitation de l'engagement et de la participation sociale de la personne âgée, comme l'amélioration du soutien à la personne âgée ainsi qu'à ses proches aidants.

Ainsi, différents acteurs interviennent à cette fin, de la personne elle-même, à la société en passant (entre autres) par l'aidant proche, les services d'aides et les professionnels d'intervention.

De même, les 4 axes suivant portent sur la prévention des problèmes de santé et l'optimisation des capacités représentant eux les actions qui visent à (1) éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé physique et mentale par la réduction des facteurs de risque, (2) détecter les problèmes de santé physique et agir précocement, (3) détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale et agir précocement, et (4) gérer les conditions chroniques de manière adéquate.

Les objectifs nous apparaissent à la fois indispensables à considérer pour les personnes âgées comme pour les acteurs qui y veillent et y contribuent, de près. C'est pour leur positionnement proche, l'évidence de leur rôle et parallèlement le silence sur leur propre situation que nous ciblons à présent le lien privilégié et central qu'a spécifiquement l'aide à domicile auprès de la personne âgée.

2.5.3. **L'aide à domicile : professionnalisme et intimité dans l'intervention gériatologique**

La modélisation de Cardinal & Al. (2008) est très intéressante et présente multiples avantages dont celui de proposer une approche globale de l'accompagnement de la personne, et pour paraphraser les auteurs, de suggérer « *un éventail de stratégies d'interventions qui permet à tous les acteurs concernés par la santé des personnes âgées de se situer en complémentarité les uns avec les autres, où qu'ils soient : milieu institutionnel ou communautaire, économie sociale, secteur privé, secteur de la santé et des services sociaux ou encore d'autres secteurs d'activité* » (Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008, pp. 49-50). Cela nous apparaît toutefois distancier de manière trop importante les acteurs d'interventions directes auprès des personnes âgées. Ceci d'autant plus dans le cas d'intervention à domicile des personnes aidées, comme c'est le cas des professionnels acteurs du terrain applicatif des politiques de maintien à domicile. Les dispositifs du maintien à domicile sont mis en place pour permettre à la personne âgée de demeurer à son domicile le plus longtemps possible, par l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé, impliquant l'assistance d'une aide à domicile, de soignants ; financée tout ou en partie par des aides spécifiques de la situation sociale et médico-sociale de la personne aidée.

Répondant aux critiques formulées à propos des politiques du maintien à domicile (notamment par les représentant des établissements médicosociaux), Ennuyer (2006) insiste pour rappeler qu'il « *est important de resituer ce maintien à domicile comme l'expression d'une volonté de se maintenir chez soi au bout de la vie* » (p. 31), et non une mesure contraignante visant à laisser la personne âgée chez soi de force, alors que maintien provient du latin *manutenere*, signifiant tenir avec la main, au sens d'un soutien donc. L'auteur formalisera ainsi, au terme de son analyse sémantique, une définition du maintien à domicile en cela que « *maintenir une personne qui le souhaite à son domicile, c'est bien [...] lui permettre de rester sur le long terme chez elle, tant que cela répond à sa demande. Il s'agit donc bien d'une personne qui reste chez elle, sur le long terme avec ses habitudes de vie, en conservant autant qu'elle le peut et qu'elle le souhaite, sa place dans le milieu qui a été le sien, milieu familial, milieu géographique, milieu de voisinage, etc.* » (p. 33). Nous référant donc au cadre particulier du maintien à domicile, il apparaît que l'aide à domicile (parfois appelée « *ma fille* » par la personne aidée) trouve une place plus proche que dans

la communauté ou l'organisation. Sans la rattacher directement à la famille, la relation intime (sous-jacente d'une intervention à domicile, fréquente, dans un contexte de vulnérabilité ou l'aide à domicile apporte soutien, assistance, voire aide au soin) prédisposerait d'un effet significatif de l'aide à domicile sur la santé de la personne âgée. Ainsi, un niveau d'intervention qui se focaliserait sur les personnels d'interventions (et les services dont ils/elles dépendent) apparaît un niveau adapté à l'efficacité de la mise en place de dispositif d'intervention, à des fins d'accompagnement, de promotion et de prévention de la santé des aînés. Ceci demandant alors de creuser l'analyse du rôle et la nature de la contribution de ces acteurs auprès des personnes âgées, que nous rattachons à leur environnement proche, au sein même de leur domicile.

Nous proposons une nouvelle modélisation de l'environnement de la personne âgée (figure 3) dans laquelle la proximité à la personne âgée est illustrée par la distance différente de chacun des acteurs sur le schéma. Plus l'interaction est significative (en terme d'intimité et de fréquence des contacts), plus l'acteur est placé proche du cadre « personne âgée ». Certains acteurs sont communs à différents systèmes, c'est pourquoi ils sont placés sur des intersections. Leur appartenance est d'autant plus forte que leur espace est intégré au sein d'un système (matérialisé par les cercles). A droite de la personne âgée, on retrouve plutôt la sphère soignante, du « *cure* », et à gauche, la sphère du « *care* », de l'accompagnement.

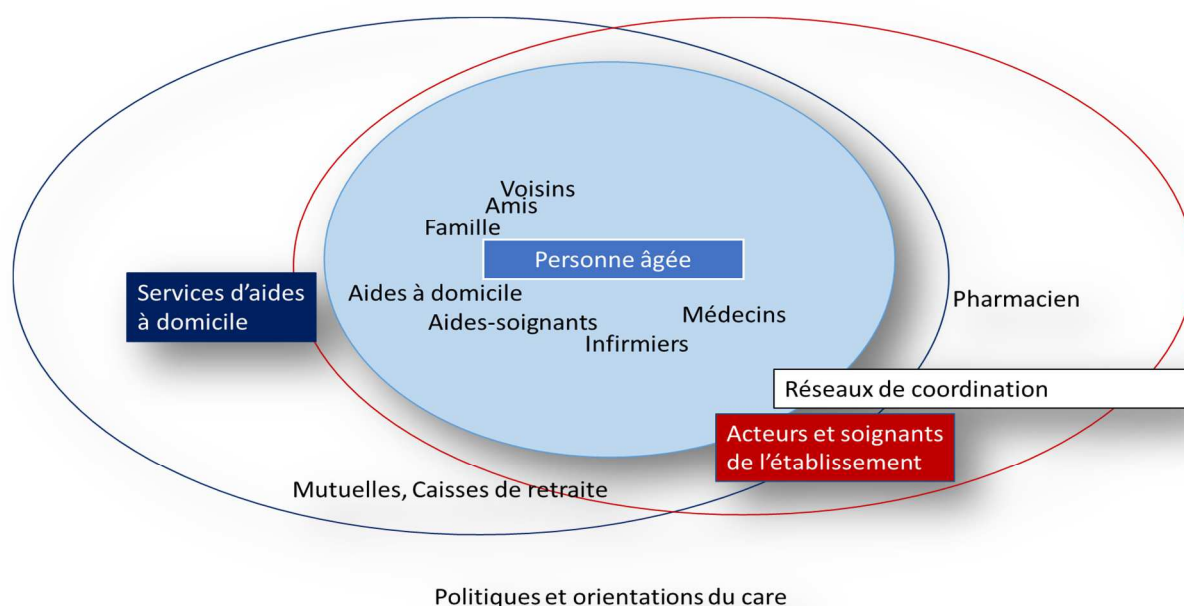


Figure 3 : Schéma modélisation environnement de la personne âgée

3. Environnements multiples des personnes âgées¹⁸

3.1. Les limites des niveaux du modèle de Cardinal & Al. (2008)

La personne âgée aujourd'hui dispose de différentes configurations de vie, au moins de par le toit qui la préserve : celui de l'institution, celui du domicile, fonction qu'il soit le sien, celui d'un proche ou encore un domicile partagé, dispositif permettant de rompre l'isolement par le partage d'un lieu de vie autonome avec d'autres pairs dont l'autonomie ne permet plus de rester seul à son domicile, sans pour autant nécessiter l'entrée en établissement. La modélisation de Cardinal & Al. (2008) nous paraît se limiter à un environnement défini par les habitudes institutionnelles, qui ne correspondent plus forcément aux réalités des souhaits du domicile par les personnes âgées.

Les personnes âgées sont très attachées à leur logement où nombre d'entre elles ont le désir d'y vieillir, voire y mourir, et ce à hauteur de 95% selon les enquêtes consultées par Amyot (2008). Ainsi, l'auteur rapporte de ses investigations que l'envie de déménager en 2002 (Cf. enquête logement INSEE) était de seulement 13% chez les 60-69 ans, qui peut signer comme une preuve que les personnes s'y sentent bien, ou bien (au moins) que les personnes ne projettent pas de changement d'environnement. Pour autant, il est également soulevé le paradoxe du fait que l'on assiste à de plus en plus de migrations vers les zones rurales au moment de la retraite, ce qui traduit d'ailleurs bien les réalités régionales bretonnes. Toutefois, il est à laisser penser que dans notre région, l'attachement à la terre, aux racines explique ce retour aux sources du breton qui avait quitté sa région pour son travail mais finit par y revenir l'âge de la retraite venu.

En appliquant le modèle de Cardinal & Al. (2008), pour préciser différemment que précédemment l'environnement de la personne âgée, cette composante spécifique de l'intervenant professionnel nous apparaît importante à mettre en avant puisqu'une interaction forte existe entre ces acteurs. Or le modèle ainsi présenté ne nous paraît pas non plus adéquat à l'intégration des interactions avec les intervenants au domicile des personnes. En effet, de par nos premières observations, nous pensons que l'aide à domicile est un possible acteur de l'environnement « familles et proches » et/ou « communauté » (tel qu'il serait admis de positionner en premier lieu les services de santé et d'accompagnement). Pour les mêmes raisons qu'évoquées précédemment avec le modèle de Richard et Al. (1996), l'aide à domicile nous apparaît bien à un carrefour des deux niveaux de l'environnement de par la nature de la relation engagée dans la relation d'aide à domicile, où la mise en distance que l'on peut identifier entre le soignant et le patient paraît plus mince ou difficile à maintenir, malgré des formations prônant la distanciation à l'aidé.

¹⁸ Le modèle doit pouvoir faire état de l'environnement multiple des personnes âgées : de grandes différences existant déjà selon le lieu d'habitation de la personne âgée : institution, domicile proche, domicile d'un proche, domicile partagé, etc...

La répartition des groupes autour de la partie centrale (par ailleurs très claire) ne nous paraît pas forcément adaptée pour retranscrire l'environnement de la personne âgée (sortie de l'établissement). La culture du domicile rend plus floues les frontières d'un niveau environnemental à l'autre. Les niveaux semblent par ailleurs à redéfinir ou préciser.

Premièrement, la personne âgée occupe un rôle d'acteur dans les différentes préventions : mais comment considérer cela dans le cas d'une dépendance forte ou d'une autonomie réduite, voire absente ? Deuxièmement, que compte-t-on dans famille et proches ? L'aidant naturel, le reste de la famille et les amis ? Les rôles joués ne sont pas les mêmes. Par ailleurs, l'aide à domicile, au sens de Richard ferait partie d'une communauté, voire d'une organisation. Nous nous interrogeons sur la manière de l'intégrer dans la modélisation de Cardinal & Al. (2008). Au réel, l'aide à domicile est un acteur du domicile, sans être de la famille ou un proche. A moins de repenser/préciser ce que l'on met derrière le vocable « proche ». Troisièmement, l'organisation nous paraît très distancée dans les niveaux d'environnement, or à notre sens, il devrait rejoindre le niveau des communautés, au sein duquel on pourrait aussi ajouter les acteurs médico-sociaux. Quatrièmement, les gouvernances se résument plutôt à notre sens aux politiques départementales, régionales et nationales (le niveau « supra » de Richard & Al. (1996)). Et, enfin, la société illustrerait davantage de notre point de vue ce qui relève des représentations de la personne âgée et du besoin de le prendre en soin, par l'ensemble de la population. Ce niveau induit pour nous des problématiques davantage de l'ordre du sociologique.

C'est donc avec un modèle combiné et modifié des approches de Richard & Al. (Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic, & Green, 1996; Richard, Barthélémy, Tremblay, Pin, & Gauvin, 2013) et de Cardinal & Al. (2008) que nous proposons d'illustrer, de la manière estimée la plus adaptée possible au terrain observé, l'environnement de la personne âgée, selon la force et la nature des interactions engagées dans les processus de promotion et prévention de la santé, plutôt que dans une approche géolocalisée d'orientations politiques appliquées.

Ce modèle illustré que nous présentons à suivre est également pensé en termes de relations-processus-articulations-fonctionnement avec le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979). A la fois donc, systémique, global, général, « entier », et socio-environnemental, expliquant à la fois les systèmes en jeu et leur fonctionnement. Les travaux de Bronfenbrenner ont cela d'intéressant que plutôt que de s'attacher à la distance entre deux individus et/ou groupe(s), ils focalisent davantage son analyse sur les interactions et les interrelations entre deux systèmes (représentés par des personnes, des institutions, des orientations politiques, etc.).

3.2. Approche écosystémique de Bronfenbrenner (1976; 1979; 1994)

La théorie de Bronfenbrenner, dont le premier paradigme écologique a été introduit dans les années 70, repose sur cinq systèmes sociaux organisés, qui contribuent à aider et guider le développement humain, à partir des différentes normes, rôles, et règles qu'il caractérise de manière plus ou moins explicite. Il a basé nombre de ses travaux sur l'impact de l'environnement (plus ou moins proche) sur le développement de l'enfant, par exemple, dans le contexte de l'école (1976). Ce modèle nous est apparu indispensable pour répondre à une réflexion globale d'analyse et/ou d'intervention sur des thématiques de santé, voire de bien-être comme porté par la définition de l'OMS. Parce que dans cet objectif de l'étude du développement humain, il prend en compte les besoins de l'individu et ses motivations à se réaliser et donc, avance le pas vers des objectifs modernes tels que ceux inhérents à un « bien-vieillir », un « vieillissement réussi », ou dans un autre registre, du bien-être des professionnels en emploi.

De même, « selon Bronfenbrenner, l'être humain se déplace entre différents contextes qui influencent son développement tout en modifiant et restructurant les milieux qu'il occupe. L'environnement de l'acteur ne se réduit pas au contexte immédiat et restreint l'entourant ; il est constitué également de toutes les connections entre les contextes immédiats ainsi que des influences indirectes de contextes plus ou moins éloignés » (Corriveau, Boyer, & Fernandez, 2010, p. 3). Ceci allant dans le sens de nos réserves vis-à-vis des modèles précédemment présentés qui font la part belle à une description d'un environnement découpé en niveau et caractérisés par leur proximité à l'individu.

Par ailleurs, le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979) repose sur deux grandes propriétés. La première part du principe que le développement humain se réalise par des processus d'interactions bidirectionnels entre un organisme humain biopsychosocial actif et évolutif, et les personnes, objets et symboles présents dans son environnement immédiat. Pour être efficace, l'interaction doit se produire régulièrement sur des périodes de temps prolongées. De telles formes d'interactions durables dans l'environnement immédiat sont appelées les « processus proximaux » (Bronfenbrenner, 1994). De plus, les effets des processus proximaux sont plus puissants que ceux des uniques contextes environnementaux dans lesquels ils se produisent. La seconde propriété est que la forme, la puissance, le contenu et la direction des processus proximaux sur le développement varient en fonction des caractéristiques conjointes de la personne, de l'environnement et de l'issue de développement étudié. Par ailleurs, la puissance du processus varie également en fonction du contexte et des caractéristiques de la personne.

Avec son modèle Processus-Personne-Contexte-Temps (PPCT), Bronfenbrenner (1996), cité par Saint-Jacques, Drapeau, Cloutier, & Lépine (2003), fera état de l'importance de ces processus qu'il qualifie « d'engins du développement ». Tous ces éléments nous font de plus penser aux préceptes des approches transactionnelles (qui seront présentées dans un prochain chapitre), caractérisées par la recherche de compréhension des phénomènes, une place faite au contexte et aux dynamiques y régnant.

Enfin, Bronfenbrenner (1979, 1994) caractérise 5 niveaux de systèmes dans son modèle écologique du développement humain (figure 4).

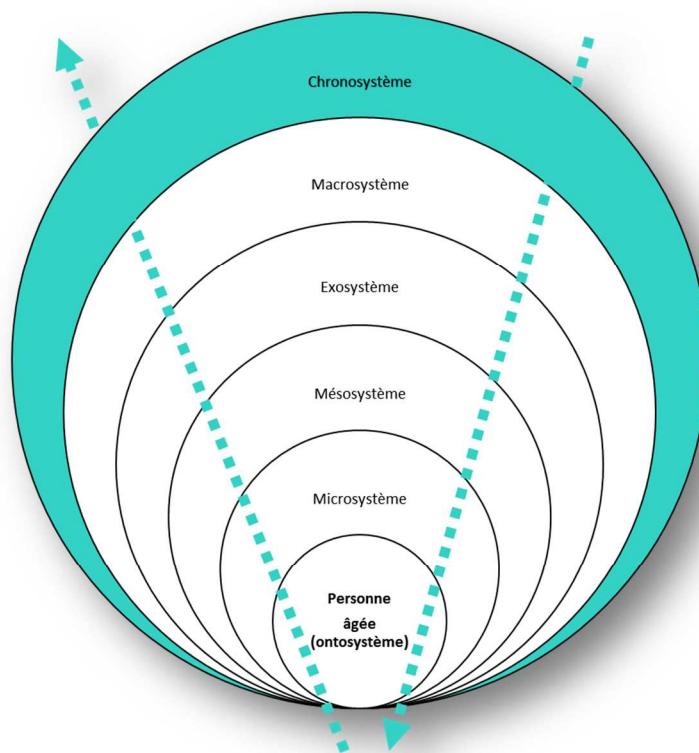


Figure 4 : Modèle de Bronfenbrenner (1979)

Ainsi, son premier niveau est appelé « microsystème », et regroupe les activités, les rôles sociaux, les relations interpersonnelles et les rôles occupés dans l'environnement immédiat de la personne dont on considère le développement. Cela correspond à tout ce qui constitue les relations et les expériences dans l'environnement immédiat de la personne âgée, pour illustrer le modèle auprès du secteur gériatrique dont l'ontosystème est la personne âgée, qui porte un certain nombre de caractéristiques propres (physiques, émotionnelles, cognitives, comportementales...) qui peuvent aussi influencer son développement. Le second correspond au « mésosystème » qui comprend les liens et les processus en jeu entre deux ou plusieurs microsystèmes. Autrement dit, il s'agit du réseau de connections avec les environnements immédiats de la personne. Les mésosystèmes de la personne âgée sont illustrés par Cardinal & Al. (2008) comme relevant des milieux de soins, la famille, les institutions, les communautés, etc. Ce système élargi permet donc d'intégrer les différents systèmes gravitant autour de la personne âgée, mais ne permet toutefois pas de distinguer les spécificités de chacun, avant déclinaison. L'« exosystème » comprend les éléments de l'environnement qui agissent de manière indirecte sur l'individu. Par exemple, trois grands exosystèmes influencent le développement de l'enfant de manière indirecte au travers de leurs influences sur la famille, l'école et les pairs. Il s'agit du lieu de travail des parents, du réseau social parental et du contexte communautaire. Appliquée à la personne âgée, on peut penser à la proximité géographique

d'habitation des proches ou le type de politiques locales engagées (ex : orientations du CCAS¹⁹ qui gèrent les structures d'interventions à domicile). Le quatrième niveau, le « macrosystème », regroupe les caractéristiques des trois premiers, et fait référence à la culture dans laquelle vit l'individu, en faisant notamment référence au système de croyances (idéologies, tabous, préjugés...), aux savoirs, aux valeurs, aux ressources matérielles, aux styles de vie, etc.

Enfin, le dernier niveau étend le paradigme en y incorporant la prise en compte du temps (le chronosystème, représenté en bleu, et transversal à tous les autres systèmes), par exemple en termes de conjoncture (emploi, évolution de la structure familiale, lieu de vie, ...). Dans ce système est considérée l'évolution des systèmes et des interrelations dans le temps. Ce modèle permet donc de contribuer à expliquer comment peut se réaliser le développement d'un individu dans un contexte, mais plus spécifiquement en prenant en compte les différentes interactions qui s'y jouent. Il est de type causaliste, à l'instar des théories interactionnistes et a d'intéressant de veiller à prendre en compte différentes dimensions de l'environnement, sous l'égide de la perception qu'en a l'individu.

3.3. La place prépondérante des acteurs de terrain pour un « vieillissement réussi »²⁰

Les politiques de services à la personne et du domicile s'appuient sur l'idée que rester chez soi a des effets bénéfiques, ce qui nécessite parfois l'intervention de professionnels en complément des soins procurés par la famille elle-même, et qui reste considérée au sein de la pratique (Djaoui, 2014). Afin de rendre compte au mieux de l'environnement de la personne âgée, dans une perspective dynamique d'interactions, nous présentons à suivre une modélisation inspirée et re-adaptée des travaux de Richard & Al. (1996), Cardinal & Al. (2008) et Bronfenbrenner (1979). Dans ce modèle modifié (figure 5), nous retrouvons les actions centrales du modèle de Cardinal & Al. (2008), celles davantage associées à la personne âgée en proximité. Nous avons modifié la présentation des différents niveaux environnementaux gravitants autour de la personne âgée afin qu'ils intègrent davantage les spécificités d'une action de maintien à domicile. Toutefois, la partie supérieure de cette modélisation est peu changée : on y retrouve en premier lieu la famille et les proches, puis nous ajoutons le niveau des communautés auxquels nous intégrons les établissements et les services de maintien à domicile (approche organisationnelle, gestion). Enfin, nous associons les gouvernances et les sociétés, les secondes impactant les décisions prises par la première, mais sans avoir besoin de les distancier, puisque les actions menées par les gouvernances vont agir de manière réciproque avec la société et leurs représentations.

¹⁹ Centre Communal d'Action Sociale, dont le président (le maire de la commune, assisté de l'adjoint aux affaires sociales) change en fonction des élections.

²⁰ Expression reprise du *Plan National « bien vieillir » 2007-2009*, consulté en ligne le 24.03.2015 sur http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

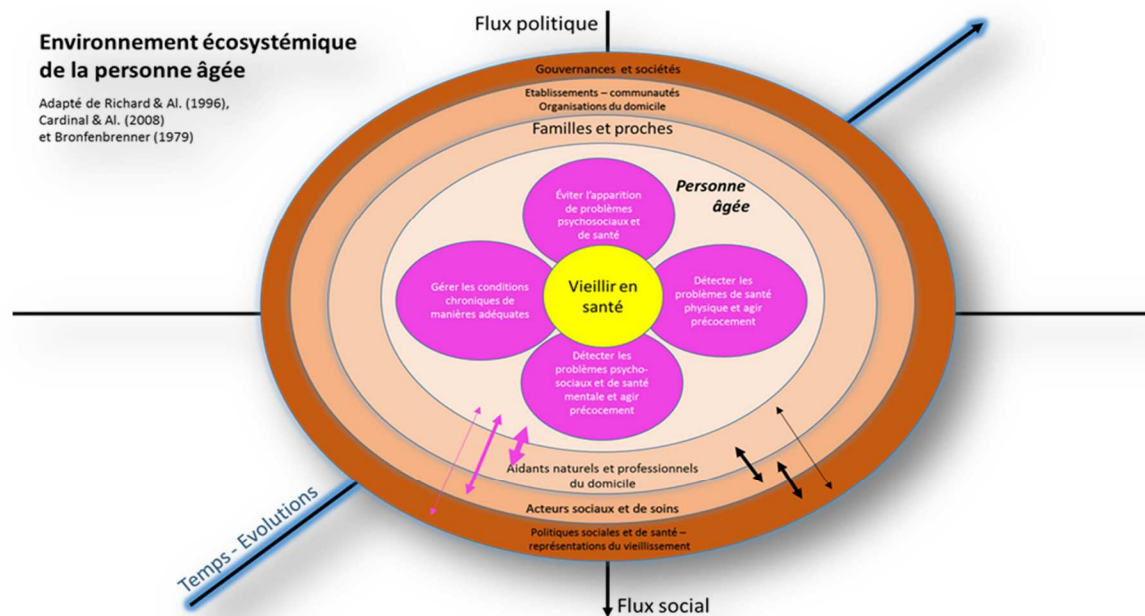


Figure 5 : Modélisation intégrative de l'environnement écologique de la santé des personnes âgées

La nouveauté apparente dans ce modèle est la déclinaison en partie inférieure des acteurs réels faisant partie des regroupements faits en partie supérieure, plus théorique, politique. Ainsi, en interaction directe, nous précisons la référence aux aidants naturels (tout membre d'une famille n'occupe pas forcément un rôle d'aidant) et incorporons les aidants professionnels de proximité (non affiliés aux actes médicaux, car les rôles occupés nous semblent induire naturellement une distanciation). La double flèche rosée indique le lien à la personne aidée, et son épaisseur, l'intensité de l'interaction et des effets à prévoir sur des dispositifs d'accompagnement visant le bien-vieillir. La force de la relation et de ses effets est donc très forte entre la personne âgée et cet entourage de proximité immédiate, annonçant des leviers d'intervention pour un vieillissement en santé plus centrés sur la personne, et par la même adaptés (conformément ou non) à des prérogatives distantes des contraintes de la réalité.

Les acteurs sociaux et de soins sont intégrés dans le niveau suivant, témoignant d'une interaction importante mais moins significative que dans les rapports aux aidants à domicile (naturels ou professionnels). Enfin, la dernière strate fait référence aux illustrations des actions liées aux gouvernances et aux sociétés, via les politiques concrètes mises en œuvre et les représentations du vieillissement par la société. Cette partie inférieure de la modélisation présente donc des aspects plus concrets, plus expérimentaux, que nous envisageons davantage dans ses illustrations socio-environnementales. Ainsi, dans les impacts des interactions, nous identifions par la même des fonctionnements différents. Nous considérons que les échanges observés dans la partie supérieure, dans ses impacts sur la personne âgée, sont dominés par des flux descendants où les décisions se déclinent successivement de niveau en niveau avec des interactions bidirectionnelles limitées et multidirectionnelles inexistantes. C'est ce que nous caractérisons dans la modélisation par le « *flux politique* ». Réciproquement, la partie inférieure voit son flux modifier cette dominance avec un « *flux social* » où les décisions prendraient davantage source en

interaction avec la personne âgée à l'origine, renforçant par la même des échanges multidirectionnels dont la force serait renforcée par la proximité systémique des différents acteurs, qui s'adaptent à la situation d'une personne et non des tendances associées à une population. La partie inférieure permet de donner plus de place à la singularité des individus aidés.

Par ailleurs, souhaitant mettre en évidence les processus interactionnels dans les démarches d'intervention, nous avons matérialisé ces interrelations par des doubles flèches, de couleur et d'épaisseur différentes. En rose est ainsi matérialisée la force des interactions multidirectionnelles entre la personne et son environnement (plus ou moins intense fonction de l'épaisseur de la double flèche) et en noir les interactions bidimensionnelles entre les autres niveaux de l'environnement de la personne.

Enfin, à l'instar du modèle de Bronfenbrenner (1979), est intégrée la dimension évolutive du temps et des conjonctures qui impactent l'ensemble des systèmes en jeu, personne âgée comprise.

Les 5 actions rattachées aux déterminants de santé tels que définis par Cardinal & al. (2008) ne sont pas identifiées sur cette modélisation pour ne pas l'alourdir, mais sont reprises en l'état de par leur pertinence initiale. Cette modélisation nous permet d'illustrer les différentes configurations de vie des personnes âgées, impactant leur environnement et ce qui s'y joue en terme d'impact sur la santé et un « *vieillesse réussie* » de la personne âgée. Au terme de cette présentation, nous en arrivons à la conclusion que les acteurs de terrain, les aides à domicile, plus spécifiquement, auraient une place prépondérante dans l'environnement de la personne âgée et/ou dépendante, dans des perspectives de vieillissement en santé. Il existe des collaborations entre les acteurs proches de la personne aidée. Nous pouvons penser en premier lieu aux aidants naturels et les intervenants à domicile, qui se forment réciproquement, les informations personnelles communiquées par l'aidant naturel facilitant la pratique d'accompagnement du professionnel qui peut apporter lui, une initiation aux gestes techniques qu'il a appris (Djaoui, 2014).

4. **Les enjeux de prendre soin des aides à domicile pour prendre soin des aînés**

Ainsi, une nouvelle orientation visant à participer au bien vieillir des personnes âgées pourrait consister selon nous à considérer le rôle des aidants professionnels sur la santé et le bien-être dans l'interaction avec la personne âgée.

Un préalable à cela implique de se pencher sur la situation vécue par les aidants professionnels, dont nous faisons le choix délibéré de nous centrer sur les non soignants intervenant au domicile des personnes, d'une part parce que les études les concernant sont moins nombreuses alors que leurs effectifs croissent, et d'autre part, parce que le souhait et les situations de maintien à domicile se font plus nombreuses. De même, il apparaît à l'étude des données démographiques une augmentation à venir des demandes

d'accompagnement des personnes âgées dépendantes pour faire face au vieillissement de la population et des situations de dépendances croissantes à accompagner.

Les professionnels doivent avoir les capacités d'accommoder leur pratique en accord avec l'environnement et eux-mêmes, ce qui n'apparaît pas toujours chose aisée alors que « *toute action à domicile exige, impérativement, des négociations non seulement avec la personne bénéficiaire de l'aide, mais aussi avec tout l'entourage (conjoint, la famille proche) qui vit sous le même toit* » (Djaoui, 2014, p. 79). Ces professionnels, dans cette énième difficulté nécessite alors vraisemblablement d'être accompagnés, ce que l'intégration à une Organisation suppose être facilitante.

Cette attention spécifique se combine aux réalités observées dans notre région. En effet, la Bretagne présente également des populations plus vulnérables que dans les autres régions. Ceci dû aux caractéristiques liées à l'âge, ce que nous avons pu identifier déjà, mais également du fait de leur mode de vie et/ou de travail. On évoque généralement dans ces populations les travailleurs de la mer, les agriculteurs ou les salariées de l'industrie agroalimentaire, ces trois pôles d'emploi étant fortement représentés sur le territoire régional. Il apparaît que par l'évolution liée au vieillissement de la population, l'augmentation des besoins associés et donc des mutations du marché de l'emploi à venir (augmentation du nombre de poste à pouvoir dans le secteur du maintien à domicile), cette population spécifique des services à la personne (dépendante) présente des risques de vulnérabilités de leur santé dû à leur travail et plus globalement à leur environnement.

Nous nous proposons donc d'étudier la situation professionnelle des aides à domicile de manière globale, comme une analogie aux modèles écologiques appliqués aux personnes âgées tels que présentés ci-avant. Nous postulons que des conditions de travail et de santé favorables chez les aidants professionnels contribuent également indirectement à assurer un facteur facilitant du bien vieillir des aînés, en cela que profitant de situations de bien-être, leur pratique et leur disponibilité en serait également augmentée favorablement. Or, les études rapportant des conditions de travail de ces professionnels montrent qu'ils (majoritairement elles en réalité) exercent dans des conditions de travail difficiles alors qu'elles sont au contact direct de personnes vulnérables, fragiles, parfois agressives, et dont le rapport à la maladie et au deuil ne serait pas chose aisée à vivre au quotidien. De même, les conditions d'emploi sont très souvent précaires (prévalence du temps partiel, revenus faibles, ...).

Par ailleurs, les discours politiques et des décisionnaires n'ont de cesse d'appeler à mettre la personne âgée « *au cœur du dispositif* ». Notre perception au contact du terrain est que cette injonction (qui nous paraît parfois presque obsessionnelle) à être tourné vers l'autre constitue un risque pour le professionnel de ne plus être quant à lui au centre de l'attention de l'Organisation dans l'accompagnement dont il doit lui-même bénéficier alors qu'il évolue dans un secteur complexe et sensible. Ceci impacte sa propre santé physique, psychique et morale, alors que l'aide à domicile aussi, professionnel du *care*, est pourtant bien aussi une personne dont la santé doit être considérée, car faisant également partie de cette population ciblée par la désormais bien connue définition de la santé par l'OMS.

En complément de cela, leur travail est rendu difficile par les enjeux d'un travail auprès de personnes vulnérables, à l'image des propos d'Amyot (2008) évoquant que « *les personnes âgées sont dans le même temps exposées aux risques du maternage et aux effets iatrogènes de l'excès de soins prodigués par des personnels refusant de prendre le risque de voir leur responsabilité engagée* » (p. 282). Cette référence illustre à la fois la complexité de la pratique professionnelle de l'aide à domicile et l'importance des processus de santé dans la relation à la personne âgée.

Les aides à domicile font partie des acteurs clés du maintien à domicile avec les personnes âgées elles-mêmes et leur famille (Ennuyer, 2006). Ainsi « *quelques soient, aujourd'hui encore, son insuffisante formation et son insuffisante reconnaissance sociale, l'aide à domicile, est, en effet, le premier maillon indispensable de cette trame qu'est le maintien à domicile. [...] Elle est à la fois celle qui connaît le passé, les histoires familiales, mais aussi le présent, les attentes et les difficultés de « sa personne âgée ». Elle est l'amie, la confidence, l'employée, la salariée de l'association, etc. [...] Elle est un informateur de première importance, pour la famille, pour le médecin, pour les autres intervenants professionnels et bénévoles* » (p. 154).

Convaincus de l'intérêt de favoriser le bien-être des aides à domicile dans le but d'un bien vieillir des personnes âgées, nous avons donc rencontré plusieurs professionnels de terrain, managers et personnels d'intervention, dans le secteur du maintien à domicile, afin d'approcher la réalité de ces métiers, en vue également de comprendre comment se réalise cette mission d'accompagnement et les impacts que ce travail peut avoir sur la qualité de vie de ces professionnels de l'ombre, reconnus pour leur discrétion, mais apparemment bien peu pour leur action sociale pourtant indispensable (Dussuet, 2005; Molinier, 2013).

Notre étude ne vise donc pas à tester l'impact de la présence du professionnel sur le bien-être de la personne âgée, nous sommes convaincus de cet état de fait, que nous venons de dessiner conceptuellement. Notre objectif est bien davantage d'identifier les effets du travail sur la santé de l'aide à domicile d'une part, et d'autre part d'étudier les processus et les conséquences de leur pratique et des processus relationnels sur leur santé ainsi que sur l'accompagnement apporté, notamment aux populations âgées. Nous proposons donc, à l'occasion de ce travail de recherche de nous décentrer un temps sur les aides à domicile que nous plaçons au cœur de notre étude, parce que les modèles interactionnistes nous montrent bien que ce qui impacte l'un a un effet sur l'autre.

Nous proposons par ailleurs d'intégrer le professionnel activement dans les pratiques d'intervention s'appuyant sur des approches écologiques, dans l'idée d'agir sur la personne âgée au travers de l'action des professionnels. L'objectif est de favoriser une intervention indirecte sur la santé des personnes âgées, tout en renforçant la prévention et la promotion de la santé des acteurs professionnels du secteur gérontologique, plus précisément dans le secteur du maintien à domicile. Des actions dans ce sens sont initiées au Québec, comme ce qui est réalisé par l'équipe Prévention, Promotion, Santé et Vieillessement (PPSV) dont l'action est vouée à la promotion du vieillissement actif, conjuguant une approche de terrain et de recherche. Ainsi plusieurs dispositifs sont mis en place pour favoriser l'équivalent du bien vieillir Outre-Manche, tels que les centres de soutien aux aidants naturels (dans le cadre duquel des étudiants assurent un répit à l'aidant familial en assurant des temps de stimulation du patient à domicile) ou le

service de soins palliatifs communautaires (qui propose de développer les compétences des professionnels de la fin de vie à domicile en proposant des formations et de soulager les aidants en rendant visite aux malades à domicile).

Nous nous appuyons également sur les objectifs (priorisés par ordre croissant) n°3 et n°8 du plan d'actions de l'ARS Bretagne sur 2012-2016 pour justifier l'orientation de notre recherche, la première ayant pour but d'améliorer les connaissances de l'impact de l'environnement sur la santé des bretons et la seconde de réduire les inégalités de santé et environnement liées à la précarité et aux conditions de travail. Ainsi, la question de la santé publique, contextualisée dans cette conjoncture du vieillissement est considérée à la fois au travers de la population âgée et de celle des actifs prenant part à leur accompagnement, chacun ayant toutefois à préserver et promouvoir de sa santé dans le bien-vieillir français.

Ce ciblage s'intègre également à un niveau national alors que les territoires français pouvaient chacun orienter leurs actions (aussi) sur l'amélioration de la qualité de l'environnement pour limiter l'impact de ce dernier sur la santé des habitants.

5. Conclusion du Chapitre 1er

Ce chapitre a débuté par la voie de la croissance de la population âgée dont les gouvernements mettent un point d'honneur à accompagner le vieillissement favorablement, dans l'optique des programmes du « bien-vieillir ». Ces programmes associés aux attentes des personnes vieillissantes elles-mêmes, indiquent la place que l'accompagnement à domicile implique à cette fin, d'un vieillissement en santé, en bien-être.

L'approche et les modèles du développement écologique (Bronfenbrenner, 1979; Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic, & Green, 1996; Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008) modélisent ainsi nouvellement l'environnement de la personne âgée où les acteurs des services à la personne et plus précisément de l'aide et du soin à domicile, occuperaient une place déterminante. Intervenant au domicile de la personne âgée, ces équipes multidisciplinaires, mais plus encore les aides à domicile et autres auxiliaires de vie sociale, pénètrent dans l'intimité des personnes, dans ce contexte particulier des toits des individus, de leurs territoires singuliers. Dans cette proximité géographique et interactionnelle, l'action des aides à domicile joue ainsi, selon nous et au regard des dynamiques écologiques, un rôle majeur sur le bien-vieillir des personnes âgées. Ces interactions fortes et bidirectionnelles indiquent à la fois l'impact de l'intervention de l'aide à domicile sur la personne âgée, mais cette dernière a également un effet sur le professionnel ainsi régulièrement côtoyé dans le cadre d'une relation d'aide de proximité immédiate. Nous considérons que l'action et la présence de l'aide à domicile sont favorables à la personne âgée, d'autant si elle est elle-même en situation de bien-être, dans l'idée que la relation s'imbiberait de l'état psychologique de l'un et de l'autre, réciproquement, du fait d'un lien particulièrement proche de cette relation. Si une personne âgée est mécontente ou affectée, cela vient modifier les liens et les relations qu'entretiennent les deux protagonistes, le professionnel pouvant en être lui-même affecté et/ou amené à modifier sa pratique d'aide.

De même, si l'aide à domicile est en souffrance ou contrariée, sa possibilité d'investissement d'une activité de *care* en serait (au moins) contrainte, ce qui risquerait également d'altérer la relation et la finalité du bien-vieillir. Un effet-ricochet pourrait également entraîner un feedback défavorable sur le professionnel, qui pourrait en retour souffrir de ne pas mener à bien ce pour quoi il/elle est là, alors que les politiques de qualités sont présentes pour vérifier que l'on fait « bien ».

Les métiers de la relation constituent par ailleurs des populations vulnérables face au stress (à l'image des enseignants, des policiers, des infirmiers, etc.). En soi, la proximité renforcée de cette action au domicile peut accroître cette vulnérabilité et développer les risques de souffrance au travail. Pourtant, il nous apparaît bien que le bien-être des aides à domicile soit un enjeu majeur participant au bien-vieillir des personnes âgées. Les politiques elles-mêmes laissent en parallèle présager d'un contexte complexe à l'exercice professionnel en santé des collaborateurs de service à la personne.

Ainsi, le cadre réglementaire des politiques sociales du vieillissement, élaborées en bienveillance pour les publics âgés pourraient toutefois présenter des effets pervers pour les acteurs de l'environnement des personnes âgées.

Entre autres, nous pensons déjà :

- (1) à l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles qui donnent injonction à faire et à faire bien
- (2) des multiples certifications, agrément, autorisations qui assurent un maintien de l'activité des structures et donc de leurs emplois
- (3) au renforcement des contraintes réglementaires qui augmentent la part des tâches administratives des responsables de services, entraînant des surcroûts qui peuvent contraindre le temps initialement attribué à l'animation et le soutien des équipes, et qui présentent autant de risque de renforcer l'isolement de professionnels déjà reconnus comme vulnérables sur ce point, que de créer des tensions entre le responsable et son collaborateur ainsi délaissé, faute de temps pour cumuler les missions
- (4) aux financements publics en baisse de dotations qui contraignent les embauches supplémentaires et l'augmentation des salaires qui pourraient respectivement entraîner un épuisement professionnel des équipes en sous-effectif et/ou fragiliser les professionnels en situation de travail précaire
- (5) aux programmes tels que ceux portant sur la bientraitance qui peuvent être assimilés à un contrôle des pratiques ou entraîner une culpabilité (et une baisse de l'estime de soi) du collaborateur de n'avoir pas bien fait et/ou la peur de perdre son emploi si sa pratique n'est pas conforme à l'attendu, alors que les questions éthiques rattachées à la bientraitance complexifient les frontières des bonnes pratiques

Par ailleurs, les mutations du service social qui tendrait à s'approprier des pratiques économico-gestionnaires présentent également des risques de souffrance professionnelle, comme ceux pouvant naître du fait que l'on exerce une pratique dans un contexte par forcément choisi dans cette orientation initialement, alors que l'on peut s'attendre à ce qu'une majorité se soit engagé dans ces métiers de l'aide par « vocation » et « souci d'autrui », ce que les aspects financiers pourraient déstabiliser. Nous nous rappelons les crises vécues à France Telecom quand la culture par objectif a été instaurée auprès de techniciens devenus conseillers clientèle – commerciaux – et qui a généré des tensions telles qu'il s'en

est suivi une vague de suicides dus au travail. De même, on ne parle pas des mêmes choses quand on évoque une évaluation de la « qualité de service » ou que l'on évalue le caractère adapté de l'accompagnement social. Traiter les plaintes des individus (clients) à l'image d'un sondage relatif à un produit de consommation traduit ici une forme de marchandisation du travail social, ce qui est loin – nous le verrons à suivre – des valeurs qui/que portent les acteurs de l'action sociale.

Ainsi, la proximité d'un cadre intime avec les personnes aidées, les interactions fortes et fréquentes (au moins régulières), ainsi que la vulnérabilité apparente qui semble caractériser les professionnels de ce secteur nous appellent à nous soucier de la santé des aides à domicile comme levier d'opérationnalisation des politiques et actions du bien-vieillir. Plus largement, il nous apparaît fondé de s'assurer que l'aide à domicile, comme tout citoyen, accède au droit fondamental de justifier d'un état de bien-être total et complet, à l'image de la définition de la santé par l'OMS. Le fait de placer la personne âgée « au centre » des dispositifs ne devant pas à avoir pour effet d'en effacer les effets sur les professionnels qui les accompagnent. Mais quels risques particuliers, spécifiques présenteraient alors plus précisément les aides à domicile ? Nous en amorcerons des éléments de réponse dès le prochain chapitre, dans lequel nous nous focaliserons sur les caractéristiques du secteur, des métiers et des problématiques rencontrées, dans un contexte où ce métier est amené à se développer – en terme d'effectifs déjà – pour répondre aux besoins inhérents au vieillissement des populations et l'accroissement de la dépendance.

Chapitre 2 : Des services et des métiers en demandes²¹ dans le secteur du domicile

En Bretagne, les personnes âgées représentent une part importante de la population, avec 10% ayant plus de 75 ans (Greugny, Nouchet, Bourdin, & Moulin, 2013), et 77000 personnes étant dépendantes (effectif augmenté de 17000 personnes d'ici 2020 selon les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 (INSEE BRETAGNE, 2012a)). Ces éléments annoncent une augmentation des besoins pour accompagner la dépendance en Bretagne, auprès des publics spécifiquement âgés. Les impacts en terme d'emploi seraient donc importants dans les années à venir, évoqués comme « *prégnant dans le domaine de l'aide et du soin à domicile* » (Greugny, Nouchet, Bourdin, & Moulin, 2013, p. 6) alors qu'en Bretagne, 60% des personnes vivent à domicile. Par ailleurs, dans notre région, les indicateurs de santé y sont plus défavorables qu'au niveau national. Ainsi, l'on peut évoquer par exemple les chiffres relatifs à la mortalité prématurée évitable et des taux de mortalités supérieurs à la moyenne nationale, les raisons associées relevant des problématiques liées à l'alcoolisme, à une surreprésentation des affections psychiatriques de longue durée, ou encore des taux de suicide par décès bien supérieurs aux données nationales (d'après les chiffres ARS Bretagne – 2012). Ces éléments indiquent par ailleurs les besoins inhérents à l'accompagnement et la prise en charge de ces publics, sur le plan social et sanitaire.

L'étude de l'environnement écosystémique de la personne âgée tend à révéler une interaction forte entre les intervenants à domicile, plus précisément les aides à domicile, et les personnes âgées dans l'objectif d'un bien-vieillir. De plus, nous allons voir que les projections d'emploi dans le secteur du domicile sont en hausse, en réponse à la demande liée à l'avancée en âge des populations, comme caractérisée dans le chapitre précédent. Par ailleurs, Aldeghi & Loones (2010) ont mis en évidence les besoins futurs en aide professionnelle à la personne âgée à domicile. Elles s'appuyaient pour cela sur les chiffres de l'INSEE qui semblaient indiquer que « *d'ici 2040, le nombre d'aidants familiaux potentiels, issus de générations moins nombreuses, où les unions sont moins durables, diminuerait. Ainsi pour les hommes dépendants, le nombre d'aidants potentiels passe de 2,8 à 2,3 entre 2000 et 2040 tandis qu'il passe de 2,2 à 2,0 pour les femmes sur la même période* » (p. 22).

Ces trois éléments renforcent notre intérêt quant à porter notre attention sur cette population spécifique d'actifs, dans ce que leur rôle nous apparaît primordial aux aspirations actuelles d'un accompagnement en bienveillance des personnes âgées. Avec un discours s'appuyant davantage sur les apports des sciences humaines et sociales – étant entendu que le premier chapitre présente une tonalité juridique et politique importante pour poser le cadre de notre étude – , nous évoquerons par ailleurs dans un prochain chapitre (Chapitre 3) ce que l'on peut préciser de la relation d'accompagnement et comment elle a évolué au fil du

²¹ Les demandes sont multiples : en demande d'emploi, en recherche de candidats, en demande de budgets/moyens, en souffrance, en quête de reconnaissance

temps et des pratiques, en nous appuyant notamment sur une étude du concept de *care* et de leurs politiques.

En amont de cela, nous jugeons nécessaire d'en passer au préalable par le présent chapitre qui vise à préciser les caractéristiques du secteur du domicile, d'un point de vue plus organisationnel/institutionnel, avec un ciblage sur le métier d'aide à domicile dont nous en présentons l'essence, les origines, et les caractéristiques du travail et plus largement de l'environnement professionnel. Cette caractérisation du secteur, des problématiques et des métiers de l'aide à domicile ont pour objectif de compléter la contextualisation du rapport entre la personne âgée et les aides à domicile, dans la relation d'accompagnement. Nous nous appuyons sur des rapports nationaux et régionaux afin de clarifier le contexte dans lequel exercent les professionnels que nous avons rencontrés, sur le territoire breton, et plus précisément en Côtes d'Armor.

Ainsi, dans un premier temps, sont présentées les caractéristiques du secteur en termes d'emplois (nombre de postes actuels et projections) et de profils des travailleurs. Une identification des caractéristiques de cette population dans la littérature scientifique complète le focus afin d'en dégager un premier portrait dont nous verrons qu'il apparaît sensible, présageant d'un emploi parfois difficile à occuper. Un retour sur l'historique des services et de l'évolution des métiers donnera des éléments d'explication aux problématiques aujourd'hui rencontrées par ces professionnels et plus largement le secteur, dont les grands traits résident dans des conditions de travail pénibles et un risque psychosocial apparaissant significatif.

1. L'aide à domicile : métiers et situation de l'emploi

Le secteur sanitaire et médico-social (SSMS) assure des interventions auprès de publics variés, allant de la petite enfance à la personne âgée. Chaque population présente des spécificités auxquelles répondent les services par des structurations propres de leurs équipes. Cela se traduit par une diversité des métiers (de l'auxiliaire puéricultrice au médecin, en passant entre autres par le psychologue, les auxiliaires de vie, les assistants de service social, les éducateurs, etc.). Les missions diverses des services dépendant du SSMS structurent donc aussi les profils des équipes. Nous en proposons à suivre une description non-exhaustive, en vue de faire état des effectifs et métiers actuels du secteur, ainsi que les projections sur les années à venir. Ceci permet par la même de justifier dans un second temps le choix de cibler notre étude sur les professionnels de l'intervention à domicile, dont nous détaillerons les métiers et tâches du quotidien ; ainsi que les problématiques les concernant vis-à-vis de leur pratique et de leur situation de santé au travail.

1.1. Marché de l'emploi du domicile : état des lieux et projections (INSEE)

1.1.1. Situation de l'emploi : caractéristiques françaises et bretonnes

En 2013, en France, sur 25,8 millions de personnes justifiant d'un travail, près de 90% sont salariés et parmi eux, 86.5% bénéficient d'un contrat à durée indéterminée, 9.5% d'un contrat à durée déterminée, les 4 % restant se partageant le travail en intérim (2.2%) et l'apprentissage (1.8%). Les femmes disposent de conditions de travail (au sens contractuel) moins favorables. Ainsi, elles représentent 3 emplois sur 5 parmi les CDD, même si elles sont désormais légèrement moins touchées par le chômage que les hommes (9.7% contre 10%). Si l'on dresse un portrait de la population en emploi par statut parmi 10 personnes, on y retrouve un indépendant (c'est-à-dire, non salarié), deux ouvriers, trois employés et 4 personnes de profession intermédiaire ou de statut cadre. Trois quart des ouvriers sont des hommes alors que les employés sont majoritairement des femmes (les deux tiers). Concernant la cartographie des secteurs représentés, une grande majorité y occupe un emploi dans le secteur tertiaire (76.2%), dont majoritairement des femmes (87.8% d'entre eux).

L'INSEE, dont sont issues les données précédentes, définit le secteur tertiaire comme un secteur qui «recouvre un vaste champ d'activités qui va du commerce à l'administration, en passant par les transports, les activités financières et immobilières, les services aux entreprises et services aux particuliers, l'éducation, la santé et l'action sociale »²². Ces postes féminisés du secteur tertiaire se concentrent justement de manière importante dans l'administration publique, l'éducation, la santé et l'action sociale, où l'on dénombre le double de postes occupés par des femmes. Les autres personnes en emploi se trouvent ensuite dans le secteur industriel (13.5%), la construction (6.6%) et enfin 3% dans l'agriculture (Guggemos & Vidalenc, 2014).

Le secteur d'emploi est aujourd'hui très majoritairement tertiaire, des suites de changements structurels importants du marché de l'emploi au cours des trente dernières années. D'après les chiffres INSEE 2014 sur le marché du travail²³ et le comparatif de ses évolutions, il apparaît ainsi qu'en 1970, l'emploi était majoritairement masculin (65% contre 52% aujourd'hui) et centré sur les secteurs industriels (26%), l'agriculture (12%) et la construction (9%). Le secteur tertiaire a donc fortement évolué passant de la moitié des emplois occupés (53%) au trois quart (79%).

Le paysage breton diffère quelque peu du tableau français. Ainsi dans le tableau 1 à suivre qui présente une synthèse de la structuration de l'emploi en fonction des grands secteurs d'activité, on constate qu'au

²² Définition du secteur tertiaire consultée le 08.04.15 sur le site de l'INSEE : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/secteur-tertiaire.htm>

²³ http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=irsocmartra14#s2, consulté le 08.04.2015

sein du secteur tertiaire, les emplois « non marchands » bénéficient d'une part du report des emplois du secteur tertiaire marchand, bien inférieurs aux proportions constatées au niveau national (41.8% en Bretagne, 47.6% en France). L'agriculture est près de deux fois plus représentée en termes d'emploi en Bretagne qu'en France. On dénombre également un nombre plus important d'emplois dans l'industrie.

	Agriculture	Construction	Industrie	Tertiaire marchand	Tertiaire non marchand
Côtes-d'Armor	7,3%	7,4%	13,8%	39,7%	31,7%
Finistère	4,6%	6,2%	13,3%	39,5%	36,4%
Ille-et-Vilaine	3,1%	6,4%	12,9%	45,2%	32,3%
Morbihan	4,2%	7,7%	15,4%	40,6%	32,2%
Bretagne	4,5%	6,8%	13,7%	41,8%	33,3%
France métropolitaine	2,5%	6,4%	12,5%	47,6%	31,0%

Tableau 1 : Structuration de l'emploi des principaux secteurs d'activité en Bretagne

Ce tableau est retranscrit d'après les chiffres INSEE sur la « *structure de l'emploi total par grand secteur d'activité en 2013* » (comparaisons départementales et régionales)²⁴.

Par ailleurs, la situation de l'emploi révèle des chiffres plus favorables en Bretagne, avec un taux de chômage breton (8.5% au 2^{ème} trimestre 2014, chiffres INSEE, *taux de chômage localisés*²⁵) inférieur à la donnée nationale (9.7%). Chacun des départements bretons présentent des chiffres inférieurs au taux français de chômage (l'Ille et Vilaine bénéficiant même d'un taux réduit à 7.8% à la même période²⁶).

Le paysage de l'emploi breton présente donc des spécificités, notamment sur le secteur tertiaire non marchand et l'agriculture, proportionnellement plus significativement représentés qu'au niveau national.

Au-delà de ce profilage général de l'emploi français et régional breton, nous proposons à suivre une rapide présentation des spécificités du contexte du secteur social, comme les caractéristiques des emplois dans le secteur du maintien à domicile, que nous présentons également plus en détail en termes d'effectifs et de projections.

1.1.2. Contexte et caractéristiques du secteur social breton

Le diagnostic général « *emploi formation dans le secteur sanitaire, social et médico-social* » dressé par le GREF Bretagne (Greugny, Nouchet, Bourdin, & Moulin, 2013) visait à quantifier la place du secteur social en région Bretagne, ses indicateurs d'emploi et de formation ainsi que les grandes problématiques que rencontrent les acteurs de ce secteur. En introduction de ce rapport, un extrait du contrat d'objectif « emploi-formation » évoque une évolution des besoins de la population bretonne, eu égard aux

²⁴ Extraits des données consultables sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0703D (consultées le 08/04/15)

²⁵ Consultés le 08/04/2015 sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=t_0707R

²⁶ Cf. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0707D (comparaisons départementales des taux de chômage)

problématiques se développant depuis les dernières années, comme le vieillissement, l'augmentation des situations de dépendance, la précarisation ou encore le morcellement des cellules familiales. Ces changements y sont énoncés comme résultant des réformes législatives²⁷ ayant entraîné des modifications dans la prise en charge des personnes et de fait des pratiques professionnelles, renforçant la collaboration sur les activités sanitaires et sociales. Le contrat d'objectif évoque également les modifications concrètes suivantes dans les procédures et dispositifs d'accompagnement et de prise en charge : « *le développement des procédures de contractualisation [...], une forte tendance à la structuration du travail et au travail en réseau et en partenariat [...], le recours plus important à une ingénierie de projet et la mise en place de démarches qualité et d'évaluation, des évolutions technologiques impactant notablement les pratiques professionnelles.* » (Greugny, Nouchet, Bourdin, & Moulin, 2013, p. 4). L'ensemble nécessite une adaptation des pratiques professionnelles à ce nouveau cadre d'intervention et d'accompagnement.

Pour évoquer objectivement les effectifs constatés et envisagés dans ce secteur, il apparaît que le secteur sanitaire, social et médico-social représente ainsi près de 16% de l'emploi régional (soit 1% de plus que l'emploi national). De même, l'aide à domicile est le deuxième employeur du secteur avec 28790 actifs (personnel prestataire, actif mandataire ou indépendant de gré à gré compris)²⁸.

D'un point de vue sociologique, en Bretagne, le secteur SSMS emploie des actifs d'un âge moyen de 43 ans²⁹ (soit 2 ans de plus que la moyenne observée dans la région sur l'ensemble des emplois). Les moins de trente ans y sont moins nombreux que la moyenne régionale (14 contre 18%) alors que les plus de 55 ans indiquent un effet inverse de surreprésentation (13 contre 10%). De même, le secteur de l'aide à domicile est celui qui compte le plus de seniors (avec les médecins et dentistes), où l'on dénombre plus d'une personne sur cinq ayant plus de 55 ans. Ainsi, les salariés de ce secteur sont également en situation de vieillissement, laissant présager d'un renouvellement du personnel à opérer dans le secteur. En pratique, celui-ci se réalise déjà, pour répondre aux pyramides des âges observées dans certaines structures dont une grande partie du personnel va prochainement partir en retraite. C'est aussi dans ce cadre que l'on observe sur le terrain le développement de dispositifs de « parrainage » pour préparer les transferts de compétences, de l'expert en fin de carrière au novice en train de prendre ses fonctions. Concernant la représentativité des genres dans les effectifs à présent, on constate que 80% des actifs du SSMS sont des femmes, en accord avec la surreprésentativité avérée des femmes dans ce secteur et notamment sur certains métiers (accueil de jeunes enfants : 99% ; aide à domicile, 90%). Enfin, concernant la qualification des actifs du secteur SMS en Bretagne, 18% sont sans diplôme, ce qui apparaît plus élevé que l'ensemble de l'économie bretonne (16%). En résumé, d'après le diagnostic du GREF Bretagne, l'emploi du SSMS est prioritairement féminin, vieillissant, et on y retrouve à la fois plus de professionnels avec peu ou pas de

27 La loi du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale et médico-sociale ; la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ; la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires

28 D'après les chiffres de l'INSEE – Recensement de la population 2009

29 Chiffres INSEE 2009. Op.cit.

qualification. Ces différentes caractéristiques constituent parfois (souvent) des indicateurs de populations dites vulnérables et/ou précaires sur un plan professionnel et social. Les femmes perçoivent des rémunérations inférieures, l'avancée en âge des actifs sur certains emplois peut engendrer de l'usure, et le manque de qualification peut rendre la pratique professionnelle difficile ou conduire à occuper un métier non désiré, faute de formation suffisante.

1.1.3. Spécificités du maintien à domicile

En France, selon un rapport présenté dans le cadre du contrat d'études prospectives de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile portant sur les enjeux emploi-formation de la seconde partie de carrière ainsi que sur les enjeux en matière de pénibilité et de risques professionnels (Bertrand, Larue, Monzanga, & Negre, 2013), la branche employait près de 223000 salariés en France en 2011, au sein de plus de 5200 structures. Parmi eux, on comptait plus de 80% de personnels d'aide à domicile (hors TISF³⁰, dont l'intervention se fait davantage au sein de famille à visée éducative, et non dans l'optique d'une aide à la personne âgée), soit environ 186000 professionnels d'intervention à domicile. Ainsi, on y dénombrait alors une majorité d'agent (48%), ainsi que des employés (16%) et des auxiliaires de vie sociale (19%), les trois fonctions relevant du métier « générique » d'aide à domicile (et dont nous précisons les distinctions à suivre). Les chiffres de projection 2010-2020 de la DARES prévoyaient déjà que l'aide à domicile constituait le premier créateur d'emploi, avec une création de plus de 150000 emplois en 10 ans, pour répondre à l'augmentation de la demande.

A ces créations s'ajoutent les remplacements à effectuer du fait du vieillissement des effectifs dans l'aide à domicile où nombre de femmes vont partir à la retraite alors que l'entrée dans le métier s'est également faite tardivement, à la suite d'une interruption du travail ou d'une reconversion professionnelle. Elles étaient en 2012 plus des deux tiers à avoir plus de 50 ans. Ainsi, en complément des créations d'emploi faisant face à la croissance des besoins, il était également projeté un vivier d'embauche d'autant d'aides à domicile pour pourvoir au remplacement des départs de fin de carrière (Lainé & Omalek, 2012). Soit une projection d'emploi sur ce métier d'environ 300000 postes à l'horizon 2020. Par ailleurs, en 2011, 88% des interventions des salariés se réalisaient auprès de personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap « dans l'aide et l'accompagnement de tâches en vue du maintien à domicile et soutien à l'autonomie » (Bertrand, Larue, Monzanga, & Negre, 2013, p. 26).

En Bretagne, le secteur sanitaire, social et médico-social représente lui un total de 206000 emplois (Greugny, Nouchet, Bourdin, & Moulin, 2013), dont un certain nombre constitue spécifiquement les métiers du maintien à domicile, notamment dans quatre des dix sous-secteurs dont les auteurs proposent la

³⁰ Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (formation de niveau III).

segmentation : l'aide à domicile, l'action médico-sociale pour les personnes âgées, l'action médico-sociale, l'accueil de jeunes enfants. Les aides à domicile sont ainsi 21760 dans la région Bretagne, soit 11% de l'ensemble des effectifs du secteur, talonnés par les aides-soignants (21720 ; 10%). D'après le diagnostic général breton emploi formation (Greugny, Nouchet, Bourdin, & Moulin, 2013), « en termes d'effectifs en emploi, ces métiers font partie des plus importants en Bretagne tous secteurs confondus » (p. 13).

Les aides à domicile, auxiliaires de vie, assistantes de vie, etc. se trouvent donc, nous l'avons évoqué plus haut, dans 4 sous-secteurs du secteur social, sanitaire et médico-social. Ces derniers se caractérisent comme suit :

- Le secteur de l'aide à domicile renvoie aux activités de visites et de ménage à domicile et de services d'auxiliaires de vie rendus aux personnes âgées et handicapées (modalités d'exercice : particuliers employeurs, associations, CCAS, entreprises privées à but lucratif...).
- Le secteur de l'action médico-sociale pour les personnes âgées emploie les métiers associés à l'hébergement social, l'hébergement médicalisé et l'accueil de jour.
- Le secteur de l'accueil de jeunes enfants comprend les crèches, les assistantes maternelles, l'accueil de jour d'enfants d'âge préscolaire et les haltes garderies.
- Le secteur Action sociale couvre les métiers relatifs à l'hébergement social, l'accueil ou la réadaptation de différents publics en difficultés et/ou vulnérables tels que les enfants, les adultes, et familles en difficulté. On y dénombre également les professionnels réalisant des missions comme des conseils d'économie domestique, des conseils conjugaux ou familiaux, ou encore des services de conseil en matière de crédit à la consommation et d'endettement. Le secteur se complète des activités sociales associées aux collectivités et des quartiers, ou encore ce qui concerne l'aide aux victimes de catastrophes, aux réfugiés, aux immigrés, etc.

Le diagnostic général du GREF Bretagne (2013) y distingue ainsi les effectifs observés. Le plus grand nombre de métiers de l'aide à domicile (AVS, Aide à domicile, Assistante de vie, etc.) se retrouvent majoritairement (et logiquement) dans le secteur de l'aide à domicile, vers lequel nous concentrons nos focus à suivre.

Par ailleurs, si les représentations des métiers sont liées aux missions des secteurs étudiés, il est également prévisible que le quotidien professionnel est aussi influencé par l'environnement, ayant lui-même des caractéristiques en fonction de l'emplacement géographique de l'intervention. Certains territoires ont ainsi des besoins spécifiques. Ainsi, l'activité du secteur de l'aide à domicile est plus importante dans les terres et plus globalement dans la partie Ouest de la région. Les populations de ces secteurs sont davantage des personnes occupant ou ayant occupés des emplois en lien avec l'agriculture ou ayant des statuts d'ouvriers.

Il est à noter enfin que les populations de la côte sont de plus en plus souvent des ménages soit jeunes mais plus aisés que leurs pairs pour pouvoir s'y installer, soit des retraités qui ont rejoint ces territoires depuis la fin de leur activité. Ces caractéristiques sociologiques peuvent avoir des impacts sur la nature des interventions (tâches, activités, missions, nature de la relation) auprès des publics.

Ainsi, une aide à domicile peut voir ses conditions de travail grandement impactées : du ménage à faire dans une longère du Centre Bretagne appartenant à d'anciens agriculteurs, où on retrouve encore la terre battue au sol, à la personne âgée revenue de la région parisienne où elle avait (peut-être) migré pour travailler, pour passer sa retraite dans une villa du bord de mer, ou afin de se rapprocher de son réseau

social initial. Notons enfin que certaines prestations d'aide sont tarifées en fonction des revenus. La relation d'aide peut en être également grandement impactée : celui qui paye cher présente plus de possibilités/risques de se positionner en relation asymétrique client-professionnel (avec des exigences différentes...). L'asymétrie pouvant s'inverser dans une relation aidant-aidé vulnérable. Le travail n'est donc pas le même suivant les territoires, de même que les populations, et probablement de fait, la nature des interventions auprès des publics.

Au-delà de ces premiers éléments, les actifs du secteur de l'aide à domicile présentent d'autres caractéristiques sociologiques. Ainsi, ils sont plus âgés que dans les autres secteurs SMS, tel que présentés sur la figure 6.

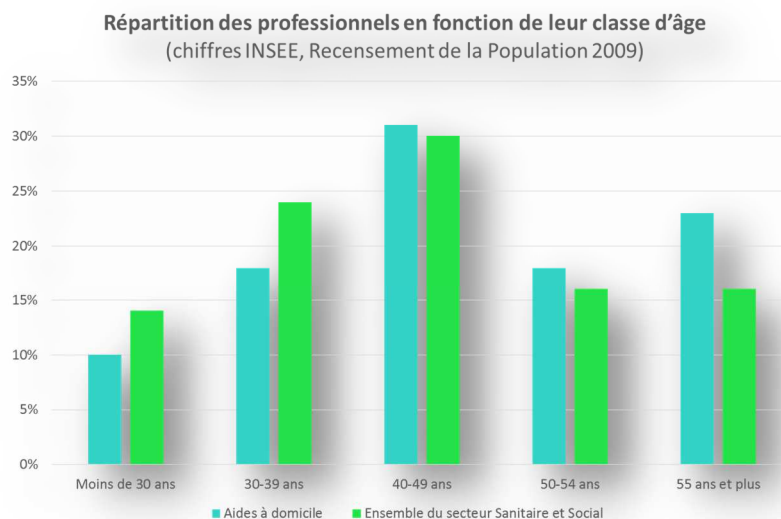


Figure 6 : Répartition des aides à domicile selon l'âge

Les actifs du secteur de l'aide à domicile, sont souvent non diplômés (35%) et seuls 12% d'entre eux ont un niveau supérieur au Bac³¹. Ce qui apparaît très spécifique comparé à l'ensemble du secteur SMS (18% et 40%). Les actifs de l'aide à domicile présentent donc une qualification très inférieure aux autres SSMS. Par ailleurs, les conditions d'emploi selon le secteur d'activité indiquent que si 77% des actifs bénéficient d'un CDI, seuls 31% travaillent à temps complets sous cette contractualisation et 38% tous contrats considérés. Ces spécificités caractérisent donc des risques accrus de rencontrer des situations de précarité importante par les actifs de ce secteur.

1.1.4. L'avenir de l'emploi

Malgré cette précarisation des actifs du secteur du domicile (qui peut être mise en lien avec le rapport au temps de la profession : durée instable et fragmentation du temps de travail, amplitude de la journée,

³¹ INSEE 2009. Op. Cit.

contrat à temps partiel, etc. (Devetter & Barrois, 2012)), on constate donc des perspectives de développement de l'emploi qui sont parallèlement porteuses. En France, la DARES (Lainé & Omalek, 2012) projette une offre de quelques 300000 emplois d'aide à domicile à pourvoir entre 2010 et 2020, et, en Bretagne, le secteur sanitaire et social constitue le 2^{ème} secteur de recrutement de la région³² et représente 206000 emplois (soit 16% des emplois) dont 28000 actifs dans le domaine du domicile.

Se projetant sur les évolutions à attendre dans le secteur, d'après le schéma issu d'Octant Analyse (INSEE BRETAGNE, 2012a), le nombre de personnes âgées dépendantes va potentiellement augmenter de 40% d'ici 2030 en Bretagne. En conséquence, les effectifs du secteur de l'aide à domicile vont se gonfler pour faire face à l'accroissement de la demande d'une population vieillissante, aux besoins spécifiques. Ce qui a un effet direct sur les prévisions d'emplois bretons : un besoin de +6100 personnels à domicile non soignants entre 2010 et 2020 : aides ménagères, aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, gardes à domicile, portage de repas (d'après les chiffres de l'enquête handicap santé 2008-2009, citée dans Octant Analyse (INSEE BRETAGNE, 2012b)).

Si bien que l'on voit se développer (en réponse aux besoins identifiés) des dispositifs d'initiative gouvernementale, tels qu'au niveau régional avec la signature du contrat d'objectif entre l'État, la région Bretagne, l'Agence Régionale de Santé, et plusieurs acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social de Bretagne. Ce contrat, signé en octobre 2013, prévoit sur la période 2013-2015 un plan d'actions dans le secteur sanitaire et social, afin de répondre aux besoins en emplois de ce secteur qui évolue : « *pour que les actifs adaptent leurs compétences, et que les étudiants se forment* »³³.

De même, au niveau national était signée en avril 2013 une convention visant à faciliter le recrutement de 3000 jeunes de moins de 25 ans sur deux ans. Cette convention entre l'USB-domicile³⁴ et l'état vise à faciliter le recrutement de ces jeunes par la mise en place de formations et l'organisation d'espaces d'informations et d'orientation alors que la Région Bretagne fait état de représentations du métier qui peuvent contraindre les vocations. Les différents représentants des fédérations ont insisté à cette époque sur la nécessité d'un soutien dans la reconnaissance de l'utilité sociale de leurs métiers ; évoquant par la même des carences en la matière. L'enjeu des actions de valorisation du métier pour les services d'aide à domicile, dans un contexte où le recours à l'institution reste difficile et onéreux pour les familles, est de pouvoir offrir des prestations de qualité, afin de rendre possible le maintien à domicile des personnes de plus en plus dépendantes. Ceci passe par la capacité à rassembler et coordonner des compétences, et la faculté à préserver ces métiers et la santé de ces professionnels de terrain.

³² D'après la dépêche n°188509 du 9 octobre 2013, par Diane Scherer pour le Conseil Régional de Bretagne

³³ <http://www.gref-bretagne.com/Actualites/Breves/Bretagne.-Signature-d-un-contrat-d-objectifs-emploi-formation-dans-le-secteur-sanitaire-et-social>, consultée le 22 mai 2014

³⁴ USB = ADESSADOMICILE, ADMR, UNA, FNAAFPICSF

Ainsi, le secteur du domicile est actuellement porteur d'emplois. Malgré une baisse des effectifs les deux dernières années³⁵, le besoin en intervenants auprès des publics âgés et dépendants ne fléchit pas. Reste à identifier toutefois si le besoin pourra être satisfait. Par la mise à disposition de personnel qualifié d'une part, par des budgets permettant leur recrutement d'autre part. Cette deuxième option étant possible grâce à l'octroi de financement couvrant de potentielles interventions auprès de personnes dépendantes. Cette réflexion nous renvoie aux propos d'une responsable d'un service de maintien à domicile qui nous faisait part en mars 2015 – à l'entre-deux tours des élections des représentants départementaux (les nouveaux « conseillers départementaux » qui remplacent les « conseillers généraux »), et à l'heure de restrictions budgétaires issues de décisions gouvernementales s'étirant depuis plusieurs mois (et qui font l'objet de moult manifestations et pétitions par les professionnels du secteur) – de son inquiétude à ce sujet. Ainsi, elle nous disait alors que : « *on a formé les gens, il y a des demandes*³⁶, *mais il n'y a pas d'heures*³⁷ ! », concédant par la même une part d'absurdité à réaliser des dépenses « *pour former de nouveaux professionnels* » sans pouvoir bénéficier de leurs services sur le terrain, faute de budget pour les faire travailler, alors que les besoins d'aide sont là.

L'enquête BMO (Besoin de main-d'œuvre) 2015, diligentée chaque année par Pôle Emploi (avec le concours du CREDOC) confirme ces tendances. Ainsi, le secteur qui recrute le plus (41,3% des offres envisagées dans l'année par les employeurs, soit 3,2% d'augmentation par rapport à 2014) est celui des services aux particuliers. Parmi les postes de ce secteur qui regroupe à la fois les services de santé, d'accompagnement et de la restauration et de l'hôtellerie, on retrouve, après les agents d'entretiens de locaux (79175 postes prévisionnels), les serveurs (70873) et les apprentis et personnels de cuisine (69889), les aides à domicile et les aides ménagères avec 51690 offres. Notons que le secteur de l'action sociale et santé humaine se dynamise en 2015 avec une hausse de 7% des projets de recrutement (5% pour l'hôtellerie et la restauration). Parmi les 15 métiers qui recrutent le plus selon l'enquête BMO 2015, on retrouve 4 grandes catégories. La première se caractérise par les profils difficiles à recruter et dont l'offre n'est pas liée à des saisonnalités. On retrouve justement dans cette catégorie les aides à domicile et les aides-soignants. Les trois autres groupements se caractérisent comme suit : l'une se catégorise comme peu liée à la saisonnalité mais de recrutement aisé (quadrant 2), une autre caractérisée par la saisonnalité et le fait d'un recrutement non difficile (quadrant 3) et une dernière qui cumule l'effet de saisonnalité et une difficulté à recruter (quadrant 4). Le graphique suivant (figure 7), extrait du rapport de cette enquête (Blache, Buchner, & Duchon, 2015) présente les 15 métiers qui recrutent le plus en fonction de ces regroupements, représentés par des quadrants. On constate d'après la modélisation du BMO 2015 (Blache, Buchner, & Duchon, 2015) que les aides à domicile apparaissent particulièrement difficiles à recruter, suivi des aides-soignants, alors

³⁵ Le secteur du travail à domicile couvre aussi les emplois offrant des prestations telle l'aide aux devoirs, les formations aux NTIC. Ces services ont diminués du fait de la fin de la réglementation française apportant des avantages fiscaux aux personnes bénéficiant de ces services.

³⁶ Ndlr : des demandes d'intervention, d'aide de la part des personnes.

³⁷ Ndlr : dans le jargon, signifie, du travail, ou du temps financé par les caisses (mutuelle, retraite...) ou autre.

que ces postes ne sont pas liés à des saisonnalités. Tous métiers confondus, les aides à domicile sont d'ailleurs la fonction qui domine l'ensemble en termes de difficultés de recrutement.

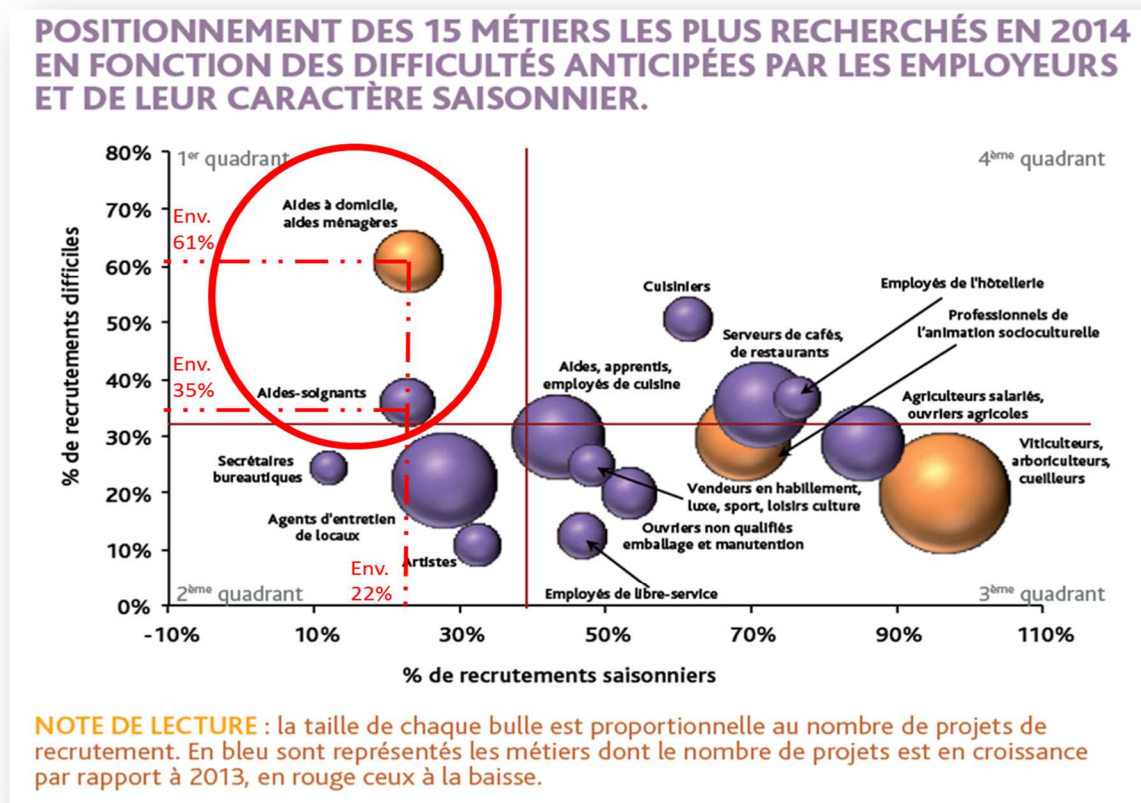


Figure 7 : Métiers au recrutement difficile en 2014³⁸

1.2. Agent, employé à domicile et Auxiliaire de Vie : la catégorisation des métiers

Nous avons vu que les aides à domicile se distinguent en différentes catégories (48% d'agents, 16% d'employés et 19% d'auxiliaires de vie sociale en France comptabilisés en 2011). Ces répartitions relèvent de la classification réalisée dans la Convention Collective « BAD », et qui définit des spécificités dans le métier générique de l'aide à domicile, qui s'expriment en termes de formation, de rémunération, de missions et de publics accompagnés.

³⁸ d'après la modélisation annotée de Blache & Al. (Enquête "besoins en main d'oeuvre" : les employeurs entrevoient une amélioration de leurs perspectives d'embauche pour 2015 et de moindres difficultés à recruter, 2015, p. 6)

1.2.1. La convention collective : la « BAD »

Une convention collective (CC) « traite de l'ensemble du droit du travail à un secteur donné (contrat de travail, hygiène, congés, salaires, classification, licenciement...). Elle est conclue par les organisations syndicales représentatives des salariés et les organisations ou groupements d'employeurs »³⁹.

Celle qui s'applique actuellement aux rapports entre les employeurs et les salariés qui nous intéressent est nommée « Convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile » (USB-Domicile, 2010), dont l'acronyme est la « CC BAD ». Les anglicistes pourront y voir une négligence symbolique, « bad » signifiant « mauvais » dans la langue de Shakespeare. Les craintes observées sur le terrain à l'époque de l'entrée en vigueur de la présente convention pourraient presque faire de cet acronyme une caractérisation du vécu inhérent aux changements engendrés par l'application des dispositions de cette nouvelle réglementation. Elle a été signée le 21 mai 2010 par les différents représentants des fédérations, unions et Organisations rentrant dans son champ d'application. Elle est entrée en application au 1^{er} janvier 2012, au moment même où nous débutons nos rencontres avec les acteurs de terrain. Cette nouvelle convention est venue se substituer aux précédentes, qui pouvaient présenter des caractères spécifiques à différents représentants des acteurs de la branche actuelle (Cf. CC ADMR 1970, CC des organismes d'aide ou de maintien à domicile 1983, CC des personnels des organismes de travailleuses familiales 1970, Accords UNCASS 1993). Elle s'est donc écrite dans une période de changement dans le cadre duquel s'est observé un rassemblement des différents acteurs, renforçant le pouvoir de leurs actions et peut-être de leur lisibilité. Ainsi, l'USB-domicile constitue aujourd'hui un ensemble plus large de fédérations, Organisations et unions et regroupe aujourd'hui les principales organisations employeurs, par ailleurs signataires de la convention. Il s'agit de l'UNADMR⁴⁰, l'UNA⁴¹, l'ADESSA à domicile Fédération Nationale et la FNAAP/CSF⁴². Les organisations syndicales ayant pris part à la négociation de cette convention sont la CFDT⁴³, la GFE/CGC, la CFTC, la CGT, la CGT-FO et l'UNSA / SNAPAD. Les représentants de ces organisations font partie des fédérations auxquelles appartiennent les professionnels de l'action sociale, des services de santé et de l'aide à domicile.

1.2.2. Les catégories

La CC-Bad indique dans son « Titre III » les conclusions des négociations associées au sujet des emplois de la branche. L'article 3 du premier chapitre « Classification et définition des emplois » présente le positionnement des différents emplois du secteur, distingués en fonction de leurs catégories et leur filière

³⁹ Définition du site officiel de l'administration française, consulté le 10/04/2015 sur <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F78.xhtml>

⁴⁰ Union Nationale des Associations ADMR : Aide à domicile en milieu rural

⁴¹ Union Nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles

⁴² Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire / Confédération Syndicale des Familles

⁴³ Les acronymes sont précisés dans le glossaire en fin de document.

(filière étant entendu dans cette convention collective comme trois caractéristiques des métiers qui peuvent relever de (1) l'intervention, (2) l'administratif et des services généraux et (3) l'encadrement et la direction). Ainsi, on retrouve par exemple au sein des personnels d'intervention les fonctions suivantes⁴⁴ : agent à domicile, agent polyvalent, employé à domicile, auxiliaire de vie sociale, aide-soignant, etc. L'ensemble de ces postes relèvent d'un statut d'employés et sont ventilés par catégorie (de A à D pour les employés).

L'article 19 du Titre III du Chapitre 3 de la CC-BAD présente la méthode de définition des catégories au moyen de 6 critères de classement :

- La complexité des activités, qui prend en compte la difficulté et la diversité des situations rencontrées dans l'emploi et le niveau de réflexion nécessaire pour effectuer les activités ou prendre les décisions inhérentes à l'emploi.
- L'autonomie, qui détermine le degré de liberté de l'emploi dans le processus de décision ainsi que la nature des contrôles exercés.
- L'impact des décisions prises, qui rend compte de l'influence de l'emploi sur le fonctionnement et les résultats de l'équipe ou de l'entité.
- Les relations, qui caractérisent le niveau et la nature des liens de l'emploi avec son environnement interne et/ou externe.
- Les compétences, qui évaluent l'ensemble des connaissances, savoirs faire et comportements requis pour occuper l'emploi.

Les fonctions associées à ces trois catégories d'emploi sont organisées de la sorte : relèvent de la catégorie A les agents à domicile et les agents polyvalents ; de la catégorie B, les employés à domicile ; et de la catégorie C les AVS et les aides-soignants. Le tableau présentant ces caractérisations est annexé dans le tome 2 sous l'annexe⁴⁵ CH2A – « Critères de classification des emplois dans la CC BAD 2012 ». On observe que les fonctions présentent des critères croissants de complexité.

L'agent de catégorie A est celui qui dispose de peu ou pas de formation et d'une absence d'autonomie et de contrôle sur son activité. La catégorie B se caractérise par une entrée dans une mission davantage relationnelle (comme si l'agent de catégorie A en était affranchi ?), une capacité d'adaptation des règles pouvant s'appuyer sur une formation ou une expérience sur laquelle il a déjà pu porter un regard critique. Enfin, les postes rattachés à la catégorie C se caractérisent par un ancrage plus fort de la qualification et de la professionnalisation qu'ils peuvent utiliser pour adapter leur pratique. Ils gagnent également une place reconnue dans une dynamique de coordination où ils font un retour de leur pratique, en rendant compte de leur mission en interne et en externe, qui permettra par exemple des ajustements dans la pratique et les dispositifs d'aide. Une responsabilité plus importante apparaît alors pour les fonctions de ces catégories. Afin d'étendre l'analyse et la caractérisation de ces fonctions de l'aide à domicile, nous présentons les postes d'agents, d'employés, d'AVS et des aides-soignants, dans le tableau à suivre (tableau

⁴⁴ Présentation des fonctions en accord avec le positionnement dans la classification dans la CC, du poste le moins élevé au poste le plus élevé.

⁴⁵ Les annexes sont rassemblées dans le Tome 2. Cf. Mode d'emploi page IV (Tome 2).

2), qui reprend strictement les données de la CC-BAD sur les postes sus-évoqués⁴⁶. Nous y précisons la façon dont sont définis les emplois caractérisés au travers de 4 grands critères que sont la finalité, les principales activités, les conditions particulières d'exercice de la fonction et enfin, les conditions d'accès et les compétences. Le critère d'exercice n'est pas intégré à ce tableau, car il est peu discriminant. En effet, tous ces salariés exercent sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique (l'aide-soignant est encadré par un infirmier). Toutefois, il est important de noter que seul l'agent à domicile a une condition d'exercice différente, à savoir que comparativement aux autres fonctions étudiées, il est le seul dont il est précisé qu'il « *ne peut intervenir habituellement et de façon continue chez des personnes dépendantes, ni auprès des publics en difficultés* ». Cette phrase pouvant paraître d'interprétation soumise à la subjectivité. Il n'est pas précisé de critères objectifs permettant de caractériser ce qui relève de l'habitude ou de la continuité. Le risque ici pourrait alors être que l'agent soit, malgré son absence de formation, positionné sur des interventions auprès de publics vulnérables auprès desquels il pourrait être placé en difficulté. Intervenir auprès d'une personne dépendante implique une complexité que l'agent n'est peut-être pas en position de prendre en charge, faute de qualification et d'autonomie décisionnaire dans son travail.

Nous faisons apparaître en gras les informations discriminantes entre les différentes fonctions. Ainsi, les vocables utilisés pour les agents sont davantage liés à des tâches purement pratiques et exécutives (« réalise des activités », « aide à l'accomplissement »). L'emploi de la catégorie B intègre davantage une dimension relationnelle (« aide les personnes », « assiste et soulage »). Les postes de la catégorie C s'engagent encore d'un cran dans la relation de *care* où la place est faite à un « accompagnement social » (« accompagne », « aide les personnes », « stimule ») dans lequel il est responsabilisé au travers de son rôle dans la coordination de cet accompagnement. Les aides-soignants se distinguent eux par la référence à des activités de « soin » et une pratique professionnelle qui s'inscrit dans un travail en équipe, ce qui n'est pas formalisé chez les aides à domicile (où nous regroupons les agents à domicile, les employés à domicile et les auxiliaires de vie).

⁴⁶ Nous faisons ce choix au regard de la pertinence des postes avec le public étudié dans la présente étude.

Tableau 2 : Classification des emplois de l'aide à domicile selon la CC BAD 2012

	Cat. ⁴⁷	Finalité	Principales activités	Conditions d'accès	Grille de rémunération ⁴⁸
Agent à domicile	A	Réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples essentiellement auprès des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci	Réalise les travaux courants d'entretien de la maison Assiste la personne dans des démarches administratives simples	Test et entretien d'embauche. La maîtrise de l'emploi est accessible immédiatement avec les connaissances acquises au cours de la scolarité obligatoire et/ou une expérience personnelle de la vie quotidienne.	De 1365,52€ à 1638,63€
Agent polyvalent		Réalise diverses activités liées à l'entretien et l'amélioration du cadre de vie essentiellement auprès des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci	Effectue des travaux occasionnels d'entretien de la maison Assure des petits travaux de bricolage et de jardinage		
Employé à domicile	B	Réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples essentiellement auprès des personnes ne pouvant plus faire en totale autonomie et/ou rencontrant des difficultés passagères Assiste et soulage les personnes qui ne peuvent faire seules les actes ordinaires de la vie courante	Aide les personnes dans des actes essentiels de la vie quotidienne Aide les personnes dans les activités de la vie quotidienne	En cours d'accès au DE TISF ⁴⁹ ou au DEAVS ⁵⁰ par formation ou validation des acquis et de l'expérience. Titulaire d'un diplôme, certificats ou titre suivants : BEP Carrière Sanitaire et sociale BEPA option services, spécialité services aux personnes BEPA option économie familiale et rurale <i>CAP agricole, option économie familiale et rurale</i> CAP agricole et para agricole employé d'entreprise agricole option employé familial <i>CAP Petite Enfance</i> <i>CAP employé technique de collectivités</i> Titre assistant de vie du Ministère du travail Titre employé familial polyvalent Brevet d'aptitudes professionnelles assistant animateur technique	De 1370,88€ à 1804,63€

⁴⁷ Catégorie

⁴⁸ Rémunération brute minimale et maximale d'après la grille indiciaire (classification) en fonction de l'ancienneté. (Valeur du point au 01/01/2015 : 5.355€).

⁴⁹ Diplôme d'Etat de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

⁵⁰ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de vie Sociale

	Cat. ⁴⁷	Finalité	Principales activités	Conditions d'accès	Grille de rémunération ⁴⁸
Auxiliaire de vie Sociale	C	Effectue un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur vie quotidienne. Aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) et/ou fait à la place d'une personne qui est dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante.	Accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation...). Accompagne et aide les personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (aide à la réalisation des courses, aides au repas, travaux ménagers). Accompagne et aide les personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle (stimule les relations sociales, accompagne dans les activités de loisirs...). Participe à l'évaluation de la situation et adapte son intervention en conséquence. Coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs.	Titulaire du DEAVS ou du CAFAD ⁵¹ . Titulaire du DE TISF justifiant d'une expérience professionnelle dans un emploi d'intervention à domicile au moins 6 mois. Mention complémentaire aide à domicile.	De 1585,08€ à 2131,29€
Aide-soignant		Contribue à la prise en charge d'une personne , participe à des soins répondant aux besoins d'entretien et de continuité de la vie des personnes en visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de leur autonomie.	Assure des soins d'hygiène, de confort et des soins préventifs. Participe à l'identification des besoins de la personne, suit son évolution et en informe le coordinateur du service de soins. Informe les personnes des soins courants dispensés et donne des informations courantes à l'entourage. Participe à la prévention de la dépendance de la personne, la stimule . Situe son action au sein d'une équipe de travail pluridisciplinaire et transmet ses observations.	Titulaire du DEAS ⁵² .	

⁵¹ Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile

⁵² Diplôme d'Etat d'Aide-Soignante

a) A : Le « parachuté » : l'agent à domicile

L'agent à domicile, auquel on ne reconnaît ni compétence relationnelle ou technique (il est fait état d'un savoir pratique) est celui qui agit selon les directives des autres, ce qui confirme l'absence d'autonomie et de latitude décisionnelle dans l'activité. L'agent polyvalent semble représenter ici un parent pauvre de l'aide à domicile, qui n'y trouverait même pas sa place puisque cantonné à des activités occasionnelles, et souvent en dehors des murs de la maison (ex : travaux de jardinage, bricolage, etc.). Sans formation, nous le considérons comme le parachuté, qui n'est possiblement pas préparé à ces activités, et qui par la nature occasionnelle de ses actions pourrait être moins engagé dans la relation.

L'agent à domicile s'intègre lui davantage dans le logis, c'est pourquoi nous le rattachons au métier d'aide à domicile (et pas l'agent polyvalent, couteau suisse ou « homme toute main », le « HTM » des plaquettes de communication de certaines structures). Même si l'action reste cantonnée à un savoir-faire pratique auprès de publics en capacité de diriger l'action, une notion d'aide à la personne apparaît davantage, au moins dans la réalisation de tâches quotidiennes. L'aspect relationnel est effacé du cadre d'exercice de l'agent. Toutefois, il est attendu que son action s'inscrive bien dans une relation au bénéficiaire, qui a sur lui par nature une ascendance, puisque dirigeant son intervention.

b) B : Le « qualifié » : l'employé à domicile

L'employé à domicile se différencie par une approche relationnelle affichée, et qui nécessite un savoir-faire spécifique allant au-delà d'aptitudes pratiques acquises du quotidien. Sur le terrain, il est aussi appelé « assistant de vie » ou « assistant familial », eut égard à ses interventions (l'assistant familial intervient auprès de familles dont la maman est malade par exemple) ou à sa formation (ex : titre d' « assistant de vie »), dont on constate que la liste est riche. Multiples entrées sont donc possibles sur cet emploi, ce qui peut d'ailleurs poser question. Nous avons identifié en italique les formations⁵³ qui nous semblent moins préparer ces professionnels à l'intervention auprès d'un public dépendant, majoritairement âgé.

⁵³ - le CAP Petite Enfance, qui s'il est utile pour les interventions auprès de familles où résident de jeunes enfants, nous apparaît peu enseigner des réactions et fonctionnement des publics âgés

- le CAP Agricole, option économie familiale et rurale, dont on comprend après recherches de référentiels de formation qu'il est en fait substitué par le CAPA Services en milieu rural, avec option services à la personne, ce qui semble adapté au métier. La formation vise en effet à préparer l'élève à « *seconder les personnes (enfants, personnes âgées, malades, handicapées...)* dans leurs tâches quotidiennes : *alimentation, habillage, hygiène des personnes et des locaux, accueil, administration...* » (Extrait d'une fiche-métier de l'ONISEP)

- le CAP Employé Technique de Collectivité (ETC), aujourd'hui enregistré sous la fiche RNCP (mais depuis 2004 pour le premier enregistrement) : « *Certificat d'aptitude professionnelle assistant(e) technique en milieu familial et collectif* », dont la composante liée au milieu familial nous apparaît plus adaptée que la simple référence à la collectivité dont on conviendra aisément que la pratique devrait en être fort différenciée. Au domicile, on est seul, et pas en équipe, on ne possède pas non plus de matériel spécifique, et les procédures devraient être plus difficiles à mettre en œuvre comparativement à ce que l'on peut rencontrer dans le cadre d'un travail (semi)normé en institution. Le

La multiplicité de diplômes pour les emplois de catégorie B nous a interpellés. Nous nous interrogeons sur l'éventualité que la formation demandée ne soit pas en lien direct avec l'activité, ce qui pourrait léser la pratique des professionnels non préparés de manière adéquate à faire face à la complexité et les problématiques du métier. Question reconnaissance également, cela peut poser question. Quand diverses formations conduisent à une même fonction, cela pourrait dévaloriser cette qualification, qui finalement n'a plus beaucoup de spécificités pour valoriser spécifiquement un référentiel de compétences.

c) C : L' « inconnu-reconnu » : l'auxiliaire de vie

Cette question de la reconnaissance apparaît résolue chez l'auxiliaire de vie qui accède à un Diplôme d'Etat, dont la nomination rappelle comme un sésame à la pratique. « L'auxiliaire de vie diplômée d'état », ce serait presque en quelque sorte la « Rolls » des aides à domicile. Problème demeure quand le jargon n'est pas accessible encore à tout à chacun. Ainsi, beaucoup ignorent ce qu'est cette fonction (y compris parmi les bénéficiaires de leurs services), et ce que ce titre engage de missions, ce qui pourrait causer une frustration à ces diplômés, reconnus certes sur le papier d'une formation, il faut le reconnaître, préparant solidement les professionnels du maintien à domicile si l'on s'appuie sur les référentiels de contenus de formation. Toutefois, en pratique, demeure un flou des appellations multiples des métiers du domicile où l'on s'accorde à nommer chacun(e) « aide à domicile », pourvu qu'on n'aille pas jusqu'à oser un « aide-ménagère ». La reconnaissance est ici dans le statut au sein des métiers du domicile, dans la rémunération, augmentée, mais pourrait ne pas être encore généralisée socialement (du fait de la méconnaissance du titre).

1.3. Chômage vs difficultés de recrutement : quid des postes vacants dans l'aide à domicile ?

Les aides-soignants, aides à domicile et infirmiers sont les métiers les plus recherchés en Bretagne (en dehors des postes saisonniers). Il est relevé que dans 60% des cas, les recruteurs d'aides à domicile peinaient en 2012 à trouver leur candidat. En 2013, ces plaintes étaient moindres (Greugny, Nouchet, Bourdin, & Moulin, 2013). Le contact avec le terrain costarmoricaïn et les rencontres avec les gestionnaires

référentiel de cette nouvelle appellation est conforme à ce qui peut être de l'ordre des missions confiées à l'employé à domicile. Entendu que le domicile ne relève pas d'une collectivité mais n'ayant pu accéder à des référentiels de contenus de formation de l'ancienne appellation (rappelons que les professionnels sont âgés dans le métier et qu'ils ont possiblement effectué cette formation avant 2004), nous ne pouvons identifier si la formation initiale était en conformité avec ce que sont amenés à rencontrer les professionnels. A défaut, cela pourrait complexifier l'activité des employés à domicile, non préparé pour un exercice professionnel dans ce contexte particulier.

de structures du Grand Ouest français ont confirmé que les structures peinent à trouver des candidats intéressés et/ou qualifiés.

Très concrètement, en 2012, dans un contexte de crise du chômage, Pôle emploi présentait toutefois ses chiffres de dépôt d'offres auprès de leurs services dans les différents secteurs qui nous intéressent. A savoir, de manière décroissante, 4070 dans le secteur de l'action sociale, 3820 dans l'aide à domicile, 2650 dans l'action médico-sociale pour les personnes âgées et 620 dans celui de l'accueil du jeune enfant. Parmi ces offres, le secteur de l'aide à domicile est celui qui pourvoyait le plus d'offres à temps partiel tous secteurs SMS compris. Enfin, les aides à domicile constituaient par ailleurs le second métier porteur d'offres d'emploi (après les assistantes maternelles), avec 2900 offres d'emploi cette même année (soit 20% des inscrits du domaine au 31.12.2012). Ainsi, même dans ce contexte de crise, l'aide à domicile était bien un métier porteur et qui recrute. Les aides-soignants et auxiliaires de vie sociale sont également des candidats recherchés mais dans une moindre mesure (respectivement 1600 et 1900 offres). Enfin, les structures ont déposé 1300 offres de poste d'agent de service hospitalier à Pôle emploi en 2012⁵⁴.

De même, on a parallèlement observé que les demandeurs d'emploi recherchant des postes d'aide à domicile étaient les plus nombreux, présageant d'un accord entre l'offre et la demande. Généralement, ces personnes inscrites occupaient déjà un emploi, mais sur un temps insuffisant. Leur inscription apparaissait alors davantage révéler un désir de trouver soit un emploi se rapprochant d'un temps complet, soit de compléter leur activité actuelle.

L'analyse portée sur les chiffres de Pôle Emploi indique que le fait que le taux de chercheurs d'emploi dans ce domaine soit élevé relève du fait d'une possibilité d'exercer ce métier sans qualification. En période de crise, les sans-emploi s'inscriraient donc en nombre sur ce type de poste (Greugny, Nouchet, Bourdin, & Moulin, 2013). Ceci pourrait expliquer les difficultés de recrutement dans le secteur (résultant à la fois du manque de candidat et de la peine à fidéliser le recruté). Mais pourquoi alors si l'on trouve offre et candidat, les services peinent à recruter ? Possiblement du fait de profils ne répondant pas aux critères de sélection inhérents à la fiche de poste qui, soit contraignent la sélection, soit entraînent une difficulté de fidélisation d'un nouvel intégrant, qui ne serait pas préparé suffisamment à ce nouvel emploi dans lequel il ne reste pas (turn-over).

Par ailleurs, en plus des problématiques de recrutement et de fidélisation, on observe également un absentéisme important dans ce secteur en comparaison aux chiffres généraux. Ces différents indicateurs nous ont interpellés car peuvent présager de difficultés organisationnelles, mais aussi témoigner d'un manque de satisfaction et de réalisation des travailleurs. L'absentéisme peut également révéler une pénibilité du métier, tant sur un plan physique que moral ou psychologique. Ces éléments nous ont conduits à chercher à donner du sens à ce paradoxe de vacances de poste (a priori accessibles) dans un contexte de crise du chômage.

⁵⁴ Cf. Chiffres Pôle Emploi 2012 in Diagnostic général (2013, p. 19)

Les offres sont donc présentes en nombre dans un contexte encore teinté des effets de la crise. Par ailleurs les « inscrits-candidats » sont également les plus nombreux. Pour autant, les responsables font régulièrement face à des difficultés organisationnelles du fait de manque de personnel, et de l'enfer des plannings à remodeler pour faire face aux nombreux arrêts de travail ou démissions. Cette illustration de terrain met conjointement en évidence deux phénomènes. Celui d'une difficulté à recruter puis fidéliser, et celle de problématiques d'absentéisme importantes révélatrices de dysfonctionnements.

2. L'aide à domicile : le présage de problématiques de santé

Nous avons vu que les contrats des aides à domicile se caractérisent plutôt comme annonciateurs de précarité de l'emploi (temps partiels, CDD, rémunération faible). Ces seuls éléments ne peuvent suffire en soi à expliquer les problèmes organisationnels (retard des recrutements, difficultés de fidélisation, absentéisme). En effet, nous remettant à l'esprit la modélisation qui positionne les 15 métiers les plus recherchés en 2014, on peut penser au poste d'employé de libre-service (ELS), qui présente des traits similaires sur ces points (temps partiels, CDD, SMIC horaire, emplois accessibles avec peu ou pas de qualification, etc.). Pour autant, ce métier est un de celui qui présente le moins de difficultés à recruter (10% pour les ELS, contre 61% pour les aides à domicile). Cela laisse présager de problématiques complémentaires qui contraignent le métier et le rendent moins attractifs. Nous postulons que les éléments principaux d'explication relèvent de l'ordre d'une pénibilité du métier, dont le taux de roulement du personnel (turn-over) et l'absentéisme sont des indicateurs de problématiques de santé et d'insatisfaction au travail. Les actions actuelles menées sur le terrain sous-tendent cette hypothèse. Ainsi, la seconde priorité des politiques RH des CCAS⁵⁵, après celle de qualification des agents, porte sur la santé au travail (UNCCAS, 2015). De même, plusieurs actions sont mises en place sur les territoires français, comme des équipes visant la prévention, via l'embauche dans les services de conseiller et assistant prévention (ou autres formateurs PRAP⁵⁶) qui ont pour but principalement de « *réduire les accidents du travail et les troubles musculo-squelettiques* » (p. 23). Les personnels qui apparaissent les plus touchés d'après ce dossier (Dossier du mois : GRH : comment les CCAS prennent soin de leurs agents ?) font partie de l'aide à domicile qui « *suscite de fortes inquiétudes* », alors que le « *secteur affiche 2,5 fois plus d'accidents et 7 fois plus de maladies professionnelles que la moyenne* » (p. 23) soit une sinistralité supérieure à ce qui est observé dans le bâtiment et les travaux publics.

Toutefois, au-delà des problématiques de santé physique, prises en considération dans les services, de nouveaux chantiers s'engagent autour de la prévention des risques psychosociaux, alors que certains

⁵⁵ CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

⁵⁶ PRAP = Prévention des risques liés à l'activité physique

professionnels sont contraints de changer de métier pour raison de santé. Au motif de TMS ou autres affections des lombaires, mais également à cause de souffrances psychiques (UNCCAS, 2015), alors que Catherine Delvallée, directrice de CCAS, évoquait pour illustrer le besoin de proposer des dispositifs de mobilité professionnelle dans ce secteur social, que les services ne peuvent « *se limiter aux reclassements au sens médical. Des métiers sont difficiles à exercer jusqu'à la retraite. Leur pénibilité est réelle sur le long terme, qu'elle soit ou non reconnue légalement. Il arrive aussi qu'un agent souhaite évoluer, parce qu'il ne se sent plus bien dans son travail* » (UNCCAS, 2015, p. 25). Ce témoignage illustrant par la même à la fois les problématiques de santé physique et psychique à exercer ces métiers au contact de l'autre, nécessitant un engagement personnel auprès de publics vulnérables et s'exerçant dans des conditions de travail pénibles (amplitude des journées, travail physique, etc.).

2.1. L'absentéisme révélateur d'un métier difficile ?

Au-delà de la sinistralité évoquée à l'instant, qui témoigne de reconnaissance d'altération de la santé physique, il pourrait résulter des motifs d'absentéisme, non traduit au sens de maladies professionnelles ou en tant qu'accident de travail, mais pour autant être expliqués comme une résultante de l'activité professionnelle. Ayant eu accès à des indicateurs RH de structures du domicile sur la région Bretagne, on a également observé des taux d'absentéisme supérieurs aux autres secteurs. Un absentéisme significatif est corrélé avec des problématiques de santé (elles sont d'ailleurs généralement reconnues comme des maladies professionnelles), mais également organisationnelles. Ainsi, les conditions de travail ont un rôle important dans les absences au travail pour raison de santé (Inan, 2013). Egalement, une maladie et les liens avec le travail peuvent être mis en évidence et ne pas être pour autant reconnue comme une maladie professionnelle. C'est le cas du burn-out à ce jour, alors que le ministre français du Travail, François Rebsamen, annonçait le 22 juillet 2015 sur Europe 1⁵⁷ que le projet de loi sur le dialogue social comprendrait « *un début de reconnaissance du burn-out* » (pour paraphraser l'article paru sur leur site internet le même jour⁵⁸) mais que le syndrome d'épuisement professionnel ne serait pas intégré au tableau des maladies professionnelles comme il en était question au début de l'été quand la première version du projet a été déposée. L'argument étant de dire que la maladie en question « *qui peut exister* », ne serait « *pas uniquement liée au poste de travail* », selon les propos du Ministre. Restent que les salariés exposés aux contraintes psychosociales sont davantage absents pour raisons de santé, que dans le cas des contraintes physiques (Inan, 2013). Ces indicateurs révèlent une santé des aides à domicile qui présente de forts risques d'altération.

⁵⁷ Radio française

⁵⁸ Article publié à 11h24, le 22 juillet 2015, et modifié à 17h14, le 22 juillet 2015, consulté le 23/07/15 sur : <http://www.europe1.fr/politique/le-burn-out-ne-sera-pas-reconnu-comme-maladie-professionnelle-1369744>

2.2. Des indicateurs d'une santé altérée

2.2.1. Enquêtes épidémiologiques et sectorielles sur la santé des aides à domicile

Les études épidémiologiques montrent les liens existant entre le stress (plus largement la santé) et son incidence sur les maladies coronariennes, de dépression, de conduites addictives, d'accidents ou encore d'insatisfaction au travail.

L'enquête SUMER 2010 identifiait 320800 aides à domicile en France. Les statistiques de cette enquête ont mis en évidence des sources de vulnérabilités potentielles dues à la proportion importante de contrats à temps partiels (75.8%) et à de significatives contraintes du métier comparativement à l'ensemble des familles professionnelles sondées (Amira, 2014) :

- Physiques : contraintes posturales et articulaires, liées à la conduite automobile et la manutention manuelle de charges
- Organisationnelles : contact direct avec le public, travail du dimanche, impossibilité d'interrompre un travail quand il le souhaite, travail comportant des coupures dans la journée, etc.
- Expositions à des agents biologiques et chimiques

Les comparaisons chiffrées et précisées sont spécifiées dans le Chapitre 4 qui porte sur les risques professionnels (physiques et psychosociaux) dans les métiers de l'aide à domicile. Les enquêtes sectorielles (par branche professionnelle) permettent d'identifier les facteurs de stress spécifiques à un secteur d'activité.

La DREES a mené en 2008 une enquête quantitative auprès de 2589 aides à domicile sur leurs conditions de travail et leur parcours professionnel. Cette étude a entre autres permis de mettre en évidence les conditions de travail des aides à domicile et les facteurs de pénibilité auxquels ils/elles sont exposé(e)s (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). Cette étude a pu sonder de manière assez précise les causes de pénibilité au regard de nombreux critères, tels le profil sociologique des professionnels, leur mode d'intervention ou encore leur formation et le type de public aidé. Il paraît dommage de n'avoir tenté de différencier également l'environnement de travail impactant sur les caractéristiques des personnes aidées, et donc sur la nature des relations entre bénéficiaire et aidant professionnel. Par exemple, le travail pourrait être vécu différemment suivant qu'il soit exécuté à la ville ou à la campagne, à la mer ou dans les terres, auprès de personnes aisées ou non, ayant occupé des fonctions plutôt intellectuelles ou manuelles, etc. Le contexte environnemental ayant un rôle dans l'interaction travail-santé (Althaus, Kop, & Grosjean, 2013). Le rapport au temps (Devetter & Barrois, 2012) constitue également une problématique dans le métier, comme les questions liées à l'isolement professionnel et l'autonomie dans le travail (Loones & Jeunneau, 2012). Ces éléments sont également précisés dans le Chapitre 4 afin de mettre en lien les caractéristiques

relevées, concernant les conditions de travail des aides à domicile, avec les modèles théoriques de la santé et du stress au travail, les problématiques et risques psychosociaux semblent trouver une part significative sur le terrain professionnel.

2.2.2. **La santé professionnelle difficile à prévenir du fait du contexte d'exercice au domicile**

Il est accepté dans la CC-BAD que l'aide à domicile ne bénéficie pas de l'accès aux mêmes droits que ceux relevant du droit général du Code du Travail sur des textes règlementant les relations collectives (Titre II). En effet, d'après l'article 29.1 du Chapitre 4 (qui porte sur la négociation dans l'entreprise), relatif au préambule du CHSCT, il est mis en évidence une restriction des actions de cette instance représentative du personnel du fait de l'environnement de travail particulier du domicile. Ainsi, comme les représentants du CHSCT n'ont pas de droit d'entrée au sein des domiciles (privés) des bénéficiaires, il n'est pas possible pour le CHSCT d'exercer une partie de ses missions « *qu'il s'agisse des inspections régulières, de la visite des lieux de travail, ou de l'intervention de l'expert* ». Or cela constitue la stricte majorité du temps et de l'environnement de travail des intervenants à domicile, présageant de fait d'une vulnérabilité quant à la surveillance objective de leurs conditions de travail et la sécurisation de leur état de santé. De même, il est précisé au-delà des restrictions des actions du CHSCT que l'employeur lui-même est soumis à contrainte. Ainsi, « *l'employeur n'a pas le pouvoir de prendre des mesures de prévention dans ces domiciles, ces mesures ne pouvant être prises que par le propriétaire du domicile ou par son occupant de sa propre initiative* ». Ces restrictions d'intervention en matière de prévention et de promotion de la santé constituent donc à la fois une contrainte à la détection des risques professionnels et un obstacle à leur prise en charge. Sur le terrain, on observe que des tentatives d'assouplissement de ces contraintes s'opèrent au travers de recommandations d'adaptation des espaces et des matériels auprès des bénéficiaires qui peuvent également être conseillés sur des dispositifs d'aides financières parfois nécessaires à l'investissement qu'entraîne l'aménagement du domicile. Il reste que cette décision ne relève que du bénéficiaire lui-même.

Le chapitre 4 est spécifiquement consacré à la santé au travail et la prévention des risques professionnels dans la CC-BAD. L'article 20 est ainsi consacré à la prévention des risques et précise qu'avant chaque première intervention auprès d'une personne aidée « *les salariés de l'entreprise sont informés, pendant le temps de travail, des mesures de sécurité à prendre, des risques à éviter et des moyens mis en œuvre pour assurer leur sécurité* ». L'article 21.1 portant sur la santé au travail précise dans son préambule que les partenaires sociaux ont la volonté « *de favoriser la mise en place de dispositifs concourant à l'amélioration de la santé au travail et à la prévention des risques professionnels, y compris les risques psychosociaux, et à la réduction de la pénibilité au travail* » dont les objectifs recherchés sont entre autres « *la diminution des coûts de la protection sociale via une politique volontariste de prévention des risques professionnels et le développement d'une politique de bien-être au travail constituant un facteur de*

performance ». Les dispositifs mis en œuvre devant « *concourir à l'amélioration de la qualité du service rendu, accroître l'attractivité des emplois du secteur, la fidélisation des salariés et valoriser l'image de l'entreprise de la branche* ». C'est d'ailleurs dans ce cadre que des partenariats ont été réalisés avec des acteurs du secteur du domicile.

2.2.3. **Le stress des soignants et des professionnels de la relation**

Plusieurs études ont souligné que les soignants peuvent constituer une population sensible aux problématiques de stress. Les différences individuelles dans le perfectionnisme socialement prescrit chez les soignants peut être un facteur contribuant au stress et à l'épuisement professionnel au travail, le perfectionnisme en question correspondant aux perceptions que l'individu a des attentes de perfection qu'a l'autre envers lui, et qui prédit un rôle augmenté du stress (Childs & Stoeber, 2012). Au travers des responsabilités liées à l'accompagnement social qu'exercent les aides à domicile, et notamment les AVS, on peut s'attendre à des résultats similaires, présageant que cette population présente aussi des risques sur ce point.

Le stress des aides à domicile peut également être entendu comme causé par des conditions de travail comme le caractère précaire de l'emploi, les difficultés liées aux dimensions relationnelles de la relation, le manque de reconnaissance et les activités qui impactent plus globalement la santé (risques professionnels et risques psychosociaux).

Ainsi, au travers de ces quelques exemples relevés dans les enquêtes sectorielles et d'après les premiers apports des modèles de la santé au travail (que nous aborderons à suivre), il apparaît que les aides à domicile semblent présenter des traits de vulnérabilités sur le plan de la santé. Physique d'une part, de par les missions telles que le ménage ou encore l'aide au soin à des personnes dépendantes ; et psychosocial d'autre part, du fait de l'exposition à des situations sensibles (comme la fin de vie ou la maladie), présageant de charges émotionnelles importantes à réguler, et du manque de reconnaissance d'un métier perçu comme « à la portée de tous », comme en témoigne un micro-trottoir effectué par un de nos étudiants en 2013, et qui a fait l'objet d'une présentation sur la question de la reconnaissance des aides à domicile. Or la reconnaissance peut également constituer un élément important du bien-être de chacun (Cf. Siegrist (1996)).

L'histoire du secteur et les évolutions des métiers (comme de leurs concepts) peuvent contribuer à la compréhension de ce phénomène, qui apparaît comme un trait de vulnérabilité au sens du modèle de santé au travail, et un facteur explicatif du manque d'attractivité du métier d'aide à domicile.

3. Manque d'attractivité du métier : un passif chargé d'histoire

L'histoire de l'aide à domicile peut apporter de premiers éléments de réponse à la difficulté de recrutement d'une part, et ce qui a conduit à la précarisation du métier, la fragilisation des personnes en emploi sur ces postes et l'émergence du risque psychosocial chez ces actifs de l'accompagnement. Nous en proposons une rapide présentation afin d'éclairer le sens à donner aux problématiques actuelles.

Le secteur professionnel permettant le maintien à domicile ne date pas d'hier et remonte à la création même des institutions dont le soutien à domicile est complémentaire ; même si Amyot (2008) reconnaît une « ère moderne de l'aide à domicile » qui s'est développée dans les années 1950-1960. L'aide à domicile d'aujourd'hui peut trouver sa source dans deux versants de l'histoire.

D'une part, une origine en lien avec la domesticité et d'autre part une voie d'entrée associée à la notion d'aide. Cela a un impact sur le métier aujourd'hui, dans sa perception par le public comme dans la pratique du professionnel. L'histoire du métier influe donc sur les représentations que peuvent avoir la société et les bénéficiaires des intervenants à domicile, de même que le travail et l'activité de cette dernière. Les effets étant attendus notamment sur le sentiment de reconnaissance des aides à domicile.

3.1. Les évolutions de la domesticité d'après Martin Fugier (2004)

Si la domesticité peut expliquer le recours actuel à des termes tels que « boniche, femme de ménage » (et dont les termes sont rapportés par des aides à domicile avec lesquelles nous nous sommes entretenus), son histoire a également conduit à des évolutions pour le professionnel, notamment au niveau social. Ainsi, à la fin du XIX^{ème} siècle, ce que Martin-Fugier (2004) nomme la « crise de la bonne » va permettre au final de sortir de la servitude et octroyer un statut de travailleur aux domestiques, dont les termes « employés de maison », « gens de maison » ne sont que des néologismes d'après le Larousse du XX^{ème}. En effet, alors que les domestiques commencent à préférer l'usine, les Maîtres vont devoir changer de positionnement. Ils emploient désormais des gens à aider, qui ne sont plus à demeure. Et s'ils veulent les garder, ils vont devoir apprendre à les respecter. En cette fin du XIX^{ème}, on suggère que les Maîtres pourront désormais louer des employés pendant quelques heures pour des tâches déterminées par l'intermédiaire d'une agence. C'est le remplacement progressif de la « bonne » par la « femme de ménage ». Cela a aussi alors été permis par les réflexions menées pour faire face à cette « crise de la bonne » et qui devaient conduire à « supprimer » les domestiques.

Trois éléments sont identifiés par Martin-Fugier (2004) - qui s'est intéressée aux évolutions de la domesticité - pour le faire. D'une part, la possibilité de s'appuyer sur les évolutions techniques et technologiques (ouverture des pressing, invention des machines à laver, à éplucher, etc.) ; deuxièmement,

le fait d'envisager un changement structurel dans la société en prônant la vie en communauté, qui conduirait soit à une réduction du nombre de domestiques nécessaires, soit en favorisant la participation de chacun dans ces tâches ; ou enfin favoriser un changement de mentalités qui conduirait les employeurs à ne plus se considérer comme des Maîtres mais à apprendre à respecter leurs domestiques dans l'espoir de les garder et en confiant les tâches ingrates à des spécialistes. Il s'agissait donc à présent d'abandonner l'idée qu'il est naturel d'être servi et apprendre à faire soi-même (entretenir sa maison, élever ses enfants, etc.). On assistera alors à la glorification de la femme gardienne du foyer. Jusque-là avoir sa bonne était affaire de standing, il devenait à présent de bon ton que de mettre soi-même la main à la pâte.

Les autres évolutions de cette époque portent sur la formation, nécessaire aux Maîtresses de maison ménagères, afin d'assurer le changement. On assiste alors à la création des écoles ménagères (dont on tentera ensuite de les ouvrir pour les servantes, au niveau professionnel). L'enseignement ménager devient une charge de l'état qui le généralise à tous les niveaux (en prenant toutefois soin de séparer les torchons et les serviettes : les professionnels d'un côté, les Maîtresses de maison de l'autre) dès 1906, alors que Beaufreton (cité par Martin-Fugier) le justifiera tel que : « *les filles fréquenteront plutôt l'école ménagère que le cours de musique. Outre les qualités d'ordre pratique [...] elles y apprendront à devenir moins impulsives, et pour tout dire, moins nerveuses* », ajoutant qu'« *en plus la diversité préserve de l'ennui* » (2004, p. 343). Le changement de mentalités étaient donc en marche (avec, au regard de ce commentaire, une large marge de progression toutefois).

Ces évolutions technologiques et le changement des mentalités se sont accompagnés de mouvements sociaux, qui ont participé aux évolutions de statuts cette fois-ci. Ainsi, les revendications des domestiques, la prise de conscience du besoin de former ont contribué à l'évolution du statut de la bonne, qui devient une femme de ménage payée à l'heure, et acquiert un statut de travailleur qui bénéficie d'avantages sociaux (temps de travail limité, congés payés, jours de repos hebdomadaires...). En 1924, d'ailleurs, est faite une proposition de loi pour modifier dans tous les textes officiels le terme de domestique par « *employé de maison* » (Martin-Fugier, 2004).

3.2. L'approche associative : don et charité chrétienne

Le second versant historique retraçant l'histoire du métier d'aide à domicile réside dans l'émergence même des services d'aide à domicile, en parallèle de ces évolutions domestiques, qui au-delà des arts ménagers, apportent un soutien à une personne en difficulté. Ainsi, pour compléter la compréhension des fondements de l'aide à domicile, il faut retracer l'histoire de ces services d'après une seconde entrée, qui est celle de l'aide, issue de la charité chrétienne portée à la même époque par la bourgeoisie Catholique.

Ainsi, les services à domicile découlent pour partie d'un historique lié à la domesticité, qui devenant premièrement « employés de maison », bénéficiera (beaucoup) plus tard, en 1999, d'une nouvelle convention collective du « particulier employeur » signe de nouvelles évolutions à ce sujet, qui peuvent expliquer l'hésitation à parler de domestique ou d'employé de maison qui gardent encore une idée de

servitude, devenue illégitime. Pour Fraisse (1979), l'on préférera désormais mettre l'accent sur la dimension de l'aide.

En effet, le principe d'une aide familiale à domicile, nous dit Dussuet en 2005, existe depuis 1865 et la congrégation des petites sœurs de l'assomption. Citant Bonamy (1997)⁵⁹, elle précise (p. 35) que ces religieuses avaient alors pour mission « *de reconstituer la famille chrétienne en allant à domicile soigner les malades et en assumant en même temps les travaux ménagers* ». De cette mouvance, en 1920, on retiendra également la création de l'association loi 1901 : « l'aide aux mères de famille » par Henriette Viollet, de la bourgeoisie Catholique. Son but était de « *seconder les mères courageuses qui assument la tâche d'élever une nombreuse famille en leur procurant l'aide effective de femmes dévouées, faisant avec elle ou à leur place si leur santé les en empêche, toutes les besognes que comporte un ménage et les soins aux enfants* »⁶⁰. Les intervenantes étaient alors le plus souvent des jeunes femmes de la bourgeoisie Catholique qui accomplissaient bénévolement ces tâches pour soutenir des mères ne parvenant plus à s'occuper seules de leurs familles nombreuses. L'aide à domicile de l'époque provenait donc du milieu de la bourgeoisie. On retient à cette époque l'idée d'une activité d'aide bénévole associée au don de soi. On passe ici d'une approche de l'activité de ménage vue comme dégradante à une vision charitable, profitant à chacun.

Cette approche va changer pendant la seconde guerre mondiale avec les mouvements catholiques sociaux : l'aide est alors envisagée par les nouvelles associations militantes comme le moyen de promouvoir les familles ouvrières en milieu urbain (Dussuet, 2005). On passe de la charité chrétienne à la reconnaissance par les familles du besoin de suppléer à l'indisponibilité de la mère de famille.

On instaure alors l'idée de rémunération permettant de subvenir aux propres besoins des ouvrières qui prennent la place des religieuses et des bourgeoises bénévoles. Il faudra ajouter à ces rémunérations l'instauration de formation financée pour partie par l'état. En effet, en 1949, le ministère de la santé et de la population reconnaît officiellement la nécessité d'une formation qualifiante de 8 mois (certificat de travailleuse familiale). Cet écrit, cet engagement de l'état participera alors à la valorisation du métier qui nécessite une formation, autrement dit, des compétences particulières. C'est de fait à ce moment que Dussuet (2005) marque l'origine de la profession en tant que telle, une occupation dont l'accès n'est possible qu'aux détenteurs du diplôme et qui comporte des règles d'exercice ; sous l'influence des militants des associations familiales.

L'évolution morale apparaissait alors en marche et allait se poursuivre au travers de la reconnaissance d'un statut à ces professionnels qui accédaient désormais au rattachement à leur propre convention collective.

⁵⁹ Bonamy Bernadette (1997), Les Défis de la travailleuse familiale : entre travail social et services de proximité, Ramonville Saint-Agne, Erès.

⁶⁰ D'après les statuts de l'association cités par Bonamy (1997) dans « Les défis de la travailleuse familiale : entre travail social et services de proximité », et repris par Dussuet (2005, p. 35)

3.3. La reconnaissance d'un statut : l'employé à domicile sous convention collective

Du point de vue des tâches associées à cette nouvelle qualification de Travailleuse Familiale, la question de la prise en charge de la rémunération ne va pas être sans conséquence sur l'essence du métier. En effet, la prise en charge de cette aide humaine est uniquement faite dans les familles où la mère est physiquement indisponible, la nécessité pour les autres de rémunérer sur fonds propres pouvait donc contraindre l'appel à ces professionnelles. En conséquence logique, ces travailleuses familiales interviennent spécifiquement auprès de publics vulnérables, « à problèmes » (Dussuet, 2005).

Ainsi, dans les esprits, on va passer de travailleuses familiales à travailleuses sociales, se distanciant des activités domestiques, telles que le ménage, pour des missions d'accompagnement ou encore d'éducation, auprès des enfants. Toutefois le métier va encore connaître une nouvelle modification alors que le travail va s'étendre auprès du public des personnes âgées.

Ces dernières, dans l'incapacité de réaliser leurs tâches ménagères, vont replacer au centre de l'intervention le motif d'aide physique plutôt que sociale. Le contenu du travail des intervenants à domicile va ainsi muter encore une fois. Nul besoin d'être une travailleuse familiale pour faire des tâches d'entretien, de « simples aides ménagères » suffisent. Comprenez, ne nécessitant pas de formation spécifique. On observe ici un processus de déqualification de la fonction, même si le CAFAD⁶¹ est créé en 1988, car restant non obligatoire pour exercer. En effet, si le diplôme n'est pas obligatoire, cela peut sous-entendre qu'il est un plus, mais pas non plus pour autant une nécessité. Or un diplôme contribue à valoriser un savoir-faire, des compétences, des capacités à faire quelque chose. Il rend lisible un faire-valoir, assure de l'acquisition de pré-requis.

Toutefois, malgré les difficultés, cette deuxième approche, distanciée du modèle de domesticité, modifie le cœur du métier. Ici, le maître mot est l'aide, les tâches d'entretien ne sont qu'un support à une action qui se veut sociale, morale. Pourtant, certes si les politiques de la vieillesse accordaient déjà à l'aide-ménagère un rôle de lien social à la moitié du XX^{ème} siècle⁶², la profession ne sera officiellement définie (reconnue?) qu'en 1983⁶³ telle que : « l'aide-ménagère à domicile a pour mission d'accomplir chez les personnes âgées un travail matériel, moral et social contribuant à leur maintien à domicile (...) les activités de l'aide-ménagère ne sauraient se limiter à des travaux ménagers. Elles permettent notamment aux bénéficiaires d'assurer leur indépendance et de maintenir des relations avec l'extérieur ». L'appellation même de la fonction (« aide-ménagère ») pose en soi toutefois question. Malgré tout, à cette période, on constate une évolution flagrante quant à la considération de la profession après 30 ans « d'anonymat »

⁶¹ CAFAD : Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile (donnant accès à une fonction de la catégorie C dans la CC BAD).

⁶² Cf. Rapport Laroque (1962): rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse

⁶³ Dans la convention collective des organismes d'études à domicile ou le maintien à domicile du 11/05/1983

(Ennuyer, 2003, p. 141). En effet, ces auxiliaires d'infirmières évitant dans les années 50-60 l'hospitalisation des vieillards malades et isolés, bénéficient alors d'un titre, (et donc d'une forme de reconnaissance). « *Aides ménagères* » qui deviendront par la suite « *aides à domicile* » dans les années 90, puis « *auxiliaires de vie sociale* » dans les années 2000 (pourvu que le professionnel soit titulaire du DEAVS). Les dispositifs de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) vont fortement contribuer à la qualification des professionnels et l'accès au diplôme, dont une organisation avec laquelle nous avons collaboré a été pilote dans la mise en place des VAE sur le DEAVS⁶⁴.

Ainsi, on assiste à une volonté de donner une lisibilité, un cadre d'exercice et un statut à l'aidant professionnel. Une spécialisation s'observe également au sein des professions avec l'apparition de nouveaux titres, illustrant les diverses missions pouvant être confiées aux professionnels (entretien, accompagnement...).

Cette ébauche de reconnaissance semble nécessaire dans un métier féminin, où les compétences ont parfois tendance à être perçues comme plutôt apparentées à des traits naturels lié au genre. En effet, il existe des obstacles à la reconnaissance liée au sexe des individus. Alors que les critères de reconnaissance ont été davantage établis d'après un cadre masculin, il s'en suit que les tâches habituellement réalisées par les femmes sont considérées comme naturelles et ne nécessitant pas forcément de reconnaissance, les auteurs cités par Vézina (Vézina, 2002c, p. 115) préférant évoquer l'utilisation des termes de « *qualités féminines* », plutôt que de compétences professionnelles, pour référer à leurs capacités liées à la minutie, l'habileté, la dextérité, le souci de se rendre utile, la patience, etc.

Cependant, les politiques d'emploi qui vont être portées à la même époque vont contribuer à une forme de déqualification du métier.

3.4. Les politiques d'emploi ayant contribué à une déqualification des professionnels

Ainsi, on va observer que les politiques d'emploi visant à réduire le nombre de chômeurs que compte la France à partir de la crise des années 1980, vont participer à creuser cet effet de déqualification, alors que les services à domicile deviennent un vivier de recrutement. Tout comme à nouveau dans les années 2000, avec la crise économique de 2008 et l'augmentation du chômage. Amyot y dénonce « *l'économique [qui] précède le gérontologique* » (2008, p. 149).

En effet, le secteur des services à domicile a connu dans les années 1990, une focalisation de l'intérêt alors que face à la crise du travail, les politiques cherchaient à dynamiser l'emploi. L'avantage de ces services,

⁶⁴ DEAVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale.

c'était déjà que ceux-là ne se retrouveraient pas délocalisés à l'étranger alors que la mondialisation faisait mal au secteur industriel.

De plus, une quantification du travail domestique réalisée par Chadeau et Fouquet dans les années 80 et début 90 (évoqué par Dussuet, 2005) indiquait que le temps passé aux tâches domestiques gratuit équivalait à 1/3 ou ¼ du PIB marchand en France. Alors que le chômage faisait rage, confier ce travail gratuit à des demandeurs d'emploi apparaissait une bonne stratégie, une aubaine, en développant ces services en emplois salariés.

Par ailleurs, l'émergence de nouveaux besoins allaient appuyer ce futur prometteur en termes de création d'emplois. On peut évoquer entre autres le vieillissement de la population et l'accroissement de la dépendance qui entraînent des besoins liés à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ; la montée de l'activité professionnelle des femmes générant un accroissement des demandes de garde d'enfant ; et également l'augmentation du niveau de vie facilitant l'accès des ménages à des services divers (formation à domicile, décharge des activités d'entretien du domicile, etc.).

Nous verrons à suivre qu'à aujourd'hui, le premier élément portant sur les personnes âgées et la dépendance conduit encore à la mise en place de dispositif favorisant l'emploi et le travail en ce sens, alors que les récentes suppressions ou réductions des avantages fiscaux (suppression d'exonération de charges sociales pour les particuliers employeurs en 2010, réduction du plafond des avantages fiscaux en 2011 et augmentation de la TVA en 2012 puis 2013) aux ménages pour faire appel à ces aidants professionnels, contribuent aujourd'hui à des disparitions massives des postes d'aidants à domicile ne portant pas sur l'accompagnement (garde d'enfant, tâches ménagères, jardinage, soutien informatique...).

Toutefois dans les années 90-2000, les besoins sont là, les opportunités de relancer l'emploi et de créer du travail également. Pour autant, un besoin n'est pas toujours créateur d'emploi, puisque le particulier peut ne pas vouloir confier ces tâches à un inconnu, ou peut préférer un travail dissimulé (« au noir ») qui n'appelle pas à la lourdeur administrative et financière de devenir particulier-employeur.

Pour y pallier, des politiques de financement vont apparaître pour faciliter la demande et l'appel aux emplois familiaux en 1991 : réductions d'impôts, de charges sociales ; création du chèque emploi service simplifiant les formalités pour l'employeur... Beaucoup vont alors pouvoir bénéficier d'une personne intervenant au domicile, nourrissant à nouveau les formes de déqualifications (il faudra attendre 1996 pour qu'apparaissent des exigences de qualité de service et de qualification des salariés) et les flous alors que la palette de professionnels est étoffée, de même que les façons d'y avoir recours (prestataires, mandataires, CESU⁶⁵, associations intermédiaires, indépendants...).

En effet, trois modalités sont possibles pour faire appel aux services à la personne. Le mode prestataire au sein duquel la personne âgée recourt à un service prestataire géré par une association, un organisme public ou une entreprise qui gère les conditions de travail, de rémunération et de formation des salariés. Le

⁶⁵ Chèque Emploi Service Universel

particulier n'est donc pas l'employeur mais paie une prestation. Contrairement aux deux premiers cas dans lesquels la personne âgée (plus globalement, la personne aidée) est employeur de l'intervenant à domicile. Dans le cas du mode mandataire, la personne âgée recourt également à un service à la personne géré par une association, un organisme public ou une entreprise à qui le particulier délègue les démarches administratives. Ces structures peuvent également les conseiller sur les éléments qui concernent les conditions de travail, la rémunération et la formation professionnelle. Cependant, dans le cadre de l'emploi direct ou particulier-employeur, la personne aidée emploie son salarié et gère lui-même le recrutement, la formation professionnelle, la rémunération et la formation (Aldeghi & Loones, 2010).

Le problème est que pour répondre à la politique de l'emploi, on ne distingue plus vraiment les employés de maison, les gardes, les aides à domicile (etc.) alors que ces dernières ont par exemple bénéficié de l'intégration du CAFAD dans leur parcours (Ennuyer, 2003). Causse & Al. (1998)⁶⁶, cités par Ennuyer (Ennuyer, 2003, p. 141) mettront en évidence à ce sujet que « *l'absence de professionnalisation combinée à la précarité des conditions d'emploi de ces nouveaux salariés et à l'image dépréciée des activités à domicile va contribuer à assimiler les emplois familiaux à des petits boulots que l'on fait faute de mieux* ». Voilà qui dégrade les efforts prometteurs qui annonçaient une reconnaissance du métier.

En parallèle de ces politiques d'emploi, on observe également l'essor de la qualité, avec les nombreuses normes et certifications (qui se développent toujours d'ailleurs), qui vont faire de l'aide à domicile « *une prestation qui se marchande* » (Ennuyer, 2003), c'est-à-dire dont on doit tirer au maximum les tarifs pour faire face à la concurrence, même si cela doit se faire au détriment de la qualité de service dans le rapport aidé-aidant. Ennuyer parlera d'une « *exploitation scandaleuse des assistantes de vie* » quand apparaît dans la CC « particulier employeur » de 1999 l'instauration de « *présence responsable* » où toutes les heures n'ont pas à être payées prétextant que la présence n'est pas toujours travail effectif. Nous verrons dans le prochain chapitre portant sur les activités et l'éthique du *care* que cette présence constitue pourtant en soi un acte d'accompagnement (Lerbet-Sereni, 2007), et donc une activité. Et ceci au-delà du fait que, concrètement, pendant ce temps, la réalité est que le salarié n'est pas libre de vaquer à ses occupations. Donc cela s'apparente bien à du travail effectif.

Tout cela a contribué à déprécier l'image du métier, laissant peut-être croire que ce travail est à portée du premier venu ; puisque finalement a priori tout le monde sait faire le ménage puisque le faisant déjà chez soi ! Mais que reconnaître d'un métier mal payé aux compétences accessibles à tous ? Un pas important de la reconnaissance du métier a été avancé avec la création d'un Diplôme d'Etat qui référence et valide des compétences requises pour l'exercice de professions réglementées, comme beaucoup dans le secteur sanitaire et médico-social.

⁶⁶ Causse L., Fournier C., Labruyère C. (1998). Les aides à domicile : des emplois en plein remue-ménage, Paris. Syros.

3.5. La création du DEAVS, l'Auxiliaire de Vie Sociale diplômée

La création du DEAVS comme qualification de choix des auxiliaires de vie visait semble-t-il à contrecarrer cette image du « métier pour tous ». Plusieurs ingrédients au menu : une formation, un diplôme – d'Etat ! –, un salaire majoré, une mission valorisée telle que précisée dans le référentiel du diplôme : « *l'auxiliaire de vie a une fonction sociale et s'inscrit au premier niveau de la filière professionnelle. Il concourt au maintien à domicile d'une personne en situation de besoin d'aide dans le respect de ses choix de vie, dans l'objectif de maintenir et/ou restaurer et/ou stimuler son autonomie* »⁶⁷. Il y a ici la volonté de modifier la position sociale du métier d'aide à domicile (Ennuyer, 2003) à l'ère de la « révolution des métiers » dont le diplôme est ce qui en constitue l'essence (Piotet, 2002).

Ainsi nous avons vu combien le métier a pu évoluer sur le plan moral, du statut, des qualifications, de l'activité, des publics. Ces besoins mouvants appellent ce métier à être sans cesse remodelés pour s'adapter à la société et aux personnes bénéficiaires. Alors que les services à la personne diminuaient en effectif et en activité en 2013, notamment sur les emplois directs, les services prestataires étaient eux en progression, mais essentiellement dans les entreprises privées, alors qu'en recul au sein des associations et des collectivités publiques (Thiérous, 2015). En 2013, selon les mêmes chiffres de la DARES, les missions qui caractérisent les associations sont majoritairement l'assistance aux personnes âgées (57% de leur activité), les activités de ménage et repassage (25%) et l'assistance aux personnes en situation de handicap (8%). Ce qui reste assez similaire à ce qui est observé chez les prestataires publics (56% d'assistance aux personnes âgées et 33% de ménage et de repassage). Toutefois, le paysage dans les entreprises est bien spécifique avec une majorité d'activité de ménage et de repassage (33%), puis d'assistance aux personnes âgées (31%), du bricolage et du jardinage (12%) et la garde d'enfant (12%). Exercer le métier d'aide à domicile en franchise et en association n'entraîne pas les mêmes types d'activité. L'accompagnement social reste majoritaire, les associations sont celles qui exercent le plus d'heures annuelles totales (216 millions, contre 105 millions (la moitié) dans les entreprises privées et 40 millions dans les collectivités publiques). Par ailleurs, les entreprises privées (prestataires) développent de plus en plus leurs activités liées à l'assistance aux personnes âgées et dépendantes (+15 points en 5 ans), ce qui montre que si les services à la personne diminuent, au final, l'assistance aux personnes âgées progresse, ce qui aura un impact sur les besoins en compétences spécifiques pour accompagner des personnes dépendantes, dont les maladies dont elles sont atteintes sont parfois bien difficiles à comprendre. Aujourd'hui encore, le secteur semble souffrir du manque de reconnaissance de ces métiers – que l'on pourrait lire derrière le manque d'attractivité. Cela impacte sans doute le vécu professionnel de ces

⁶⁷ Cf. « Référentiel professionnel des auxiliaires de vie sociale », annexe 1 de l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, consulté le 24/07/15 sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141336.htm>

intervenants à domicile, dont ceux qui se sont engagés dans cette voie par vocation d'assistance à autrui peuvent souffrir que leur action/utilité sociale ne soit pas mise en lumière.

Sur un plan financier également, des progrès resteraient à réaliser, alors que les salaires demeurent faibles et que les changements et discussions multiples sur les classifications des conventions collectives des différents métiers de l'aide et du soin à domicile, ainsi que sur les temps de travail effectif, ou encore les dédommagements kilométriques peuvent aussi impacter négativement le pouvoir d'achat de ces professionnels précaires. Le secteur s'est donc développé et transformé au fil du temps, des restructurations des services, de l'évolution des réglementations et des enquêtes s'y intéressant (nature des interventions, marchandisation des services, professionnalisation, etc.), des perspectives se basant sur le nombre de personnes aidées et leurs besoins (changeants et singuliers), ainsi que leurs attentes et l'évolution de nos modes de vie et de l'emploi (Amyot, 2008).

4. L'aide à domicile : métier à risque ?

Nous avons engagé la voie d'une explication des problématiques organisationnelles au travers d'une pénibilité du travail qui relève de conditions de travail complexes. Nous pensons à la difficulté du travail en lui-même (dans ses aspects physiques liés au ménage, et psychologiques, dans la dimension relationnelle et d'accompagnement de la vulnérabilité) et des conditions dans lesquelles il s'effectue (matériels d'adaptation inégaux suivant les foyers aidés – l'aide à domicile ne transporte pas sa boîte à outils –, isolement professionnel, etc.). Les services d'aides à domicile constituent une cible privilégiée des actions des services RH des CCAS, alors qu'ils sont caractérisés dans la revue nationale de l'UNCCAS (Dossier du mois : GRH : comment les CCAS prennent soin de leurs agents ?, 2015) comme « *des salariés souvent précaires, sans qualification et isolés, car travaillant au domicile des usagers* » (p. 20), c'est-à-dire des fonctions à risques.

4.1. Pénibilité ressentie

Il est ressorti de l'étude de la DREES 2008 que la pénibilité ressentie par les aides à domicile serait liée principalement par l'activité en elle-même (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). Ainsi, suivant que l'on travaille en prestataire ou auprès de publics dépendants, elle va varier. En effet, le travail via un service prestataire⁶⁸ semble mettre en évidence plus de risques de vulnérabilité pour les professionnels. Ce constat s'explique notamment par un nombre plus élevé de personnes aidées suivant ce mode d'activité

⁶⁸ Mode prestataire : l'aide à domicile est salariée d'une structure : l'établissement propose une prestation facturée aux personnes aidées, et rémunère ensuite le salarié

(8,3 personnes en moyenne par semaine), comparativement à l'emploi direct⁶⁹ (3,1 personnes en moyenne). Un indicateur de pénibilité créé pour l'occasion mettait en évidence que cette pénibilité est deux fois plus importante dans le service prestataire (vs emploi direct). Cet indicateur permet de dresser des profils suivant la manière dont est ressentie cette pénibilité. Ainsi, d'après les conclusions de l'étude de la DREES en 2008, la proportion de pénibilité ressentie élevée diminue avec l'âge, mais augmente avec l'ancienneté. Il apparaît donc bien que ce soit le travail qui fatigue et non le seul vieillissement du corps du professionnel (qui ne suffirait donc pas à expliquer la pénibilité ressentie).

La pénibilité ressentie est également plus élevée chez les femmes (35%, contre 13,8% chez les hommes). Les aides à domicile du prestataire sont les plus vulnérables, et les plus formés sont également ceux qui font part d'une pénibilité ressentie plus élevée (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012).

Deux interprétations sont possibles : soit les fonctions des catégories B et C sont plus « pesantes », soit la qualification ne suffit pas à préserver le salarié. Pourtant, il semblerait que le DEAVS constitue un modérateur (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). Derrière les « plus diplômés », il faut peut-être alors entendre ceux disposant d'une formation supérieure qui laisserait à penser que le niveau du salarié et son activité ne sont pas conformes, ce qui peut engendrer une frustration.

De même, l'étude de la DREES en 2008 rapporte les contraintes perçues comme très pénibles par les salariés et se caractérisent par : l'effort physique du travail, la problématique de l'accompagnement de personnes en fin de vie, ainsi que l'environnement dans lequel ils interviennent (suivant l'hygiène des lieux par exemple). Toutefois, une minorité des salariés (46%) considèrent la position debout comme pénible ! Un élément lié au physique distant du ressenti de pénibilité ?

4.2. Les conditions de travail

4.2.1. Le temps de travail

L'article 2 du titre V de la CC-BAD portant sur la durée et l'organisation du temps de travail définit le temps de travail effectif comme celui « pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles ». Cela inclut donc en plus des temps d'intervention chez les bénéficiaires (non exhaustivement) les temps d'expression, de concertation, les temps de trajets (les déplacements font partie intégrante de l'exercice des personnels d'intervention), ou encore de formation.

Une dérogation existe quant à ce qui touche aux interruptions autorisées de temps de travail pour les personnels à temps partiel. Ainsi, le nombre de possibilités d'interruption du temps de travail est porté à

⁶⁹ Emploi direct : la personne aidée est l'employeur direct de l'aide à domicile, et en assure jusqu'aux formalités administratives

trois sur une même journée, sans que la durée totale de ces interruptions ne puisse dépasser 5 heures (Article 12, Titre V, CC-BAD). Les personnels peuvent également être amenés à travailler de nuit, les dimanches et jours fériés, et assurer des astreintes (Articles 17, 22 et 26, Titre V, CC-BAD).

Concernant l'aménagement du temps de travail (Chapitre 3, Titre V, CC-BAD), des règles d'information du personnel sont précisés comme la notification au personnel de leur planning mensuel, au moins 7 jours avant le premier jour de celui-ci. Ceci concourant à la conciliation de la vie professionnelle et familiale. Toutefois, cette règle peut être révisée dans les cas suivants : remplacement d'un collègue dont l'absence n'était pas prévue, besoin immédiat d'intervention auprès d'un enfant ou d'une personne dépendante due à l'absence non prévisible de l'aidant habituel, retour d'hospitalisation non prévu, aggravation subite de l'état de santé d'une personne aidée.

Alors que nous venons de faire état des difficultés à recruter le personnel dans les structures et des taux d'absentéisme et de turn-over significatifs, il apparaît que le risque soit grand pour l'aide à domicile de voir ses planning régulièrement modifiés, réduisant le respect de l'organisation et/ou la planification de son temps personnel. Or la possibilité de conciliation des vies personnelles et professionnelles constituent des variables du bien-être des individus (Tremblay, 2012). Ce manque de possibilité de projection du planning de travail présente donc le risque de contraindre les salariés dans la réalisation d'activités extra-professionnelles, a priori nécessaire à une forme d'épanouissement personnel ; et constitue à notre sens un caractère de pénibilité du métier.

Les caractéristiques de la pénibilité peuvent aussi s'expliquer par des horaires atypiques, et des journées de fortes amplitudes, présentant souvent des « trous ». L'analyse des données de l'enquête de la DREES en 2008 apporte également des éclairages sur les aspects temporels liés au métier, entre temps de travail et conciliation avec la vie privée (Devetter & Barrois, 2012). Nombre de prestations sont liées à la temporalité souvent rigide (levers, repas, couchers) expliquant les contraintes fortes pesant sur les emplois du temps. De plus, 40,5 % des salariés du prestataire disent que les horaires de leur métier perturbent leur vie familiale (19% emploi direct, 38% mandataire). Les emplois à domicile se caractérisent par l'« éclatement de l'espace et du temps de travail » (Angeloff, 2000⁷⁰ ; cité par Devetter et Barrois (2012)). Un tiers des aides à domicile déclarent ainsi avoir des horaires variables d'une semaine sur l'autre et 38% des journées de référence sont fragmentées et autant déclarent souhaiter travailler plus. Réaliser un temps plein semble être un facteur de vulnérabilité car nécessite des journées d'amplitudes très élevées, notamment du fait des temps de déplacement pas toujours payés. Cette étude considère qu'un temps plein chez une aide à domicile correspond à 25h hebdomadaire d'intervention, si l'on se réfère à un temps de référence de 35h.

⁷⁰ Angeloff T. (2000), Le temps partiel : un marché de dupes ?, Syros, Paris.

4.2.2. Les charges physiques

Les charges physiques se traduisent entre autres par la difficulté de l'exercice du ménage (position debout, bras levés, gestes répétitifs, déplacement d'objets) et du port de charges lourdes (transfert de personnes dépendantes). Les soignants en institution sont également soumis au port de « charges lourdes » (les personnes en situation de handicap, avec qui tout le poids du corps est à prendre en charge) et les espaces ne sont pas toujours adaptés pour permettre au professionnel d'effectuer les gestes de la façon la plus adaptée pour son propre corps (Amyot, 2008). A quoi s'attendre alors au domicile d'une personne aidée par l'auxiliaire de vie, si les institutions qui bénéficient de référentiels et d'architectes pour penser les territoires et l'ergonomie ne sont déjà pas adaptées ?

L'étude menée sur la santé de ces professionnels par la DREES en 2008 indique les problématiques physiques suivantes : 81% ressentent des douleurs dans le dos, 57% au niveau des membres supérieurs et 39% au niveau des membres inférieurs. Dans cette étude, 45% déclaraient par ailleurs avoir connu au moins un arrêt de travail au cours des 12 derniers mois (contre 17% dans le mode d'emploi direct ou 33% dans le mode mandataire⁷¹). Toutefois, d'après l'étude de la DREES, « *seulement 8% des arrêts de travail sont dus à des accidents du travail ou des maladies professionnelles. La grande partie est attribuée à des maladies non professionnelles, et à la fatigue ou à d'autres raisons* » (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012, p. 27). La fatigue et ces « autres raisons » mériteraient d'être sondées puisque non relatives à ce qui semble être étudié du point de vue des contraintes physiques dues strictement au travail, et donc aux critères de pénibilité travaillés dans cette étude (pénibilité liée à la nature du travail, à l'environnement de travail, à l'état de santé de la personne aidée).

4.2.3. Les travailleurs séniors

Les personnels avançant en âge apparaissent par ailleurs constituer des collaborateurs vulnérables au point qu'une partie spécifique leur est consacrée dans la convention collective BAD (Titre X présentant les « dispositions spécifiques à la non-discrimination par l'âge et l'emploi des seniors »). Ainsi, ces personnels bénéficient donc d'une surveillance plus accrue de leur santé (une visite médicale chaque année pour les plus de 55 ans, contre une visite bisannuelle pour les autres), témoignant des effets de la pénibilité du travail. Et pourtant, on a vu que c'est l'ancienneté qui pèse sur la pénibilité ressentie et non l'âge.

⁷¹ Mode mandataire : une structure est en soutien administratif, pour autant la personne aidée est l'employeur et rémunère directement le professionnel

4.2.4. Les difficultés relationnelles

Les aides à domicile valorisent d'abord la relation et l'utilité de leur travail (Loones & Jeunneau, 2012). Cet aspect relationnel vient justifier leur métier, au-delà de l'aspect ménage domestique (Valléry & Leduc, 2010). Cela s'apparenterait au sens que donne l'aide à domicile à son métier. En conséquence, une absence de reconnaissance et du sentiment d'utilité conduira à une souffrance au travail. Dans tous les cas, cette dimension relationnelle est importante voire essentielle. Dans le prestataire, seuls 54% des aides à domicile affichent entretenir des relations conviviales avec les bénéficiaires, contre 71% en emploi direct et 59% en mandataire, ce qui est traduit comme la résultante d'un encouragement des structures à ne pas s'attacher aux personnes (Loones & Jeunneau, 2012). Une autre explication pourrait davantage relever du fait que dans le prestataire, les professionnels sont amenés à des rotations plus fréquentes, réduisant un attachement. Ce chiffre peut laisser à penser que cette convivialité pour moitié absente peut constituer un facteur de souffrance alors que l'action sociale résulte bien souvent d'une essence vocationnelle valorisant la qualité de la relation au bénéficiaire.

Par ailleurs, en moyenne, 2 salariés sur 5 ont déjà été victimes de violences verbales et 13% de violences physiques. Les salariés en mode prestataire étant les plus nombreux à y être exposés (2 fois plus qu'en emploi direct). Ceci constituant des facteurs de risques pour ces professionnels d'être soumis à des problématiques psychosociales, au-delà des affections physiques relatives au métier.

Les risques professionnels sont identifiés au travers des contraintes physiques et émotionnelles qu'induisent les métiers. Les métiers les plus exposés à l'épuisement professionnel sont les fonctions qui se caractérisent par un niveau élevé de contact relationnel, tel que les infirmières (Fuhrer, Moisson, & Cucchi, 2011). Les contraintes à la fois physiques et émotionnelles contribueraient donc à expliquer le nombre d'arrêts maladie élevé dans le secteur d'activité.

4.2.5. Les plaintes

De grands axes de vulnérabilité se profilent donc déjà au travers d'une pénibilité physique (ménage, port de charge, ancienneté des séniors) et psychique (temps, relation, ancienneté). Les employées domestiques rencontrées par Moré (2014) se sont plaintes à elle de fatigue physique et psychologique du fait de leur travail auprès de personnes âgées. La différence entre un aide à domicile et un employé à demeure est toutefois que l'aide à domicile intervient par temps défini et limité, et pas seulement auprès d'une seule et même personne qui par ailleurs est son employeur. Ce qui pourrait constituer un atout pour l'employé du prestataire, en cela que la relation n'est pas perpétuelle, alors que l'inverse pourrait logiquement poser problème, car quand on intervient auprès d'une personne unique, on ne peut se changer les idées ou (re)valoriser son estime de soi chez le prochain. Le risque serait plus grand alors de perdre son emploi-unique, là où l'employé en prestataire intervient dans diverses maisons et est annualisé.

4.3. Les principaux facteurs de risques du métier d'aide à domicile

Les principaux risques associés au métier sont identifiés dans le tableau à suivre (tableau 3). Ce sont sur les risques psychiques que nous portons notre attention, ces derniers n'étant pas ceux associés à des maladies professionnelles, alors que ces dernières n'expliquent que 8% des arrêts (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). Les motifs relationnels et organisationnels sont donc prégnants dans le quotidien des aides à domicile qui peuvent être fragilisés d'intervenir seuls dans un domicile inconnu, territoire par définition étranger.

Nature des risques	Facteurs de risques	Risques associés
Risques liés aux activités professionnelles	Agents chimiques dangereux y compris les poussières et les fumées	Intoxication, brûlure
	Manutentions manuelles de charges	Problèmes dorsaux, TMS
	Travail en hauteur	Chutes
	Risques biologiques et infectieux	Contamination
	Risques de violence physique	Coups, morsures, blessures
	Postures pénibles	Problèmes articulaires
	Utilisation de matériels défectueux ou dangereux	Brûlure, électrocution, coupure
Risques psycho-sociaux	Solitude de l'intervenant	Mal-être, stress, complications métaboliques (problèmes cardio-vasculaires, ulcère...), burn-out
	Attachement affectif aux personnes aidées	
	Confrontation à la misère économique ou sociale des personnes	
	Confrontation à la détérioration physique, à la souffrance et à la mort	
	Confrontation à la détérioration intellectuelle	
	Confrontation à la violence verbale ou physique	
Risques sectoriels spécifiques	Harcèlement moral et sexuel	
	Multiplication des trajets courts	Accident de la route, chute de plain-pied
	Augmentation des exigences et des attentes vis-à-vis de la prestation fournie en lien avec la concurrence et le coût du service	Pression voire agressivité du bénéficiaire ou de sa famille
	Tâches nombreuses et variées effectuées en un temps court, durée de travail variable selon les semaines, selon les jours, travail le week-end	Pression voire agressivité de l'intervenant
	Confrontation à de nouvelles pathologies, des cas lourds	
Moyens matériels insuffisants et inadaptés pour le travail, manque d'effectif	Usure professionnelle accélérée	

Tableau 3 : Risques professionnels dans l'aide à domicile⁷²

⁷² D'après le tableau des principaux facteurs de risques par catégorie de métier et nature de risque (Bertrand, Larue, Monzanga, & Negre, 2013, pp. 100-101)

4.4. L'aide à domicile ou l'étrangère intimité

Djaoui (2014) définit quatre statuts du domicile – alors que l'espace domestique se sacralise – que sont : (1) un simple substitut où le professionnel intervient au domicile par défaut (ex : l'assistant de service social qui rencontre la personne en incapacité de se déplacer), (2) un lien d'intervention pour aider une personne à réaliser les tâches quotidiennes (où œuvrent donc entre autres les aides à domicile), (3) une cible d'intervention (exemple : en vue de l'amélioration de l'habitat), et (4) un objet médiat, dans un objectif plus étendu que l'intervention en elle-même, comme viser l'épanouissement d'une personne.

Le domicile relève d'un symbole de l'intimité pour la personne qui y réside et qui s'y maintient. Accueillir un étranger qui y effectuerait les tâches initialement réalisées par les maîtres de la maison, semble constituer un danger pour la personne aidée de se voir retirer la maîtrise de son espace et de l'organisation qu'elle s'y est construite depuis de longues années. Au risque de s'en sentir dépossédé ?

Le risque existe également pour l'aide à domicile, en incarnant l'étranger révélateur de faiblesse, de devenir la cible d'agression naissant de la frustration et/ou de la peur de cette intrusion, d'autant si elle n'est pas désirée. Pensons également que l'aide à domicile, opérant à l'extérieur, au domicile de l'autre peut en être vulnérabilisé, n'ayant pas là de carapace propre ou au moins neutre, à l'image des murs d'une entreprise qui n'appartiennent soit à personne, soit à tous les membres y exerçant, facilitant une forme d'équilibre des rapports. Exercer comme dans le bureau de celui qui dirige mon travail ou (au moins) oriente mes actions apparaîtrait plus sensible de par la pression des rapports hiérarchiques et de pouvoirs s'y exerçant, pouvant de fait conduire à des relations asymétriques, voire être source de tension et de conflit, ce qui constitue là la prévision d'un contexte où peut naître une relation de complicité autant que des rapports conflictuels où chacun doit trouver sa place et un territoire.

5. Conclusion du Chapitre 2

La présentation du secteur et du métier de l'aide à domicile a permis de mettre à jour un certain nombre de questionnements et/ou de risques contraignant certainement la santé des aides à domicile, dont nous avons présenté dans le premier chapitre que l'impact de leur propre santé pourrait impacter fortement l'accompagnement et la relation d'aide dans lesquels les professionnels s'engagent auprès des personnes âgées, du fait de leur proximité et leur place dans l'environnement écologique de ces dernières.

Plusieurs éléments ressortent pour caractériser un profil de vulnérabilité chez l'aide à domicile. Les problématiques liées aux conditions de travail d'abord, dans un contexte où le CHSCT ne peut exercer ses missions puisque l'environnement de travail (la maison du bénéficiaire) ne leur est pas accessible.

Ces métiers sont associés à des indicateurs alarmants qui s'expriment par un absentéisme et un turnover importants, de même qu'un manque d'attractivité du métier qui rend difficile le recrutement des équipes,

dans un contexte où le nombre d'aides à domicile doit s'accroître de manière très significative pour répondre aux besoins liés au vieillissement des populations et de la dépendance. Le caractère précaire (travail à temps partiel, rémunération faible) de ces métiers en termes de contractualisation conduirait à fragiliser l'individu qui l'exerce. Le manque d'attractivité flirte avec les effets d'un métier qui peine à s'extraire d'une image défavorable (Ennuyer, 2003; Dussuet, 2005; Molinier, 2013), dont les origines de la fonction appellent à une représentation que l'aide à domicile ne disposerait pas de compétences spécifiques, mais mettrait davantage en œuvre des qualités personnelles, féminines, charitables. Les politiques de formation ont conduit au développement de l'accès à la formation et au diplôme. Pour autant, les politiques d'emploi ont contribué à maintenir une image d'un métier à la portée de tous.

La qualification et la caractérisation des métiers nous laissent à penser qu'en fait l'aide à domicile correspond soit à trois métiers différents (entre agent, employé et AVS), soit à un même métier et trois manières de le réaliser. Ce qui n'est pas sans laisser présager de frustration et de risques de souffrance pour ces professionnels dont l'absentéisme n'est expliqué qu'à hauteur de 8% par les maladies professionnelles et les accidents du travail (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012), ce qui révèle bien que d'autres facteurs que la pénibilité physique du métier entrent en jeu.

Outre le manque de reconnaissance généralisable donc, chaque métier pourrait présenter des typologies de risques spécifiques. Pour les agents à domicile, le manque de marge de manœuvre et le caractère purement pratique de leur fonction pourrait entraîner une frustration de ne pas exercer de missions d'aide à la personne. Egalement, l'absence de formation et les frontières floues de l'intervention auprès de la dépendance, pourraient conduire à les mettre en difficulté si les agents à domicile sont amenés à intervenir, même ponctuellement, auprès de personnes présentant des dépendances dont le professionnel ne perçoit pas forcément les effets sur les comportements, tel que le comportement d'agressivité chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer.

Les employés à domicile, riches de leur liste élargie de qualifications pourrait ne pas bénéficier des connaissances adéquates à l'intervention auprès des personnes âgées, et pour autant être habilités à en assurer un accompagnement. Nous nous interrogeons entre autres sur les employés à domicile titulaires d'un CAP ETC acquis avant 2004, et qui nous laisse à penser qu'une orientation tournée vers la collectivité ne répondrait pas aux connaissances nécessaires à la relation d'aide et l'accompagnement au domicile, qui ne bénéficie pas du même cadre d'exercice que l'institution où l'on exerce au sein d'une équipe dont les professionnels du domicile ne semblent pas coutumier.

Enfin, les auxiliaires de vie présentent le risque d'un épuisement relatif à leur métier dont les responsabilités apparaissent plus attendues, alors que ces professionnels sont spécialisés dans l'intervention auprès de publics très dépendants, voire en fin de vie. De même, les AVS sont plus âgés et plus anciens dans le métier (conséquences de multiples VAE mises en œuvre auprès de professionnels en poste depuis une quinzaine d'années). Or, les enquêtes sectorielles récentes indiquent des éléments contradictoires sur le niveau de formation (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). La pénibilité ressentie

au travail est plus importante chez les plus formés, et en même temps, le DEAVS préviendrait la pénibilité que ces professionnels déclarent ressentir de manière plus importante que les autres. Cette question de la qualification pourrait alors indiquer trois possibilités. Soit le travail des AVS est plus lourd (relation à la dépendance et la fin de vie, transfert de personnes dépendantes, etc.), soit la formation ne répond pas aux exigences de l'emploi, soit certains professionnels disposent d'une formation supérieure à leur emploi actuel qui pourrait générer une frustration dont les effets se ressentent à suivre sur le corps et la psyché. Nous ne remettons pas en cause la formation du DEAVS dont le référentiel apparaît suffisamment riche pour faire face aux contraintes du métier. Toutefois, il pourrait exister des différences entre l'AVS qui a obtenu son diplôme par VAE et celui qui a réalisé la formation, et donc engagé un processus réflexif sur son travail, en interaction avec ses pairs apprentis. Ce que les travaux récents sur la formation indiquent comme plus favorable pour développer des compétences. La façon dont le salarié est qualifié pourrait donc impacter sur son propre vécu des situations de travail et donc sa santé, plutôt envisagée dans sa dimension psychologique.

Par ailleurs, les professionnels exerçant en prestataire sont plus vulnérables et présentent plus de risques de souffrance psychologique et d'épisodes de stress (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). Cela interpelle alors que le fait d'appartenir à une Organisation, comparativement à une relation d'emploi direct par le bénéficiaire, leur donne accès à des avantages multiples : un accès facilité à la formation professionnelle continue, une annualisation des salaires qui réduit les effets de la précarité, l'appartenance à un collectif. L'explication pourrait résider alors dans une souffrance consécutive d'une activité du travail qui fatigue à la longue (la pénibilité ressentie diminue certes avec l'âge mais augmente avec l'ancienneté), d'autant que les salariés en prestataire interviennent auprès de davantage de bénéficiaires, et ce dans des relations moindres de convivialité, présageant donc d'une qualité relationnelle vécue comme moyenne ou insuffisante par les aides à domicile. La nature des relations à l'utilisateur dans le prestataire pourrait ainsi expliquer une pénibilité perçue supérieure. Nous interrogeons malgré tout le rôle et la place du collectif dans ce contexte, du fait des apports positifs du soutien social sur la santé d'après les théories de la santé au travail. Ceci afin d'identifier si des éléments organisationnels renforcent la pénibilité ou si c'est le collectif qui est sans effet. Ainsi, la situation d'isolement révélée par les enquêtes de la DREES présagent également d'une difficulté à faire face pour ces professionnels (Loones & Jeunneau, 2012), alors que nous verrons que le soutien social constitue une stratégie de faire face au stress et un modérateur de la dyade environnement de travail-santé. Le temps des rencontres n'apparaîtrait donc pas plus efficace toutefois puisque ces rencontres formelles n'existent que dans le prestataire et pourtant c'est ce secteur qui révèle les chiffres les plus sensibles en termes de santé perçue au travail. Donc, soit les rencontres formelles sont insuffisantes en termes de fréquence pour faire effet, soit la qualité et les objectifs de ces dernières sont inadaptés.

De même, un autre point de vigilance peut résider dans le rapport au temps dans le métier (Devetter & Barrois, 2012), alors que les journées de travail peuvent être d'une amplitude très élevée (mais avec

jusqu'à deux interruptions entre la première intervention et la dernière), et qu'un temps complet ne durerait pas 35H mais davantage puisque les temps de route existent même s'ils ne sont pas comptabilisés au réel. De même, le risque de l'absentéisme et du turnover important dans le secteur résulte également de ses conséquences sur les équipes en place, qui peuvent être sollicitées pour des remplacements complémentaires à leur charge de travail. De même, les horaires atypiques contraignent la conciliation de la vie professionnelle et privée, hors celle-ci agit sur le bien-être des individus (Tremblay & Villeneuve, 1997; Tremblay, 2012). Le rapport au temps dans le métier serait donc une composante centrale des aides à domicile, au planning millimétré d'un travail de *care* fragmenté, voire morcelé.

Ainsi, le secteur, les missions et les conditions d'exercice des aides à domicile apparaissent sensibles, voire présentant un caractère de vulnérabilité. Pour autant, il est aisément accessible à notre pensée que les difficultés du métier peuvent avoir des effets délétères sur le professionnel, par exemple en termes d'usure physique, mais aussi psychosociale. Or, il nous apparaît dans le même temps qu'une mission (« réussie ») d'accompagnement (en « qualité »...) nécessite des ressources individuelles de l'aidant qui peuvent être contraintes d'une perception réduite de leur état de santé (voire de bien-être au sens de l'OMS), et qui justifie par la même que les Organisations œuvrent à réduire les risques et accompagner les dysfonctionnements. C'est pourquoi, nous procéderons dans un prochain chapitre à une présentation de modèles de santé au travail qui permettraient d'analyser au mieux la situation des aides à domicile, grâce à une identification des agents et conséquences de leur travail sur leur santé, nécessaires à la conception et la mise en place de dispositifs de management (en santé) de ces salariés.

Toutefois, au préalable, nous faisons le choix de nous attarder un moment sur le concept d'accompagnement, parce qu'il nous semble que pour saisir la puissance des enjeux de penser l'accompagnement des aidants comme un moyen indirect d'accompagner les aidés, il est nécessaire de comprendre ce que sous-tend cette mission d'accompagnement, au travers de l'analyse de l'évolution du concept dans différentes disciplines, comme la politique, la justice et les sciences humaines et sociales. Une telle approche transversale et interdisciplinaire des phénomènes est favorable à la définition d'une réalité, en psychologie (Roselli, 2014).

Cela permettra de donner des éléments de réponse à notre dernier point de questionnement du présent chapitre, complémentaire au manque de reconnaissance au travail, mais ouvrant sur le sens du travail, et qui porte sur la valorisation du travail de *care* exercé par les aides à domicile. Dans un contexte social où le perfectionnisme est socialement prescrit, la pression pourrait être lourde à porter par les aides à domicile ne parvenant ou ne percevant pas parvenir à exécuter leur métier, dans une relation d'aide valorisée et une expression de l'utilité de leur métier, qui prend essence dans l'aide de son prochain, son « accompagnement social », cette mission que seuls les AVS se voient reconnus dans la convention collective.

Chapitre 3 : *Care*, éthique et développement écologique humain

Depuis une trentaine d'années le concept de *care* a fait son apparition, notamment avec les ouvrages de Gilligan et Tronto. Le livre de Gilligan, sorti au moment de la seconde vague du féminisme aux Etats-Unis est à l'origine de nombreux débats et recherches sur la question d'un *care*, qu'il ne faudrait pas réduire à une question de genre. « *In a different voice* », sorti en 1982, sera rapidement édité en français (1986), traduit aujourd'hui par « une voix différente, pour une politique du *care* ».

Il en résulte divers apports portant notamment sur le concept de *care* en lui-même, son ancrage éthique et politique, et sa pratique, en tant que nouvelle approche du soin, traduit par « *cure* » dans la langue anglo-saxonne. Le concept de « *care* » est apparu élargir la question du soin au sens strict, pour intégrer tous les éléments périphériques à une relation d'aide, pas forcément exclusivement ou uniquement réduite à la mise en œuvre de protocoles médicaux. Le *care* peut donc être entendu comme une attention, un souci, une importance que l'on porte à un autre, et le *cure* comme une pratique du *care* au sens du soin.

Les aides à domicile font partie des pourvoyeurs de *care*, tout comme les infirmières, les aides-soignants ou autres travailleurs sociaux (Laugier & Paperman, 2008), c'est pourquoi nous présentons à suivre ce que recouvrent ce concept et les pratiques associées, ainsi que ce qui pourrait contrarier les professionnels dans leur rapport à leur santé, alors intégrés dans ce monde du *care*, parfois traduit comme le « souci des autres ». La population des aides à domicile semble présenter un risque accru de vulnérabilité au sein de ce groupe de *caregivers*, alors que leur métier est d'autant plus dévalorisé, comparativement aux autres métiers présentés, et dont la vulnérabilité au travail a déjà fait l'objet de nombreuses études (notamment sur les infirmières, qui ont au moins le bénéfice d'une attention toute particulière parmi les pourvoyeurs de *care*, ayant peut-être au moins profité des images positives associées à leur fonction).

Ces questions de « *care* » soulèvent un certain nombre de questions éthiques (complexes à appréhender pour les pourvoyeurs), voire morales qui à notre sens intègrent l'environnement de la personne, qu'elle soit la personne âgée, aidée et/ou le professionnel qui apporte le « *care* ».

En ce sens, le *care* et son éthique agiraient selon nous comme éléments du développement écologique de la personne et auraient un effet sur les professionnels qui le pratiquent. Nous questionnons lequel au travers de cette revue théorique, qui, loin d'être exhaustive, repose essentiellement sur les auteurs à l'origine des débats, comme Carol Gilligan et Joan Tronto, ainsi que sur des chercheurs contemporains ayant opérationnalisé ces réflexions en interaction avec les terrains du *care* (l'éducation, la santé, l'insertion, etc.), à l'image entre autres des francophones Paperman, Laugier et Molinier.

Les définitions du « *care* », des acteurs, valeurs et environnements associés, nous amènent à postuler qu'une tension est générée chez les professionnels du *care* alors que bercés et animés par le souci des autres, ces professionnels présenteraient le risque de minorer l'attention qu'ils se portent à eux-mêmes,

même si de l'avis de Tronto (Tronto, 2009a), nous sommes tous récipiendaires du *care*, dont la prise de conscience est impérative à une politisation du « *care* » d'après son ouvrage sorti en 1993 sous le titre de « *moral boundaries, a political argument of an ethic of care* », puis traduit en français en 2009.

Nous intégrons enfin à ce chapitre un parallèle entre « *care* » et accompagnement, dont nous postulons que le second constitue une opérationnalisation du premier.

1. Définitions du *care*

« *I don't care, en français, cela peut se traduire littéralement par : « je m'en fiche » » (Molinier, Le travail du care, 2013, p. 65). Il apparaît alors d'emblée plus désirable socialement de s'engager dans un comportement de *care*, où l'on porte attention à, on se soucie de.*

Le *care* regroupe les activités de soins, l'ensemble des activités domestiques (ménage, garde des enfants) et « *plus largement, le travail de care désigne aussi une dimension morale qui peut être sollicitée dans toutes les activités de service, au sens où servir, c'est prêter attention à.* » (Molinier, 2013, p. 99).

Pour Molinier, Laugier et Paperman (2009), le *care* représente ce qui compte pour nous, qui est important. Dans cette définition très large qui laisse entrevoir à la fois la notion de responsabilité et de sentiments, l'individu porterait le concept même de *care* en lui, en en faisant également une disposition (Raïd, 2009). Tronto (2009b) étend la définition d'un *care* qui reposerait sur cette caractéristique individuelle à une série d'expériences et d'activités qui ont pour but d'apporter une réponse concrète aux besoins des autres, que cela ait traits à l'éducation, au soin, au travail domestique. Cela montre bien que le *care* recouvre bien plus que les seules activités de soin, médicalisées (Laugier, 2009). En cela, le *care* peut être exercé à la fois chez soi et en institution (Tronto, 2009b).

La question du sentimentalisme est soulevée par plusieurs comme problématique, car elle ne peut s'y réduire, à l'image de la définition de Cancian & Al. (2000)⁷³, citée par Tronto illustrant le « *travail de l'amour* » (2009b, p. 36) : « *la définition du care avec laquelle je travaille est : une combinaison de sentiments d'affection et de responsabilité, accompagnés d'actions qui subviennent aux besoins ou au bien-être d'un individu dans une interaction en face à face* ». Worms (2010)⁷⁴ a quant à lui défini le *care* comme « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même* » (cité par Trémine (2014, p. 3)). La question de l'égard est traduite également comme un investissement personnel, ou une caractéristique singulière, Trémine (2014) parlant d'une dimension dispositionnelle.

⁷³ Cancian, F.M. & Oliner S. J. (2000). *Caring and gender*, Thousand Oaks, Pine forge press.

⁷⁴ Worms F. (2010). *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?* Paris. PUF.

La question de la sollicitude, une des traductions françaises possible du *care* en est sous-jacente, à l'image de la définition du *care* proposée par Mozère : « *Il s'agit de se soucier des aspirations non satisfaites, de se charger de répondre de manière responsable aux attentes détectées, d'accorder des soins, du care à travers une activité pratique spécifique, enfin se soucier, de manière adéquate de l'autre suppose que ce souci convienne à cet autre (ou à cet objet).* » (2004, p. 5). L'auteur intègre par la même une relation dynamique entre celui qui porte attention et la personne qui le reçoit, la personne aidée n'étant alors pas passive de la pratique du *care*. Se lit également la notion de pratique (considération complémentaire de la composante dispositionnelle) comme évoqué entre autres par Raïd (2009). Le *care* nécessite alors un investissement réfléchi et non automatique, ou qui ne serait que naturel. Ainsi, un travail de *care* effectué correctement implique tout autant des aspects intellectuels, physiques et émotionnels (Nakano Glenn, 2009). Le *care* au-delà d'une disposition, d'une pratique, en devient alors une activité et donc un travail, qui repose sur une pratique élaborée et construite pour répondre à la situation et aux acteurs en jeu (Laugier & Paperman, 2008).

Le travail de *care* reposerait sur un *care* à la fois émotionnel et de service, dont les origines les associent aux femmes, de classes plutôt défavorisées, peu ou pas qualifiées, au travers de la réalisation de tâches domestiques, peu reconnues (Paperman, 2009). Portrait peu attractif qui traduit pourtant un profil souvent retrouvé sur le terrain dans le secteur du domicile. Pour autant, l'auteure soutient le besoin de « *désentimentaliser le care* » pour en reconnaître l'engagement des pourvoyeurs professionnels (le *care* n'étant pas cantonné à la sphère privée et donc aux proches) qui exercent ces fonctions malgré les rémunérations basses et les représentations peu flatteuses des métiers : « *Ce qui compte et ce qui importe n'est pas compréhensible comme le résultat de préférence, de valeurs ou d'attachements sentimentaux, mais comme le résultat d'engagements dans le monde social, engagements certes assignés mais qui donnent prise sur une autre version de la « réalité », ou sur un monde autrement commun. Sinon, on aurait du mal à comprendre pourquoi les travailleuses du care assignées à des tâches dévalorisées et mal payées tiennent leur travail pour important et digne d'estime.* » (en référence aux positions de Tronto (Paperman, 2009, pp. 103-104)). Pour l'auteur, les sentiments font certes partie du *care*, mais davantage en tant que « *cadre de compréhension des relations* » (Paperman, 2013, p. 33) qu'il implique. La nouvelle dimension ici s'engage dans un investissement de l'individu dans une sphère sociale qui implique un engagement, une pratique, voire un don de soi ?

Les dimensions du *care* sont donc multiples, les traductions françaises également, ce qui peut parfois complexifier l'approche que l'on a de ce concept venu des Etats-Unis. Laugier en fait l'inventaire suivant : « *La notion de care est indissociable de tout un agrégat de termes qui constitue un jeu de langage du particulier : attention, souci, importance, signifiante, compter* » (2009, p. 174). D'autres auteurs évoquent également la sollicitude et le soin, ce que ne partagent pas Laugier et Paperman (2008) qui identifient un risque à ce que le *care* soit alors réduit soit à du sentimentalisme, soit à des conceptions médicales. Or, la traduction de 2009 faite de l'ouvrage de Tronto (1993), reprend bien le terme de sollicitude comme permettant de mettre en évidence une forme d'engagement tourné vers l'autre au travers d'une action où

« *se soucier implique davantage qu'une simple envie ou un intérêt passager, mais bien plutôt l'acquiescement à une forme de prise en charge.* » (Tronto, 2009a, p. 143). Avril (2008) a ainsi décelé l'existence d'une « norme de sollicitude » chez les aides à domicile intervenant auprès de personnes âgées, dont certains y adhèrent et considèrent les comportements associés comme positifs, preuve du fait d'aimer son métier et les individus.

Finalement, il résulte que si Molinier et ses collègues (2009) ont rejeté le sens de sollicitude pour traduire le *care*, c'est que ce terme se détache d'une dimension des relations qui se veulent organisées, ainsi que d'une application au travers d'un travail. La volonté apparaît alors d'appréhender le *care* comme un processus actif, où chacun (pourvoyeur comme bénéficiaire) doit pouvoir développer son « *empowerment* », sa capacité d'agir.

Aujourd'hui, la définition retenue ou au moins citée par nombre de chercheurs travaillant sur le concept de *care* est celle de Fischer et Tronto (1990), qui a le mérite de poser un cadre élargi du *care*, dans une approche plutôt systémique qui intègre à la fois le but et l'objet du *care* et l'environnement interactionnel dans lequel il s'inscrit : « *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 et réparer notre « monde », de 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.* », cité par Tronto (2009a, p13 et 143) qui étaye cette définition avec différentes caractéristiques du *care*, à savoir que les relations associées ne se limitent pas aux interactions humaines mais s'étendent à des objets et à l'environnement, et que le *care* peut autant décrire une activité qu'un processus, et représenter une disposition et une pratique.

Enfin, ces activités s'intègrent à un environnement dont la culture, les représentations et les valeurs le définissant modifient la pratique et le concept de *care*. En cela, le *care* ne serait réductible à des relations interindividuelles, mais doit être étendu à des fonctions politiques et sociales, ce qui a ouvert au discours sur une éthique et une démocratie du *care* présenté dans les points suivants, avec l'idée que, dans une société du *care*, « *ce qui fonde l'action est la saisie des préoccupations et des besoins des autres* » (Tronto, 2009a, p. 143). Pour Trémine (2014), l'accompagnement doit reposer sur une démarche collective pour que la sollicitude n'en devienne pas aléatoire. Cette dimension collective peut trouver rapprochement dans les mouvements ayant conduit à une approche démocratique et politique du *care* (Tronto, 1993). La question de la solidarité renvoie à une valorisation altruiste de l'action, plaçant alors la pratique du *care* dans le « bien », au moins pour les acteurs sociaux qui basent leur pratique et identifient leur métier au travers d'un certain nombre de valeurs fondatrices que nous présenterons dans ce chapitre.

Il en résulte que si l'on prône un accompagnement adapté et de qualité, on doit pouvoir rendre acteur et participatif des processus de *care* chacun des acteurs en présence, y compris les pourvoyeurs qui en sont pour autant souvent exclus en tant que sujet, notamment les aides à domicile (Avril, 2007). Ainsi, considérer l'environnement des aides à domicile (eux-mêmes prenant part à l'environnement des

personnes âgées) donnerait forme au(x) cadre(s) dans le(s)quel(s) s'opère le *care* qui tirerait avantage qu'on le rende plus lisible, autant dans son essence que dans ses contradictions et sa complexité illustrées par Mozère : « *Le care concerne chaque humain et chaque corps non humain. Car il signe l'interdépendance de l'ensemble des corps. En d'autres termes, il s'agit de conserver et de rendre l'univers, ou les univers, vivables. Le care n'a que peu à voir avec le seul registre des émotions ou de l'empathie, certes mobilisées, mais bien davantage avec une tension entre proximité et distance, entre indifférence et nécessité. Autrement dit, il se déploie dans un entrelacs personnel et apersonnel où s'affirme une nécessité qui occupe une place centrale, mais aujourd'hui méconnue dans le monde.* » (2009, p. 7).

Ainsi, pour appréhender la « sphère du *care* », il s'agit au préalable d'en préciser les agents (contraints ?) et les acteurs, avant d'en questionner la nébuleuse.

Chauvier (2014) traduirait sûrement ces nébuleuses en « *fictions théoriques* », où les termes initialement savants, repris à moult reprises, en deviennent des signifiants vides qui en cherchant à donner sens à tout et son contraire, en deviendraient incapables, voire culpabilisants de (non)savoir. C'est effectivement là une difficulté que de militer ou aborder des sujets dont on ne peut donner exacte définition, du fait de traductions transformées, déformées, au fil du temps et des conjonctures, des auteurs, et qui rendent le concept finalement si... abstrait, contraignant sans doute son acception, et le sort de ceux dont le travail se rapporte à ces flous sémantiques.

2. Agents/acteurs du *care*

Nous avons défini à l'instant comment pouvait être caractérisé le *care*. Il est divers tout autant que ses acteurs, qui peuvent être tantôt les bénéficiaires ou les pourvoyeurs directs et indirects.

Au-delà du positionnement, il est à considérer que celui qui peut être appelé « *caregiver* », celui qui « donne » le soin et/ou l'attention peut l'être dans moult environnements. Bien sûr le contexte sanitaire et social apparaît le plus évident, mais l'acte de se soucier, d'œuvrer pour le bien d'autrui peut également trouver place dans l'éducation (enseignants et formateurs), ou tout ce qui pourrait relever des services, si tenté que l'objectif est un bien, un plaisir. Ainsi, cette jouissance que je ressens de la dégustation de ce plat ou de ce dessert est-il fait de *care* ? Peut-être, mais nous retiendrons toutefois ce qui relève de l'accompagnement d'une vulnérabilité ou d'un besoin de l'ordre de la construction individuelle (comme lors de l'accompagnement d'un parcours professionnel ou et formation par exemple), ou encore du maintien d'une forme d'intégrité. Nous pouvons alors ici penser également aux forces de l'ordre qui ont tantôt le rôle de nous protéger d'une attaque et encore plus souvent celui de prévenir le risque, bref, le même rôle que le médecin qui opère et qui vaccine.

Ainsi, le monde du *care* pourrait recouvrir de nombreux métiers. Nous y associons celui des aides à domicile, dans leur mission d'aide et d'accompagnement, qui participent par leur action, leur présence, à soulager la personne aidée des activités qu'elle n'est plus en capacité de faire seule, tel le ménage, pour l'activité la plus courante et (surtout) la plus visible.

Au regard des représentations des métiers (et d'autant ceux qui peuvent être associés au « *sale* » (Molinier, 2013; Ennuyer, 2003), il est pour autant évident que les acteurs ne sont pas égaux en terme de valorisation par le public. Mieux vaut être médecin qu'aide-soignant, et probablement, dans une hiérarchisation où le soin apparaît souverain, aide-soignant qu'aide à domicile, pour ne pas utiliser le terme certes officiellement obsolète mais pourtant encore bien présent dans les discours (y compris de certains responsables de services), d'« aide-ménagère ».

Ces acteurs ont un rôle de mise en œuvre pour certains, de décision et d'orientation pour d'autres. L'aide à domicile se placerait plutôt dans la première catégorie, du fait de sa fonction d'exécutant, et pour autant, nombreuses sont les interrogations qui nous viennent à l'esprit quant à l'impact de l'investissement des professionnels du *care* quant aux responsabilités. Est-il vrai de penser qu'un acteur du *care* puisse être mis au rang des exécutants d'une technicité ? Dénué de cette reconnaissance, il en deviendrait alors pour le moins un agent du *care*, ne lui laissant plus l'espace de réflexion que jugeaient les auteurs précédents pourtant nécessaire pour caractériser un *care* qui se veut un carrefour de la pratique et des questionnements.

Les autres acteurs de la relation de *care* sont également ceux qui décident à distance, comme les politiques, ou, moins éloignés, les responsables de structures, de collectivités. Enfin, les premiers peut-être, sont ceux sans qui l'acte de *care* n'existe pas, l'objet, le sujet, bref, la personne aidée, qui est toute personne qui est en situation de besoin conscient, inconscient, éclairé, exprimé ou tu.

Nakano Glenn (2009) s'est interrogée sur les personnes qui bénéficient de l'organisation actuelle du travail de *care*. Elle a identifié trois bénéficiaires que sont (1) le capital mondialisé, (2) la classe des hommes, qui exécute moins de travail de *care* mais en reçoit les bénéfices et (3) les femmes de classe supérieure, qui peuvent transférer des tâches qui relèveraient (selon elles) de leurs missions (nous renvoyant dans des répartitions genrées des actes du quotidien, que discuterait sans doute Tronto). Elle prône par ailleurs un rôle de la Recherche à œuvrer pour améliorer les conditions de vie des travailleuses du *care* en développant « *un langage et des concepts susceptibles de convaincre de la nécessité d'une compréhension sociale plus large du travail de care comme véritable travail et comme partie intégrante de l'économie politique* » ainsi qu'en participant à « *défaire les mythes qui maintiennent les travailleurs/ses du care dans la dépendance symbolique et les privent de leur liberté* » (Nakano Glenn, 2009, p. 131). Voilà un retournement de situation alors que le pourvoyeur du *care* est celui qui intervient auprès du vulnérable, de celui qui manque pour un temps ou à jamais d'autonomie ! La privation de liberté semble attacher l'image d'un travail du *care* comme esclave du *care*... Esclave de l'autre ? Des mythes et idéologies ? Voilà un environnement symbolique bien peu enviable a priori, quand ce dernier influe probablement sur l'identité sociale et professionnelle du pourvoyeur.

Des profils sont parfois présentés comme laissant transparaître un portrait du « parfait *caregiver* » (à ne pas confondre avec MacGyver⁷⁵ ?), femme, prioritairement défavorisée, souvent étrangère (et sans papier ?), sans qualification, apte à se taire et à faire, pour nous autoriser une provocation aux allures des mouvements féministes ayant donné voix aux « discrets-utiles » (sic). C'est d'ailleurs sans doute de cette méconnaissance du bagage du *caregiver* (dont nous verrons par la suite qu'il est (souvent) lourd à porter), que ces derniers ont investi d'autant le *care* : « *Les groupes qui dans notre culture ont traditionnellement été exclus des centres de pouvoir montrent souvent un engagement vers des idéaux de solidarité et de soutien mutuel, c'est-à-dire envers le care* » (Tronto, 2009a, p. 161).

Cette réalité peut aussi être à la source des relations par nature asymétriques entre les différents acteurs du *care* : entre ceux qui ont des besoins et ceux qui offrent un soin, et donc, y pourvoient. Pour autant le pourvoyeur ne subit pas toujours d'être celui qui fait et supporte, il peut parfois « *[tendre] à privilégier [sa] propre analyse de ce qui est nécessaire pour y répondre* », ce qui peut contribuer à « *[ignorer] ainsi le point de vue des destinataires, dans la mesure où la tension entre compétence et besoins reconnus se résout en faveur des experts, de ceux qui disposent de ressources nécessaires pour répondre aux besoins de soins, etc.* » (Tronto, 2009a, pp. 193-194).

En ce sens, Paperman identifie l'enjeu d'une « *sociologie du care* » dans « *la place qu'elle accorde aux acteurs, à leur expérience.* » (2013, p. 51). C'est en cela que Tronto (2009a) a appelé à considérer le *care* comme un processus actif, riche de ses diversités, et des différents acteurs à écouter pour en améliorer la compréhension, l'analyse et la mise en œuvre des pratiques du *care*. Il est probable alors que chacun devrait pouvoir trouver bénéfice de la relation de *care* pour en être eux-mêmes bénéficiaires. Tronto (1993) ayant défendu le fait que chacun doit être conscient qu'il est lui-même récipiendaire du *care* pour en faire une question de société, démocratique. C'est dans cette idée que nous nous intéressons aujourd'hui spécifiquement aux aides à domicile, à la fois en tant que pourvoyeurs et bénéficiaires du *care*, en repérant le principe d'une sociologie du *care* qui considère chacun des acteurs. Ceci nous apparaissant pertinent dans une approche systémique et socio-environnementale.

3. **Ethique, care et démocratie**

Joan Tronto a publié en 1993 « *Moral boundaries, a political argument of an ethic of care* », dont la spécificité est qu'elle pose le *care* à la croisée de la politique et de la morale. Elle exclut de rattacher les activités de *care* à la notion de genre, féminin, contrant les préceptes de Gilligan (1977) qui se centrait sur l'idée d'un *care* s'appuyant sur une morale de femmes (Tronto, 2009b). Pour elle, le *care* a une essence démocratique. Qu'est-ce à dire ? Qu'il est affaire de tous sûrement, et qu'il faut le rendre public,

⁷⁵ Héros d'une série américaine des années 80-90 qui avait pour « pouvoir singulier » de trouver des solutions à toute situation de crise, au moyen d'objets à sa portée qu'il transformait ou s'en servait d'une façon différente de son utilité première.

probablement. Et si l'on considère la définition donnée à la démocratie par le Larousse, le besoin de considérer les « *avis de ceux qui ont à exécuter les tâches commandées* ». En quelque sorte, donner la parole à ceux qui font le *care*, les bénéficiaires, comme les pourvoyeurs. C'est d'une autre façon ce que Gilligan (1977) a contribué à faire en militant pour la prise en compte des « *voix différentes* », des femmes (surreprésentées dans les métiers ou fonctions « *subalternes* » du *care*), dont le discours n'est pas toujours compris des hommes, à l'image des critiques formulées sur les travaux de Kohlberg (1981-1984), qui identifiait un développement de la morale de niveau supérieur chez les hommes, et dont Gilligan a expliqué que ces conclusions étaient erronées du fait que l'homme n'était pas (dans le cadre de l'enquête en question) en capacité de donner sens au discours des femmes, qui est différent de la gent masculine.

De là, pour Raymond (2010), expliquer l'éthique du *care* demande de se dégager d'un certain nombre de préceptes, comme celui de penser que le *care* serait l'apanage des femmes (dont l'histoire contribue encore aujourd'hui à forger la représentation) et qu'il est réduit aux sphères uniques de l'intime et du soin. Ainsi, il faut « *faire sortir le care d'un espace soignant pour le faire entrer dans un espace plus relationnel, dans une écologie humaine dans laquelle nous sommes tous dépendants* » (Raymond, 2010, p. 2). Pour lui, le soin (au sens purement médical, à l'image du *cure*) introduit des inégalités entre les gens, ce que rétablit un *care* qui consiste à « *prendre soin* ».

D'après Mozère (2004), il s'agit encore de se détacher d'une représentation hiérarchisée et féminine - comme le défend Tronto (1993) - et de considérer que « *tout autre singulier pourra faire l'objet d'un souci et d'une sollicitude équivalents quelle que soit sa position et son attente* » (Mozère, 2004, p. 4), également conforme à la volonté de Tronto de rendre universel l'accès au *care* et à la position d'être soi-même en situation de le recevoir. Il en résulte toutefois que l'on peut s'interroger sur la problématique que peut constituer pour le pourvoyeur du *care* le fait des conflits potentiels de devoir distribuer le soin, et la sollicitude, lorsqu'on doit faire des choix, voire prioriser un malade, une fragilité, une situation de crise et/ou complexe, à l'image de l'environnement dans lequel exerce les professionnels en question.

On évolue toutefois vers l'idée que je peux un jour (voire simultanément) être celui qui répond au besoin et celui qui en bénéficie. Nous nous interrogeons cependant sur le poids des représentations et l'histoire du *care* dans le fait de s'autoriser à accepter d'être la « *victime* », en besoin, et donc quelque part, aussi fragile et vulnérable. En termes d'estime de soi, il est fortement envisageable qu'il serait davantage rassurant pour chacun d'entre nous de nous reconnaître (et nous montrer !) comme forts, voire sauveurs, plutôt que comme une « *faible victime impuissante* ». Conscient ou non, ce biais de présentation, qu'il soit donc une hétéroduperie (duper les autres en conscience) ou une autoduperie (montrer une image de soi qui répond aux attentes d'autrui, inconsciemment), constitue en soi des stratégies défensives visant à maintenir une homéostasie de notre identité et de notre santé (Tournois, Mesnil, & Kop, 2000; Disquay & Egido, 2011).

Mais quels sont les enjeux et que représente une « *éthique du care* », telle que le revendique Tronto (1993) ? L'éthique constitue en soi la capacité et l'action de mettre en question un concept, un sujet, et

de les confronter à une réalité concrète allant au-delà de « simples » considérations abstraites. Pour Paperman (2009), l'éthique du *care* serait relatif aux expériences et expressions de ce qui contribue à développer (ou palier) l'autonomisation des personnes. Laugier (2009) l'envisage comme l'opportunité de porter attention à ce que l'on ne prend habituellement pas le temps de regarder, parce l'on n'y fait guère attention ou parce que la proximité contraint les lectures. En effet, je lis beaucoup moins bien le nez sur la feuille... De même, je ne vois pas les détails d'un tableau, ne prends pas la mesure du travail de l'artiste, si je m'approche trop près de la toile. Il s'agit alors là sans doute de sommer et provoquer une attention, en explorant la scène avec une distance juste et adaptée, pour politiser un art, et tout le moins, le rendre accessible à chacun. C'est cette idée que porte Tronto (1993) qui explique que pour sortir le *care* de sa marginalisation, il faut le considérer comme un concept moral et politique de premier ordre, tout en envisageant l'éthique du *care* comme une pratique dont les quatre éléments éthiques sont l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse, qui caractérisent les différentes phases du *care* identifiées par l'auteure et qui sont présentées dans les pages suivantes. Pourtant, éthique et morale ont le même sens étymologiquement parlant, la variation résidant dans l'origine grecque du premier (*ethos*) et latine du second (*mores*), « *les deux termes peuvent s'employer l'un pour l'autre, dès lors qu'il s'agit de désigner une réflexion de fond sur le sens des actes, la nature des normes qui les guident, les objectifs qu'ils poursuivent, les limites qui les bornent* » (Bouquet, 2003, p. 12).

L'enjeu apparaît donc grand de politiser la question du *care*, et d'en explorer la complexité morale (sur laquelle s'appuie un *care* adapté), seuls moyens pour Tronto (1993) que de redorer la pratique et les pourvoyeurs du *care*, dont l'action est tout autant primordiale à l'humanité que dévalorisée. En résumé, envisager d'améliorer les situations de ces acteurs ne pourrait prendre forme que de cette façon. La présentation des politiques de la vieillesse et de l'emploi abordés dans les chapitres précédents nous laissent alors à penser, sous le filtre de la féministe, que le chemin est long vers la démocratisation du *care*. Le *care* traduit des préoccupations humaines, dont une traduction peut être le souci des autres. Il apparaît donc crucial pour Molinier, Laugier, & Paperman (2009) de placer la réflexion inhérente au souci des autres au centre de la réflexion politique.

Finalement, ce que questionne l'éthique du *care* est aussi la place de la morale dans la pratique du *care*. Pour Gilligan (1986), le développement moral a trait aux responsabilités et à la nature des rapports humains alors que la morale conçue comme une justice reposerait sur la compréhension et la réalisation d'un ensemble de règles et de droit. L'éthique du *care* apparaît alors au carrefour d'un cadre normatif rigoureux (approche juridique) et des questionnements complexes que les singularités relationnelles bousculent. Le travail du pourvoyeur de *care* qui exerce dans ce cadre rencontre alors le risque de se voir opposer des règles morales de justice, qui ne permettraient pas de rendre compte de la morale d'un *care* qui devient singulière de situations humaines uniques. C'est en cela que l'auteure a critiqué les conclusions

des travaux de Kohlberg⁷⁶, alors que les femmes n'auraient pas une moindre capacité à concevoir la morale, simplement, le paradigme de pensée qui est le leur n'est pas identique à celui des jeunes garçons interrogés et qui ont intégré des schémas de pensées masculines, basées sur la puissance d'un cadre où est écrit ce qu'il est autorisé ou non de faire, là où les jeunes filles en questionnaient la valeur (ex : est-il bon ou mal d'agir de la sorte ?). Tronto (1993) critiquera à son tour cette approche de Gilligan en cela que la question ne relève pas du genre mais de la morale et donc de l'éthique du *care*. C'est ainsi qu'elle formule sa position : « *Reconnaître la valeur du care remet en question la structure des valeurs de notre société. Le care ne constitue pas une préoccupation localisée des femmes, un type de question morale secondaire, ou le travail des membres les moins favorisés de la société. Le care est un élément essentiel de la vie humaine.* » (Tronto, 2009a, p. 232). Laugier et Paperman traduisent ces différences en cela que « *la morale ne se fonde pas sur des principes universels mais part d'expériences rattachées au quotidien et des problèmes moraux de personnes réelles dans leur vie ordinaire.* » (2008, p. V). Si la société repose sur une éthique de responsabilité plutôt que de droits, elle permet alors la reconnaissance des singularités et des besoins individuels dont la compréhension conduit à la compassion et la sollicitude, au contraire d'une éthique de droits qui justifie la perspective de la séparation au détriment d'une perspective de l'attachement (Gilligan, 1986) sur laquelle repose l'éthique du *care*.

Enfin, Tronto (2009a) pointe l'erreur de considérer les besoins comme des marchandises qui peuvent se monnayer. Le rapport à l'argent peut donc également contraindre en ce sens l'activité de *care*. Pourtant, considéré dans un contexte professionnel, le *care* est forcément associé à un service. Celui qui paye une prestation au prix fort ne serait alors plus récipiendaire du *care* ?

4. **La tension du prendre soin : se soucier des autres et/ou de soi ?**

Selon nous, se considérer comme objet du soin pourrait être contrarié par les représentations liées à la faiblesse et l'impuissance que le *care* peut porter, là où le pourvoyeur aurait la puissance et l'expertise de lire et répondre aux besoins. Le *care* est par ailleurs essentiellement rapporté comme un concept altruiste, tourné vers l'extérieur, cet Autre que moi. Là apparaît tout le paradoxe, la tension du fait de s'accepter comme récipiendaires du *care*, dans une conception hétéro-centrée du *care*.

Bon a écrit que « *souvent les sauveteurs ne font pas attention à leurs propres besoins, mettant toute leur énergie à faire attention à ceux des malades* » (1994, p. 232). Est-ce à dire que celui qui s'oublierait

⁷⁶ Kohlberg, Lawrence (1958). « The development of modes of thinking and choices in years 10 to 16 », these de doctorat, University of Chicago. Cité par Gilligan, 1986.

comme possible récipiendaire se caractériserait tel le sauveteur de l'analyse transactionnelle ? Probablement. Cela constituerait alors une vulnérabilité pour le soignant, qui, à vouloir soigner à tout prix, présenterait le risque d'en devenir victime dans un contexte où certains ne peuvent être parfois sauvés, de leur maladie, ou de la vie qui court, naturellement, vers la mort, dans le temps du grand âge.

Les apports de Foucault sur le souci de soi permettent de comprendre comment le concept de *care* a tendance à se focaliser sur les autres dans la volonté de ne pas être perçu comme un égoïste, alors que le souci de soi est paradoxalement du même temps une essence à la vie et donc en quelque sorte à la préservation de soi, à l'acceptation de nos propres plaisirs. Est-il égoïste d'accepter (plutôt, de confesser) que si je fais du bénévolat, me mets au service des autres, c'est finalement aussi pour y trouver gain, au travers par exemple d'un sentiment d'utilité qui nourrit l'estime que j'ai de moi ?

Foucault (1984) fait état d'une intensification du rapport à soi et expose ainsi que « *ce qui marque dans les textes des premiers siècles – plus que les interdits nouveaux sur les actes – c'est l'insistance sur l'attention qu'il convient de se porter à soi-même ; c'est la modalité, l'ampleur, la permanence, l'exactitude de la vigilance qui est demandée ; c'est l'inquiétude à propos de tous les propos du corps et de l'âme qu'il faut éviter par un régime austère ; c'est l'importance qu'il y a à se respecter soi-même non pas simplement dans son statut, mais dans son être raisonnable en supportant la privation des plaisirs ou en en limitant l'usage au mariage ou à la procréation* » (p. 57). Pour autant, il évoque que le fait de s'intéresser à soi référerait à une forme d'individualisme dans les temps helléniste et romain, qui prendrait forme dans un intérêt plus fort porté à soi-même, à une prise de place croissante des aspects privés de l'existence et des valeurs de la conduite personnelle. Il distinguera toutefois trois aspects essentiels de l'individualisme : (1) l'attitude individualiste qui se caractérise par la valeur attribuée à l'individu dans sa singularité ainsi que par le degré d'indépendance qu'il a par rapport aux collectifs auxquels il est rattaché (intégré ou dépendant) ; (2) la valorisation de la vie privée, rapportée à la vie familiale, domestique et au domaine patrimonial ; et (3) l'intensité des rapports à soi, « *c'est-à-dire des formes dans lesquelles on est appelé à se prendre soi-même pour objet de connaissance et domaine d'action, afin de se transformer, de se corriger, de se purifier, de faire son salut* » (Foucault, 1984, p. 59). Il existe pour autant des sociétés où la vie privée est dotée d'une grande valeur, comme la bourgeoisie du XIX^{ème} siècle, sans toutefois être caractérisée par de l'individualisme et des rapports à soi exacerbés. Ainsi, on peut présenter une dimension de l'individualisme de Foucault mais ne pas être représenté par les deux autres composantes. De même, il existe d'autres sociétés dans lesquelles le rapport à soi est intensifié sans pour autant être centré sur la vie privée. Foucault fait notamment référence au mouvement ascétique chrétien des premiers siècles qui disqualifiait les valeurs de la vie privée mais prenait toutefois existence dans une vie en communauté (exemple : cénobites), alors qu'est réfutée l'idée de tout individualisme qui serait rapproché du fait de vivre dans la solitude. Ainsi, ne se considère pas individualiste non plus celui qui rejetant les valeurs de la vie privée et s'engageant dans une vie solitaire, partage pour autant son quotidien au sein d'une communauté et tous les processus au moins fonctionnels qui s'y opèrent.

Par ailleurs, il évoque également un concept de « *culture de soi* » qui prendrait essence dans l'idée qu'il faille prendre soin de soi. Il cite ainsi les travaux de Socrate pour écrire qu'il est inutile de chercher à donner des conseils ou prendre en charge une cité si l'intéressé n'a pas appris au préalable à s'occuper de lui-même, apparaissant alors comme une condition à la capacité de gouverner. Socrate évoquait alors déjà lui-même le « souci de soi » au cœur de l'Art de l'existence (*techne tou biou*). Voilà qui donnerait raison au discours qui est le nôtre que d'accepter que le bien-être de l'autre dans le *care* ne puisse s'affranchir du fait que le pourvoyeur soit lui-même en santé, en plaisir, en vie. Nous pouvons en illustrer l'idée avec la citation du philosophe qui donne comme une utilité au prendre soin de soi : « *Quiconque veut avoir une vue perçante doit prendre soin de ses yeux qui servent à voir* » (Foucault, 1984, p. 63). Il y ajoutera, citant Sénèque⁷⁷ : « *ainsi l'homme qui veille sur son corps et sur son âme [...], pour bâtir au moyen de l'un et de l'autre la trame de sa félicité, se trouve dans un état parfait et au comble de ses désirs, du moment que son âme est sans agitation et son corps sans souffrance* » (p. 64).

De même, à cette fin de prendre soin de soi, Foucault (1984) fait référence à Galien⁷⁸ qui conseille de demander l'aide d'un autre pour y parvenir. Non un expert mais davantage un homme caractérisé par sa franchise. La notion sociale prend alors corps dans ce rapport à l'autre, permettant aussi un souci de soi, par la-même sûrement, non plus individualiste. Finalement, avoir le souci de soi en deviendrait un geste altruiste par essence : « *Se former et se soigner sont des activités solidaires* » (Foucault, 1984, p. 77). Enfin, rapprochant médecine et morale, Foucault (1984) indiquera que « *la pratique de soi implique qu'on se constitue à ses propres yeux non pas simplement comme individu imparfait, ignorant et qui a besoin d'être corrigé, formé et instruit, mais comme individu qui souffre de certains maux et qui doit les faire soigner soi par lui-même, soit par quelqu'un qui en a la compétence. Chacun doit découvrir qu'il est en état de besoin, qu'il lui est nécessaire de recevoir médication et secours* » (p. 80).

Cela se rapproche du discours de Tronto (2009a) qui trouve dans le discours de Foucault une justification de son appel à nous considérer chacun comme objet probable de soin. Elle expliquera par ailleurs également dans son ouvrage défendant le besoin d'une politique de *care* que certains sont plus vulnérables que d'autres dans ce monde qu'elle décrit. Ainsi, dans les activités de *care*, certains se dévouent en excès, « *se sacrifient même trop* », le danger supplémentaire résidant dans le fait que ces vulnérables du souci de l'autre sont souvent également ceux qui ne disposent que de peu de pouvoir dans la société. Nous voyons alors là tendre comme majeur ce type de risque du sacrifice chez les aides à domicile, à la fois au service de l'autre et au pouvoir limité de par la précarité de leurs situations professionnelles et/ou personnelles.

Pour Tronto (2009a), il incombe pourtant aux pourvoyeurs du *care* eux-mêmes de distinguer leurs propres besoins de ceux qu'ils aident, ce qui est parfois contraint par l'organisation du travail et des obligations, morales, vis-à-vis des malades, à l'image des infirmières qui laissent de côté leur repas pour répondre à

⁷⁷ Sénèque, Lettre à Lucilius, 66, 45.

⁷⁸ Galien, Traité des passions de l'âme et de ses erreurs, III, 6-10.

l'injonction de la sonnette ou offrir leur temps à la personne isolée. C'est ici que nous interrogeons la possibilité pour une aide à domicile d'avoir ce comportement proactif de préservation de soi, exécutive, au pouvoir de décision réduit, voire inexistant, et dont les connaissances ne leur permettent peut-être pas de prendre la mesure de la complexité du *care* et de ce qui relève de leurs « responsabilités ». Ces responsabilités n'étant pas les mêmes non plus, nous l'avons vu, selon la catégorie d'emploi occupée par l'aide à domicile, en théorie.

Au-delà de cela, le risque émerge de la frustration qui peut naître chez le professionnel d'un refus de la part de la personne soignée que d'être aidée (Tronto, 1993). Finalement, que la personne aidée refuse le soin, et ôte ainsi l'utilité de l'intervenant ? Nous verrons par la suite que les risques du *care* sur le bien-être et donc la santé nous apparaissent nombreux pour celui qui le donne. Les études montrent déjà que l'aidant familial voit son espérance de vie réduite des années où il a accompagné son conjoint, son parent, son enfant. Qu'en est-il alors du professionnel à la latitude de décision faible, qui « *care* » la journée au travail, et « *care* » aussi en famille le soir et les week-ends, alors que ces deux vies de *care* peuvent même piétiner les frontières temporelles à l'image de l'employée de maison à laquelle Nakano Glenn (2009, p. 114) donne la voix : « *Et même quand tu dors tu as l'impression d'être toujours en service* ».

On assiste alors ici à un brouillage des temporalités des sphères (professionnelle, personnelle, familiale, sociale) que beaucoup peinent déjà à concilier (Cocandeu-Bellanger, 2011), et qui pourrait constituer des freins au bien-être des aides à domicile, alors que l'autre pourrait prendre une place plus grande que l'espace qu'il serait bon de garder pour soi, au risque de se sacrifier, s'oublier et en être frustré au point de ressentir de la colère de se sentir trompé (Tronto, 2009a). C'est là encore un paradoxe alors que le premier stade du *care* selon l'auteure (exposé à suivre) nécessite de « *suspendre nos objectifs personnels, nos ambitions, nos projets de vie et nos préoccupations pour être attentifs aux autres* » (Tronto, 2009a, p. 174). Une once de provocation nous inviterait à synthétiser cela par... « Suspendre (ce qui fait) ma vie » ? Ne pas s'y risquer supposerait alors que ce dévouement laisse ensuite place à une distanciation nécessaire au souci de soi. L'étude de ces phases du *care* nous permettra peut-être d'identifier à quel moment le pourvoyeur de *care* peut renouer avec lui-même, ce que nous confronterons spécifiquement avec les connaissances actuelles du travail des aides à domicile.

5. La pratique du *care*

Le *care*, qui regroupe l'autre et le soi, représente une activité qui va au-delà de la simple attention, et qui met en jeu la relation à partir de laquelle un sujet ou un agent moral peut percevoir un besoin et y répondre. (Laugier & Paperman, 2008). Elle repose sur une expérience et ces pratiques gagnent à être organisées de façon démocratique (Tronto, 2009a).

La relation d'accompagnement suppose également une relation duale (Lerbet-Sereni, 1994).

L'expérience représente un savoir-faire à voir l'autre et ce qui se joue dans la relation. Ainsi, « *l'expérience se définit par notre capacité d'attention : capacité à voir le détail, le geste expressif, même si ce n'est pas forcément une vision claire et nette, ni exhaustive – une attention à l'importance, à ce qui compte dans les expressions et les styles d'autrui -, ce qui fait et exprime les différences entre personnes, le rapport de chacun à son expérience.* » (Laugier, 2009, p. 179).

Ainsi, le *care* se veut une pratique organisée, qui regroupe différentes phases faisant appel à différentes qualités morales présentées à suivre, en parallèle des phases du *care* développées par Tronto. Cela se passe dans un contexte global où « *la connaissance des activités de care repose sur une compréhension de ce qui se passe dans les relations et de ce qu'elles font aux formes de la vie humaine. Cette compréhension et cette connaissance sont inhérentes aux expériences des différents protagonistes et c'est de leur confrontation que peut émerger une connaissance construite et validée de façon dialogique* » (Paperman, 2013, p. 52).

5.1. Les phases du *care* selon Tronto (1993)

Tronto (2009b) rappelle sa description des phases du *care*, qu'elle a réalisée avec Fischer, et auxquelles elle a ajouté des dimensions morales : (1) le fait de se soucier de quelqu'un ou de quelque chose (*caring about*), (2) le fait de prendre soin de quelqu'un (*caring for*), (3) de le soigner (*care giving*) et enfin (4) d'être l'objet du soin (*care receiving*). Elle considère que prendre soin s'accompagne de la nécessité d'assumer les responsabilités du travail du *care* à accomplir, aspect moral attaché au travail concret de soin. L'auteure rattache ainsi 4 qualités morales aux éléments moraux du *care* : l'attention, la responsabilité, la compétence et la réceptivité.

Le processus de *care* est continu et présente des phases successives. Le premier stade consiste pour le pourvoyeur de *care* à reconnaître la nécessité d'une intervention au travers d'un besoin à satisfaire. Ce moment demande au *caregiver* de s'oublier totalement pour être en pleine capacité de comprendre le besoin. Ensuite, il va pouvoir s'engager à y répondre. La troisième phase peut alors s'engager dans la mise en œuvre d'une activité de soin. Le processus se termine si la personne objet du soin le reconnaît comme répondant effectivement à son besoin, mettant ici en évidence qu'il ne suffit pas de percevoir un besoin, le prendre en charge et y répondre, mais que le processus de *care* implique que la réponse apportée soit effectivement adaptée au besoin de la personne. L'auteure a également expliqué que les deux premières phases relèvent davantage des métiers qui décident et orientent, comme le médecin, et toute personne « responsable », qui diagnostiquent et vont identifier un protocole d'intervention. Le subalterne sera davantage celui qui confère le soin. Il faudrait alors rapprocher ici l'aide à domicile, l'aide-soignant comme les agents du *care* dont le besoin a été identifié par un autre. L'aide à domicile en interaction complète pourrait pourtant selon nous possiblement se retrouver face à des situations de *care* multiples dans ses interactions quotidiennes. Il/elle serait alors amené(e) à engager un processus complet de *care* en l'absence de l'accès au décideur (ex : son responsable de service).

Les différentes phases de *care*, les différents « niveaux » d'intervention, pratique et/ou intellectuelle nécessitent différentes compétences (savoirs-faire). Mais également des valeurs ou des savoirs-être comme des aptitudes à la compassion, l'altruisme, la reconnaissance ou encore la capacité de prendre des responsabilités. La mise en œuvre d'une réponse adaptée, reposant sur des compétences variées contribue alors à satisfaire les besoins de *care* (Tronto, 2009b). La problématique que l'on identifie ici pour les aides à domicile – dont on suppose qu'ils sont amenés à s'engager dans un tel continuum complet (et non uniquement relayés au « *caregiving* », du fait des situations d'urgence que l'on peut induire d'un travail en relation avec des personnes en situation de vulnérabilité) – c'est qu'ils peuvent en être eux-mêmes potentiellement victime, une fois le dévouement et l'effacement de sa pensée propre faite pour être en capacité d'identifier le besoin.

A suivre, connaissant déjà le potentiel anxiogène qu'engendrent les responsabilités pour des personnes affectées à ces composantes, l'aide à domicile pourrait être mis à mal de devoir prendre la responsabilité de, accueillir l'autre et son besoin, décider, alors que les marges de manœuvre autorisées pour une telle fonction ne le permettent pas. Enfin, dans le « *care receiving* », la frustration peut naître d'avoir « donné le soin » (*care-giving*) qui ne serait ensuite pas reconnu par le bénéficiaire. Car il est aisé de projeter qu'il sera lourd de s'être engagé, investi dans un travail (de *care* ou autre), et qu'il ne soit à suivre accepté comme « bon » par celui pour qui on s'est dévoué un temps à satisfaire.

5.2. Care et/ou/est accompagnement

Nous avons défini le *care* en début de chapitre à partir des travaux et réflexions de plusieurs auteurs/chercheurs sur la thématique du *care*, intégrant tout autant les professionnels des sciences humaines que les penseurs philosophes. En exposant les phases du *care* défini par Tronto (1993), nous faisons un parallèle nouveau avec une activité, différente du soin, mais qui a but de répondre à un besoin d'un autrui, celle de l'accompagnement. Ce terme permettrait-il de donner un nouveau vocable au *care*, distant du soin, mais allant plus loin qu'un simple souci d'autrui ? L'accompagnement pourrait-il constituer une opérationnalisation du *care*, en tant que pratique, reposant sur une éthique du *care* ?

Nous voyons derrière l'accompagnement... et l'aide, des vocables actifs du *care*, en cela qu'ils engagent une action, un « *care giving* », au-delà d'une unique sollicitude ou souci de l'autre. Accompagnement et aide impliquent dès lors une relation (investie) dans laquelle peut s'opérer le travail de *care*. Mais comment différencier le *care*, l'aide ou encore l'accompagnement ? Aider, est-ce accompagner ? Accompagner est-ce aider ? L'accompagnement et l'aide constituent-ils vraiment un *care* ?

Djaoui (2014) distingue l'aide et le maintien à domicile de l'accompagnement à domicile qui serait plus ponctuel et prendrait la forme d'assistance parfois plus technique et distancée en terme de relation (ex : activité de portage de repas, téléalarme, téléassistance...). L'aide ici est considérée comme plus durable que l'accompagnement.

L'accompagnement se compose d'une dimension relationnelle, d'écoute, en étant à côté et pas à la place de. Pour Boutinet, il existe deux grands types d'accompagnement, celui du coaching qui vise l'atteinte d'un but, « *l'accompagnement-visée* », qui s'oppose à un « *accompagnement-maintien* » qui existe « *dans la situation existentielle momentanément donnée* » et qui « *se soucie de l'autonomie de l'adulte accompagné, menacée pour telle ou telle raison de régression vers l'une ou l'autre forme de dépendance* » (2007, pp. 29-30). Paul (2007) oppose également un accompagnement auprès de publics soumis à une injonction d'autonomie, versus de performance et d'excellence. Maëla Paul (2002; 2003; 2004; 2007), a défini ce que « *l'accompagnement veut dire* » et identifié quatre figures paradoxales de la posture d'accompagnement : (1) le « *retrait incitatif* » où l'on ne se substitue pas mais où la distance relationnelle contribue à l'incitation, (2) « *l'implication distanciée* », où l'on est à la fois proche et à distance nécessaire pour être engagé, (3) la « *confiance respectueuse* » qui s'illustre dans la connivence et le partage mais qui tolère les rapprochements et écartements successifs, et enfin (4) le « *pari raisonné* » où la confiance est risquée mais réciproque, permettant d'engager le changement.

Il s'agit donc d'aider à faire dans l'accompagnement, tantôt à côté ou en face de, d'autres dirons « avec ». Accompagner, c'est sans doute finalement, dans la temporalité mise en évidence par Boutinet (2007), faire un bout de chemin auprès/avec l'autre. Cette notion dynamique de partage, ou de collaboration semble moins importante dans le vocable « aide ». Si l'on interroge un autre en lui demandant « tu m'aides ? », le sens n'est pas exactement le même que « tu m'accompagnes » ? L'aide nous semble traduire une prise en charge plus importante de la part de celui qui prend part au *care*. Si je t'aide à déplacer ce meuble, j'en partage le poids (et parfois même, je le porterai seul), si je t'accompagne, je prends part à ton action, je te guide pour ne pas trébucher du poids que tu as pour objectif de te délester, mais tu es toujours présent dans la relation d'accompagnement, et tu chemines toi-même d'après mes balises.

En nous appuyant de la caractérisation de l'accompagnement au travers de ses paradoxes par Boutinet (2007), on retrouve des points communs avec les missions de l'aide à domicile, comme la relation asymétrique entre la puissance de l'aidant versus la faiblesse de l'aidé, et la tension qui peut naître d'une relation d'aide (d'accompagnement) qui doit trouver un équilibre entre distanciation et empathie.

Le Bouëdec (2007) voyait il y a près de 10 ans un néologisme regroupant différentes pratiques comme la relation d'aide, le coaching, l'orientation ou encore le counseling dans le terme « accompagnement ». En somme, une multitude de buts visés, dont possiblement l'accompagnement représentait davantage la relation sur laquelle ces derniers s'appuyaient. Plus tôt encore, Paul présentait un panel de ce que pouvait recouvrir l'accompagnement, comme une pratique, support au « *counselling, le conseil, la consultance, le parrainage, le sponsoring, le tutorat, le coaching, le mentoring, le compagnonnage* » (2002, p. 56). Il s'agit bien là davantage de contextes visant un développement de soi, des formes d'apprentissage, de connaissance de soi. Cadre de pratiques dans lesquelles ne trouveraient place le soin et l'aide aux personnes, si tenté que l'on exclurait le rôle des aides à domicile dans un maintien de l'autonomie des personnes et de leurs apprentissages. En ce sens, le *care* apporté par les aides à domicile représenterait une relation d'accompagnement qui permet à la personne aidée de garder son intégrité et aspirer à une

forme de bien-être dont elle est elle-même actrice, alors que le discours sur le terrain et en formation rappelle souvent que l'aide à domicile « ne doit pas faire à la place de », mais « aider à ». Finalement alors en fait, « accompagner » ?

Le Bouëdec (2007) a par ailleurs relevé au sein du code ROME de Pôle Emploi dans une recherche menée en 2000, 19 métiers d'accompagnateurs, dont seulement trois dont le vocable était un métier et les 16 autres renvoyaient à d'autres fiches-métiers sur des emplois tels que les éducateurs ou les intervenants à domicile, faisant de l'aide à domicile un accompagnateur dont on ne reconnaît le nom, possiblement peut-être aussi parce qu'il représente davantage une pratique (et une posture ?) qu'un titre : « *l'accompagnement ne saurait constituer un métier, même si c'est une fonction sociale essentielle. C'est un art, c'est-à-dire non une science ou un ensemble de techniques et de méthodes ; c'est le fruit d'une expérience, d'une pratique vérifiée* » (Le Bouëdec, 2007, p. 188).

Le Bouëdec définit par ailleurs trois actions génériques (simultanées) qui caractérisent un accompagnateur : « *accueillir et écouter* », « *aider à discerner* » et « *cheminer aux côtés de* » (Le Bouëdec, 2007; Le Bouëdec, Du Crest, Pasquier, & Stahl, 2001). La question qui se pose à nous à présent relève alors plus du vocable utilisé pour l'acteur qui met en œuvre des pratiques d'accompagnement. Doit-on parler d'accompagnateur ou d'accompagnant ? L'accompagnateur, c'est par exemple le moniteur, le parent qui encadre le groupe d'enfants, balise l'espace pour le préserver des dangers de la route pour rejoindre un lieu de visite, celui qui est garant d'un cadre, en protection, qui s'attache à ce que les enfants du groupe ne traversent pas hors des « clous », ou sans regarder à droite ou à gauche, sans prévenir le danger. L'accompagnant, terme préféré par Lerbet-Sereni (2007) dans l'ouvrage dirigé par Boutinet (2007), vient singulariser une approche d'accompagnement qui laisse à penser qu'effectivement accompagnateur et accompagnant ont des rôles différents dans cette relation d'aide orientée.

D'après un parallèle effectué avec la figure d'Antigone, Lerbet-Sereni (2007) traduit la position d'accompagner par le fait « d'être là », qui donne la possibilité « d'être avec ». L'action semble moins directe, l'accompagnant est alors un soutien, un support à l'accompagnement, qui prend forme déjà en sa « simple » présence. De Montigny en 1990 traduisait également dans cette dernière « *le sens profond de l'accompagnement* » (cité par Bon (1994, p. 250)).

La capacité de l'accompagnant réside également dans son aptitude à renoncer à sauver l'autre (ou au moins ce qu'il considère lui-même comme un moyen d'y parvenir), à accepter qu'il n'a pas à décider de la régulation et, enfin s'attacher à « *entendre ce qui n'est pas dit pour ne pas y répondre* » (Lerbet-Sereni, 2007, p. 205). L'accompagnant serait alors le discret, en présence, mais qui laisse pleine place à l'accompagné, ses rythmes et ses désirs. Ce qui ne serait pas en accord avec Wittezaele (2007) et sa pratique visant à conduire un individu à faire ce que l'accompagnateur souhaite (et/ou juge adapté ?), en l'incitant, y compris par l'usage des paradoxes.

Au final, aide et accompagnement sont des traductions opérationnalisées possibles d'un *care*, hors des parcours de soin. Ce qu'il nous apparaît surtout intéressant à mettre en évidence, c'est le poids des tensions et des paradoxes et leur rôle (peut-être aussi salvateurs ?) dans la pratique d'accompagnement et donc du *care*. Tout ce que peut révéler une interaction, surtout engagée au sein d'une relation par nature déséquilibrée des rôles et des attentes différents.

Bien sûr un élément qui pourrait contraindre ces passerelles entre les différentes pratiques et terminologies peut exister également dans le rapport marchand dans des activités de service et d'accompagnement qui, de l'avis de Le Bouëdec (2007), ne sont pas compatibles et qui ne reconnaît qu'un accompagnement qui soit spirituel. Enfin, aider n'est pas secourir (Bon, 1994), l'accompagnant ne devrait donc pas être le sauveur/sauveteur qui en subirait le risque d'être dévoré par la relation d'aide.

6. Le *care* dans le modèle écologique du développement humain

Le modèle du développement écologique (1994; 1979; 1976) permet d'identifier les différents acteurs (physiques, moraux, idéologiques, etc.) qui impactent le développement de l'individu. Nous avons mis en évidence ce qui se joue autour d'une éthique du *care* et initié qu'il existe des « voix différentes » pour décrire une même situation, la vivre et (peut-être) y répondre. A partir de cela, nous considérons que l'éthique du *care* intervient comme une composante du développement écologique des personnes, et qu'en ce sens elle a effet sur son ontosystème, au-delà de la pratique du *care* en elle-même (dont la traduction en tant que facteur de pénibilité physique et psychologique apparaît plus lisible, en contexte professionnel).

6.1. Des relations asymétriques

Les relations sont par nature asymétriques du fait même que « *le care implique toujours des relations de pouvoir* » (Tronto, 2009a, p. 17). L'approche est double. Le pourvoyeur de *care* peut représenter le puissant qui sait (ou pense savoir) lire les besoins d'une personne vulnérable et y répondre. Mais, en cela que les pourvoyeurs du soin sont souvent des vulnérables eux-mêmes – du fait de leurs conditions de vie précaires par exemple – l'aide à domicile présente aussi le risque de devenir d'autant plus vulnérable dans la relation de *care*. L'histoire et les représentations associées aux rôles genrés dans la société ont probablement contribué à confiner les tâches de *care* aux moins puissants (dont les femmes et les étrangers étaient des représentants-nés), à l'image des propos de Gilligan (1986, p. 251) : « *le contraste des images de faiblesse et de puissance, explicitement liées à l'attachement et à la séparation, résume le*

dilemme du développement féminin, le conflit entre l'intégrité et la sollicitude. [...] L'attachement est apparu comme un piège paralysant et la sollicitude comme un prélude inévitable au compromis. ».

Une étude menée auprès des « employées domestiques » sur le rapport au travail, identifie et explique le (sur)investissement de ces « servantes » à demeure pour trois raisons essentielles : (1) la peur de perdre leur emploi, (2) la responsabilité morale vis-à-vis de la personne qui ne pourrait survivre en leur absence et (3), la gratification morale acquise de l'attention à faire bien leur travail (Moré, 2014). La spécificité du travail « domestique », qui plus est réalisé par des étrangers, semble toutefois une spécificité qui ne pourrait être généralisée au public des aides à domicile. Toutefois, les motifs mis en évidence pourraient trouver échos auprès des professionnels des services d'aide à domicile, dans un surinvestissement de la relation d'aide, qui minimiserait leur capacité, ou leur acception, à se soucier de soi.

Ainsi, dans les phases du *care* décrites par Tronto (1993), les puissants se partagent davantage les premières actions du *care* (le souci et la prise en charge), et les autres la prise en soin et/ou la réception du soin. Ces distributions peuvent ainsi renforcer les modèles de subordination, où ceux qui apportent le *care* sont d'autant plus rabaissés que parfois au service de personnes ayant le privilège de s'octroyer un *care* qu'ils ont les moyens de financer. Si le soin est dévalorisé, les acteurs qui dispensent le soin le sont tout aussi. L'effet étant d'autant plus fort que la fonction occupée relie l'activité de *care* au contact du sale (Ennuyer, 2003). Cela conduit l'auteure à mettre en cause le manque d'équité du soin pour tout à chacun, évoquant des privilégiés, des puissants, face à des soignants, aidants, dont les propres besoins ne peuvent être à la hauteur des privilégiés ayant la capacité financière de s'offrir du *care*, ce qui fait que le pourvoyeur de *care* peut être en moins bonne condition (financière, physique, morale...) que la personne recevant le *care*.

Toutefois, il ne peut être comparé le besoin du vulnérable (du dépendant, du malade) au soulagement d'un « puissant » ayant une aisance financière qui lui permet de s'affranchir d'une activité qui pourrait dans l'absolu être réalisée par l'individu lui-même. Mais, dans le cas de l'intervention auprès du vulnérable, il apparaît également une forme de subordination inversée au travers de la faiblesse. Je donne le *care* au vulnérable, pour lequel peut-être, le professionnel (mais aussi l'aidant naturel) peut ressentir une forme de pitié, voire une culpabilité s'il ne répondait pas au besoin, bien que présentant lui-même ses propres besoins. Puisque nous serions tous potentiels bénéficiaires du *care*, en société.

Un autre élément mis en évidence concerne l'attention portée aux moins puissants des deux dernières phases du *care*. « Génériquement, ceux qui ont la responsabilité de « prendre en charge » un problème, et peut-être d'engager des dépenses pour y répondre, n'estiment pas nécessaire de superviser l'interaction entre ceux qui dispensent et ceux qui reçoivent des soins. » (Tronto, 2009a, p. 166). La supervision est de l'apanage des organisations gouvernementales et institutionnelles. Il serait alors possible que leur non intervention, comme le refus d'une politisation du *care*, contraignent le *care* des *caregivers* eux-mêmes.

La deuxième approche de la nature asymétrique des relations du *care* laisse envisager un risque cette fois-ci sur la personne aidée (dans notre cas les personnes âgées que les politiques de la vieillesse appellent à accompagner en bienveillance). En effet, les pourvoyeurs de *care*, possédant des compétences, voire une expertise pourrait en venir à penser qu'ils sont plus à même d'évaluer les besoins du bénéficiaire, que le destinataire lui-même (Tronto, 2009b). Une analogie pourrait également être faite dans un contexte professionnel, organisationnel, dans lequel le dirigeant ne mettrait pas toujours en œuvre des dispositifs d'accompagnement adaptés pour ses salariés, concernant la prévention des risques, parce qu'on y retrouve aussi des « voix différentes », en ce sens qu'il ne perçoit pas de manière identique un facteur de pression ou de pénibilité auquel serait confronté un de ses collaborateurs, notamment quand elle est d'ordre psychologique, parce que lui-même faisant face à ce qu'il considère comme plus sérieux, aussi parce qu'il a développé des ressources lui permettant une résistance supérieure, et aussi parce que ses fonctions lui donnent une marge de manœuvre plus en accord avec les tensions auxquelles il fait face (Pezé, 2010).

6.2. La place du *care* dans l'environnement de la personne

Des acteurs multiples se partagent la culture du *care*, les penseurs, les décideurs, les pourvoyeurs (de terrain), les bénéficiaires. Plusieurs professionnels prennent part aux relations de *care* (les assurances, administrations, politiques sociales et de santé, mutuelles, caisse de retraites...). Raïd (2009) complète ce tableau en rappelant que le *care*, activité culturelle soumise aux variations des cultures, ne peut se réduire à une relation dyadique (enfant-parent, malade-médecin...) ou à une seule personne, même si le *care* n'est pas pour autant restreint à une unique interaction avec autrui, mais possiblement aussi avec un objet, l'environnement. Il est toutefois sous-jacent ici que le *care* est toujours tourné vers l'extérieur qu'il soit un individu ou un objet. Paperman (2009) appelle à étendre la prise en compte du *care* tel un processus qui comprend des expériences en plus de la subjectivité et des sentiments, auxquelles il faut intégrer les rapports sociaux qui s'y jouent entre les différents acteurs et bénéficiaires.

Le *care* s'inscrit dans un environnement complexe, dont le parallèle peut être réalisé avec le modèle du développement écologique humain de Bronfenbrenner (1976), dans lequel multiples systèmes et sous-systèmes entrent en interaction entre eux et sur l'individu, objet de ces systèmes directs et indirects. Le *care* constituerait en ce sens donc bien une composante du développement humain où « *chacun d'entre nous est le centre d'un réseau complexe de relations de care* » alors que « *chaque jour nous avons besoin de soin pour préserver nos vies* » (Tronto, 2009b, p. 51).

De même, si l'on reprend la définition donnée au *care* par Fischer & Tronto (1990), le rattachement au modèle de développement écologique humain de Bronfenbrenner (1976; 1979; 1994) est visible, en cela que le monde (que le *care* participe à protéger) « *comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* ». Le *care* y exerce comme des liens avec les systèmes multiples qui entourent l'individu, et donc impacterait de la sorte son propre vécu, ses comportements, ses pensées et émotions.

Le besoin de considérer cet environnement sur le développement humain est aussi né des recherches de Gilligan qui a défendu l'idée que si les femmes pouvaient éprouver des difficultés à se conformer aux prescriptions morales, c'est peut-être aussi parce que cela indiquait « *qu'il existe un problème de représentation, une conception incomplète de la condition humaine, un oubli de certaines vérités contenant la vie.* » (1986, p. 12), telles peut-être aussi les représentations portées par le *care*, toujours ancrées dans un contexte et portant son histoire. Pourtant, « *prendre soin, c'est se préoccuper de soi ou d'autrui dans un projet de favoriser autant que faire se peut, les conditions de bien-être* » (Djaoui, 2014, p. 78). Mais quelle réalité trouve cette définition d'un souci partagé sur le terrain ?

6.3. Quelle place au souci de soi ?

Débutons cette interrogation par les propos de Mozère qui a questionné le souci dans l'éthique du *care* et d'après les apports de Foucault sur le souci de soi : « *La pratique de soi selon les Grecs, rappelle Foucault, doit permettre à chacun de découvrir « qu'il est en état de besoin, qu'il lui est nécessaire médication et secours ». En ce point se rejoignent de manière lumineuse une conception antique du souci et une éthique du care en devenir, à travers cette commune assomption de la fragilité humaine qui fait de chacun-e de nous un être dont il convient de se soucier.* » (Mozère, 2004, p. 8). Est placé le décor d'une acception de se soucier de soi à un niveau démocratique. Pour Tronto (2009b), les chercheurs de sciences sociales distinguent le souci de soi (*care* pour soi-même) en tant que catégorie psychologique, le souci des autres en tant que catégorie sociologique, et le *care* à l'égard du monde est lié à des considérations politiques et économiques, distinguant de fait trois niveaux d'analyse de ce qui relève du souci, de l'accompagnement et de la sollicitude. Elle considère deux types possibles de *care* :

- Le *care* nécessaire, qui nécessite l'intervention d'un autre car nous ne pouvons assurer ce *care* à nous-mêmes : les bénéficiaires ont besoin des soins, les *caregivers* sont donc en position de puissance.
- Les activités de service personnel qui constituent un *care* que l'on peut s'accorder mais que l'on choisit de ne pas se donner seul (ex : le ménage) : les bénéficiaires peuvent exercer une autorité asymétrique sur ceux qui fournissent cette activité de *care* « *déléguée* ».

Dans les deux cas, on relève que le *care* est toutefois apporté à l'un par un autre. Nous avons vu que la politisation du *care* ne serait permise que par la prise de conscience que nous sommes tous récipiendaires du *care*, car nous serions chacun amenés un jour à être dépendants ou vulnérables (Tronto, 1993). Dépendance et vulnérabilité sont des caractéristiques de chacun d'entre nous. Toutefois, cela semble davantage évoqué comme traduisant le fait que nous recevrons ce *care* d'un autre et non de nous-mêmes, ce qui se rapprocherait de la conception de Foucault (1984), au travers d'une action/pensée de soi, vers soi-même. Laugier (2009) toutefois considère comme une erreur de considérer le *care* comme un unique dévouement à l'autre, alors que valoriser l'autre dans sa pratique du *care* ne devrait pas contraindre le fait

de se soucier de soi-même, mais dans une sorte de hiérarchisation où le souci de l'autre reste l'objectif premier malgré tout : « *le care vise à aller plus loin, par exemple, qu'une éthique des vertus ou du développement/épanouissement humain ; à valoriser le souci des autres et non le souci de soi, mais comme base même d'un réel et réaliste souci de soi* » (p. 170).

Comment ces considérations du *care* comme « culture de l'autre » permettent-elles alors à l'individu de s'autoriser le souci de lui-même ? Nous connaissons, d'après les fondamentaux de la psychologie sociale, que le besoin d'être en groupe et reconnu par lui-même constituent entre autres des motivations sociales de base (Fiske, 2008), et nous conduisent souvent à nous conformer (Asch, 1951) à un ensemble de normes (construites collectivement (Sherif, 1935)) pour nous préserver et/ou pour rester aimés de l'Autre. L'environnement dans lequel nous évoluons porte ses règles qui guident nos conduites et nos actions.

Or, il apparaît que si l'altruisme et la dévotion à l'autre – que porte comme une essence d'elles-mêmes historiquement les femmes, que sont quasi-exclusivement les aides à domicile – sont une norme et un désir social, il est possible que le rejet de ces composantes soit non seulement pas toujours envisagé inconsciemment, pas plus qu'aisé à mettre en œuvre consciemment. Les métiers « subalternes » du *care*, principalement portés par les représentants des « non puissants », des femmes et des précaires, présenteraient alors le risque d'un dévouement si élevé que cela contraindrait leur capacité à faire un retour sur elles-mêmes, pourtant nécessaire à leur propre développement, et potentiel bien-être. Ceci nous amène à penser que les aides à domicile en seraient d'autant plus vulnérables sortis d'une pénibilité physique, et parfois psychique, acceptée. L'éthique désirée d'un *care* politique et démocratique, la reconnaissance des métiers et actions associées deviendraient alors d'autant plus indispensables pour ces professionnels. Ce questionnement nous conduit à envisager que, sous le filtre de ce que porte le *care* (éthique, *care* et concept), il pourrait résulter des médiations défavorables sur la santé des aides à domicile, d'après les premiers éléments relevés dans les recherches et écrits consultés. Les effets du *care*, élément de l'environnement écologique du développement humain de l'aide à domicile, seront ensuite étudiés d'après les apports des modèles de la santé au travail afin d'identifier la nature des risques, de ce qui se profile comme conséquences d'un oubli de soi et/ou un silence (contraint ou non) des vécus pénibles. En effet, Moré (2014) a mis en évidence que les employés domestiques mettaient souvent de côté leur vie, leurs relations pour ne pas laisser la personne aidée seule, et ce au point de renoncer à prendre des vacances et des jours de repos. Le fait que ces professionnels résident au domicile des personnes aidées peut expliquer ce risque de digression. L'aide à domicile, exerçant en prestataire, relève d'un autre employeur ayant autorité, notamment pour la planification des congés et du planning de travail. Ce risque apparaîtrait donc réduit pour les aides à domicile en premier lieu. Toutefois, si l'éthique du *care* pouvait constituer une explication aux phénomènes d'oubli de soi relevés par Moré (2014), il est probable que des éléments similaires se constateront chez les aides à domicile, tels que des comportements traduisant un « oubli de soi ».

7. La « norme de sollicitude » des aides à domicile selon Avril (2008)

Avril (2008) parle d'une « éthique de sollicitude » (probable traduction de l'éthique du *care* de Tronto, traduit ainsi en 2009 dans la version française de son ouvrage de 1993) qui correspondrait à une pratique des aides à domicile, relevant d'un comportement normatif relatif au *care* : « *Le care est aussi une norme de comportement à laquelle sont soumises les femmes qui travaillent auprès de personnes âgées.* » (Avril, 2008, p. 51). Pour elle, l'éthique se définit comme le fait dans ces métiers d'être « *convaincu du bien-fondé de ce qu'on fait, de la légitimité du service rendu, de son intérêt moral et social* » (p. 52).

Elle a mis en évidence l'existence de cette norme au travers du discours des professionnels revendiquant ne pas éprouver d'empathie dans leur travail, bref, déclarant a priori s'éloigner de la norme, la refuser (même si en pratique, Avril (2008) relèvera que ces mêmes aides à domicile exercent des comportements conformes à la norme rejetée dans le discours). L'auteure a caractérisé cette norme d'après trois indices dont le premier relève des tâches liées au vieillissement (que les professionnelles interrogées se défendaient d'exercer (ex : nettoyer des excréments)). Les aides à domicile, dans cette idée ne devraient alors pas exprimer délibérément de satisfaction ou de souhaits de réaliser de telles tâches (sauf si elles adhèrent à la norme). D'autant qu'il apparaît bien que cela fasse partie de leurs missions (si l'on se réfère au référentiel des AVS tout le moins).

Deuxième indice, le fait de rappeler que la personne âgée est un employeur « comme les autres » et enfin, le refus d'afficher de l'empathie pour la vieillesse. Pour autant, l'auteure précise que cette distanciation évoquée par les aides à domicile rencontrées ne correspond pas toutefois aux pratiques observées par ces mêmes professionnels sur le terrain, ajoutant même que les aides à domicile revendiquant se distancier d'une éthique de sollicitude sont souvent celles qui en pratique entretiennent des relations de proximité avec les personnes âgées.

Avril (2008) précise que dans l'organisation rencontrée lors de son enquête ethnologique effectuée dans le cadre de sa thèse (2007), elle a fréquenté deux types d'aides à domicile vis-à-vis de cette éthique de la sollicitude, l'autre groupe (différents de ceux ayant permis de mettre en évidence les indices) parlant de leur amour de leur activité auprès des personnes âgées par exemple. Ce qui apparaîtrait plus conforme au cadre porté par l'action sociale et que le phénomène de désirabilité sociale doit conforter à rendre public, chez une majorité, que cela révèle de l'autoduperie (inconsciente) ou de l'hétéroduperie (consciente) à l'instar des définitions du concept par Tournois, Mesnil et Kop (2000).

Les deux positionnements face à cette éthique de la sollicitude apparaissent se confronter chez les aides à domicile, les membres de chacun des groupes ne se comprenant pas, s'approchant même de l'expression de jugement et d'une forme de rejet (Avril, 2008). Ainsi, l'auteure synthétise ses échanges avec les différents protagonistes : « *l'éthique de la sollicitude (« être quelqu'un de bien ») apparaît finalement comme une norme de comportement que certaines refusent ouvertement, tandis que d'autres la revendiquent fièrement.* » (Avril, 2008, p. 59).

A lire les extraits exposés par Avril (2008), il nous semble aussi que les membres du premier groupe, ceux se détachant d'une éthique de sollicitude, apparaissent témoigner par là d'un rejet de leur métier ou au moins de l'image qui y semble rattachée par l'autre groupe. Peut-être finalement là l'expression d'une forme de frustration ou de fatigue à exercer, alors que ces professionnels seraient aussi ceux témoignant « vouloir partir », selon leurs collègues. Est-ce à entendre là que les professionnels se distanciant d'une éthique de la sollicitude sont celles qui ne se retrouvent plus dans le métier, peut-être, ne s'y sentent plus bien ? Cela pourrait alors montrer que ce que porte cette éthique de la sollicitude (éthique du *care*) peut être source d'une démotivation, d'un désengagement et/ou d'une souffrance au travail. Avril expliquera par ailleurs dans la suite de son article que les aides à domicile qui n'adhèrent pas à la « norme de sollicitude » sont également celles qui ont vécu leur prise de fonction comme un déclassement, après avoir effectué d'autres métier, davantage reconnus.

Pour Avril (2008), à l'ère de la professionnalisation, et de l'accès à la qualification, la norme de l'éthique de sollicitude serait, dans la structure intégrée, portée par les formateurs et l'encadrement, via une valorisation des activités de *care* rattachées aux trois indices mis en évidence précédemment par l'auteure. On constate alors bien ici l'existence dans l'environnement d'un cadre de pensée et d'action qui tourne autour d'une valorisation d'un *care* de l'autre, qu'il est bon d'afficher et de mettre en œuvre, parce que, peut-être, cela veut dire que l'on est, de fait, « quelqu'un de bien ».

Les soignants ont un système de valeurs sur lequel repose leur pratique. Pour autant, selon Gaymard (2006), les professionnels du paramédical n'ont pas forcément une représentation de la personne âgée plus charitable que des étudiants, notamment laïcs (et donc a priori non soumis à une influence éducative où seraient portées des valeurs chrétiennes). Ainsi, le système de référence ne constitue pas toujours un idéal dans la relation à l'autre. Pour autant, nous pensons que le système de valeur est lié au rapport à sa santé.

Enfin, une autre entrée explicative de la création de la norme (au-delà des conséquences des orientations politiques et institutionnelles des 20 dernières années qui œuvrent à valoriser le *care*) prend forme dans l'objectif d'une qualité de service, où l'éthique de la sollicitude deviendrait instrumentalisée pour répondre aux besoins des... clients (Avril, 2008).

8. Les risques du *care* sur la santé des aides à domicile

Nous avons vu que le *care* porte des valeurs traduisant une culture de l'autre, proche parfois d'un dévouement total à l'autre, où le souci de soi n'aurait que peu de place. Les modèles de prévention de la santé considèrent pour autant la nécessité d'un engagement de l'individu à prendre part aux dispositifs pour que les effets curateurs ou préventifs en soient efficace (Beck, Guilbert, & Gautier, 2007), de même

que la question du développement de l'*empowerment* (Fayard, Caria, & Loubières, 2011), concept plus récent visant à développer l'autonomie des personnes à agir d'elles-mêmes sur leur santé. Un oubli ou un silence de soi provoquerait alors le risque pour la personne en question, ici, le professionnel de l'aide à domicile. Nous proposons à suivre de faire état des éléments associés au fait de dispenser du *care*, qui pourraient être facteurs de pénibilité supplémentaire pour la santé, voire un frein au prendre soin de soi. D'après Molinier & ses collègues, des approches récentes telles que la psychodynamique du travail ont montré que « *l'expérience du travail transformait le sujet* » (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009, p. 15), et qu'il ne fallait pas s'en tenir à des explications liées à la personnalité ou le genre des individus ; mais plutôt envisager que le « *caring* » n'était pas inné mais acquis, expression de l'expérience par le travail. Pour elles, « *la disposition ne précède pas le travail de care* », mais l'environnement professionnel représente plutôt « *l'occasion de s'y exercer* ». On peut par ailleurs se demander quels effets ont les politiques, règlements et injonctions dans cette transformation par le travail.

Amyot (2008) a par ailleurs dressé un état de plusieurs difficultés que peut rencontrer le professionnel qui travaille auprès des personnes âgées, telles que celles qui se rattachent aux images de la vieillesse, sa place sociale dévalorisée, des moyens publics et de personnel insuffisants, mais également les rémunérations faibles et la précarité dans l'aide à domicile. L'auteur définissant le secteur gérontologique comme « *le parent pauvre du soin, de l'accompagnement et de l'action sociale* » (p. 391).

8.1. L'aide à domicile : missionnée jour et nuit pour le care

8.1.1. Le care à temps plein ?

Les aides à domicile sont très majoritairement des femmes. Ainsi, elles sont par nature considérées dévolues aux tâches du *care* : « *Une des conséquences de la distinction courante entre sphère publique et privée – et de la relégation des femmes dans la sphère domestique – est que cette dichotomie a séparé raison/émotion ou pensée/sensibilité et les a distribuées entre les deux entités constituées selon le principe hiérarchisant du genre.* » (Paperman, 2013, p. 38).

Il resterait encore des représentations que la maman garde les enfants, prépare les repas, entretient le logis familial. Si un tel portrait fera bondir les féministes, et qu'il est force de constater que la modernité, l'entrée des femmes sur le marché du travail, et la prise d'autonomie de ces dernières a contribué à une meilleure répartition des tâches dans le foyer, il serait encore mentir de dire que ce portrait est aujourd'hui caricatural. Il en reste chez beaucoup concrètement du vrai, et ce qui nous importe, c'est surtout que de telles représentations sont difficiles à éradiquer (sinon pourquoi les femmes gagneraient encore moins que les hommes à poste égal, en France, en 2015...?) et que ces représentations perdurent dans les mentalités même si les réalités évoluent bien sûr. Toujours est-il que les aides à domicile sont souvent des femmes,

et qu'elles demeurent posséder le superpouvoir de la femme qui peut enchaîner sa journée de travail avec sa journée (soirée) de femme et/ou de maman. Ce que déplore Raïd, peut-être au nom des femmes : « *En abandonnant la femme entière au privé, on laisse à la maison la maladie et la mort. Le discours actuel sur le care social est aussi issu d'une volonté féminine de ne plus porter seule l'être mortel, et de participer à ce grand et reposant déni, le temps d'une petite journée de travail.* » (2009, p. 86).

Bref, les pourvoyeurs du care, d'autant si elles sont des femmes présentent un risque accru d'être dévolus au care à plein temps. L'aide à domicile assurerait donc un care en continu, assurant sa mission à la maison et au travail, ce qui laisse à penser qu'il ne trouverait guère de temps pour souffler : « *Le faisceau d'attente qui leur [les travailleurs « subalternes du care »] est adressé construit insidieusement une situation de disponibilité permanente qui est caractéristique du travail de care.* » (Molinier, 2013, p. 43).

Pour Tronto, d'après Mozère (2004), l'éthique du care suppose un travail dont l'aboutissement n'est jamais atteint, alors que cette fin de se soucier d'autrui demande une constante (ré)élaboration qui nécessite de mettre en œuvre des compétences qui ne peut s'affranchir d'une activité réflexive. Cette même activité, qui permet de donner du sens à l'action, pourrait également dans le même temps développer les ressources de l'individu, et donc participer à la prévention des risques inhérents au travail de care.

Une autre frustration peut concerner certains pourvoyeurs professionnels du care qui sont contraints à ne pas assurer le care auprès de leur propre famille, notamment les employés à demeure et les étrangers (Paperman, 2009). Moré (2014) a par ailleurs mis en évidence que les employées dites domestiques mettent souvent leur vie entre parenthèse, au point de rester au chevet de leur employeur malade sans interruption, sans s'autoriser quelque sortie, de peur qu'il ne meure en leur absence.

Les temps du care indiquent donc que les aides à domicile pourraient présenter un risque accru de vulnérabilité, qui contraindrait également la conciliation de leurs différentes vies : personnelle, familiale, professionnelle et sociale. La conciliation vie privée/vie professionnelle joue un rôle majeur dans la perception du stress chez les infirmiers (Cherkaoui, Montargot, & Yanat, 2012). Il devrait en être de même chez les aides à domicile.

Par ailleurs, les pourvoyeurs du care, non-salariés, font état de difficultés à aménager leur temps pour faire face aux impératifs du care, qui illustrent des tensions à articuler les temporalités. Ainsi, pour Damamme & Paperman (2009), lorsque le temps extraprofessionnel a été largement consommé, le travail salarié devient l'objet d'aménagements même si pourtant des études ont montré que le travail avait valeur de « *refuge face à la capacité d'extension infinie du care* » (p. 147). Pour autant, il apparaît que « *le temps pour soi* » (p. 148) est également évoqué discrètement par des aidants naturels pour tenir sur le long terme. C'est la participation de professionnels du care qui permet ce fameux temps pour soi. Si cet exemple vient confirmer l'importance du rôle des *caregivers* professionnels, cela nous interroge également sur la possibilité qu'ont les aides à domicile de prendre des temps pour eux, ... pour elles, pour assurer leurs missions de care « H24 ». A moins, que les aides à domicile ne délaissent leurs activités de care personnel ? Une conciliation existe-t-elle finalement ?

8.1.2. Un accès inégal au *care*

L'accès au *care* n'apparaît donc pas égal à chacun, au-delà de l'accès au soin, parfois contraint pour des raisons financières ou géographiques. Les bénéficiaires du *care* n'ont pas un accès égal au *care* alors qu'en prendre conscience et agir pour réduire ce déséquilibre constitue un impératif pour y remédier et cesser de croître le fossé des récipiendaires du *care*. (Tronto, 2009b). Qu'en est-il alors pour les pourvoyeurs professionnels qui exécutent le *care* en continu ? Il apparaîtrait qu'ils seraient doublement contraints d'un accès inégal au *care*, alors que dans une société du *care*, on se préoccupe des personnes âgées (dont nous avons pu faire état dans le premier chapitre des différents dispositifs mis en œuvre à cette fin), mais peu de ceux qui s'en occupent (Molinier, 2013). Il apparaît bien là un danger que de ne pas s'attacher à favoriser un accompagnement spécifique de ces professionnels, alors que chacun ne se sent déjà pas toujours récipiendaires du *care* par nature. Molinier (2013) considère que nous ne serions pas « *éduqués à prêter précisément attention* » aux travailleurs « *subalternes* » du *care*.

Au-delà de ces questions qui montrent que le temps du *care* s'annonce étouffant car omniprésent, et de l'accès inégal au *care* pour les aides à domicile, il résulte d'autres caractéristiques du *care* dont nous avons déjà initié dans le chapitre précédent qu'elles constitueraient des facteurs de risque pour ces professionnels, dans un objectif de préserver leur santé. Ces éléments concernent entre autres les injonctions paradoxales (« soyez proches et distants », « prenez-soin vite et bien »), la dévalorisation du métier ou encore les conflits dont le risque est d'autant plus fréquent que les relations sont nombreuses et multiples.

8.2. L'attachement versus la distanciation

Alors que le discours en formation prône la distanciation, il apparaît évident qu'il ne peut être si aisé que de rester en retrait quand le métier prend essence dans la relation, et d'autant plus quand le *care* apporté l'est au domicile, voire au travers d'activités qui demandent de pénétrer dans l'intimité des personnes (son logis, ou lors des toilettes). Est-il finalement possible de faire un travail de *care* sans s'attacher ?

Les comportements d'attachement ont pour but chez l'enfant de le rassurer en lui apportant de la sécurité (Bowlby, 1984), cette sécurité peut donc également être probablement recherchée par la personne aidée, qui est vulnérable, mais aussi par le professionnel qui intervient chez quelqu'un qu'il ne connaît guère, cet inconnu. La personne âgée, si elle engage un processus d'attachement, peut peut-être par cette initiation, faire que le professionnel s'y engage aussi, comme support à la relation.

Nous pouvons en douter à lire ces propos de Gilligan sur la place et la fonction des cycles d'attachement et de séparation dans la vie humaine : « *L'attachement et la séparation sont les deux constantes du cycle de la vie. Elles s'inscrivent dans la biologie de notre reproduction et dans la psychologie de notre développement. Les notions d'attachement et de séparation, qui décrivent l'ordre et la nature du développement du petit enfant, se nomment, à l'adolescence, identité et intimité, et, à l'âge adulte, amour*

et travail. » (1986, p. 241). Par définition, l'aide à domicile renouvelerait attachement et séparation plusieurs fois dans la journée, au sortir de chaque maison dans laquelle on est entré en relation, pour fermer la porte vers un nouvel objet de *care*. Cette répétition peut d'autant contraindre la capacité des aides à domicile à réinvestir en juste distance la relation à la personne aidée, la dynamique étant sans cesse renouvelée et possiblement autant à réinventer que le nombre de personnes singulières accompagnées.

La séparation peut être plus brutale quand elle prend la forme d'un décès, où le deuil constitue une facette négative du processus d'attachement à la personne (Zech, 2006). Le deuil perturbe la relation et la proxémie s'y attachant, alors que « *la théorie de l'attachement conceptualise le deuil comme une forme d'anxiété de séparation chez l'adulte qui résulte de la rupture d'un lien d'attachement par la perte* » (Zech, 2006, pp. 151-152).

La complexité de la relation d'aide qui apparaît ici, dont l'environnement de travail rendrait plus difficile une distance que l'on peut préserver plus facilement dans le cadre d'un bureau – ou neutre, ou garde-fou de l'accompagnant lui-même – nous questionne encore sur les effets d'un tel paradoxe d'être en relation et distant à la fois. Sans doute la nature de la relation et ce qui la caractérise contribuent à clarifier les frontières d'une distance juste. Que dire d'une relation d'aide qui nécessite une mise en confiance, en confiance ? Finalement, c'est cette citation de Molinier qui nous interpellera en complément de cette difficulté. Car au-delà de la distance juste avec l'autre, il est aussi question d'une distance juste avec soi-même : « *l'effacement de soi fait partie de la prestation réussie.* » (2013, p. 51). Si cela signifie ne plus être là, cela remettrait alors en question la réalité de l'accompagnement au sens de Lerbet-Sereni (2007). Par ailleurs, le risque apparaît très grand que de voir une personne ne pas se laisser une place pour exister autrement qu'en ombre dans la relation. A s'effacer, nous postulons qu'il y a risque à s'oublier et donc à prendre soin de soi, de se soucier de soi, d'être possible récipiendaire du *care*.

Cet effacement pourrait également être mis en lien avec l'image du *caregiver*, et particulièrement les aides à domicile dont le métier est dévalorisé. Si mon métier ne vaut rien, et que ce métier constitue une part de mon identité, alors je ne vaudrais rien non plus, ne mériterais peut-être pas de bénéficier du souci de l'autre (voire de moi-même) ?

8.3. La dévalorisation du *care* et le manque de reconnaissance

Tronto (2009b) parle d'un *care* conceptuellement dévalorisé du fait de son rattachement à la sphère du privé et des émotions, alors que notre société reconnaît la réussite publique, la rationalité et l'autonomie. Pour Molinier (2013), les professionnels du *care*, tels les aides-soignants et les personnels d'entretien seraient les réels agents moraux du *care*, dont la pratique relève du « sale boulot » dont les médecins se débarrasseraient. Elle distingue aussi le travail des *caregivers*, d'après une analogie à la servitude ou au

service, dont ce dernier relève d'activité telle que la toilette opérée auprès d'une personne malade qui se serait souillée. Nettoyer les toilettes du personnel serait une activité quant à elle rattachée à de la servitude dans le sens où le *care* apporté ne répond pas semble-t-il à une pathologie ou quelque fragilité. Il est alors probable que l'aide à domicile, qui, s'il opère les différentes activités, ne soit représenté que du côté de la servitude (au travers du ménage), effet d'un passif historique dont nous avons déjà fait part au chapitre 2. Cette image, dévalorisée, dévalorisante, constitue alors un obstacle à l'estime de soi, qui participe aussi au bien-être individuel. Dans tous les cas, il semble que l'aide à domicile serait toujours agent d'autrui, qu'il s'agisse d'être « au service de » / « serviteur de » et des projections peu valorisantes, qui rendent comme passif le pourvoyeur du *care*, qui, pourtant, agit bien, même (« simplement ») de sa présence (Molinier, 2013).

Ici est en jeu la question de la reconnaissance d'un métier, d'un travail, qui pourrait, en affectant l'identité sociale (voire individuelle) de l'individu, entraîner une souffrance au professionnel, ce qui irait dans le sens de la théorie de Siegrist (1996), que nous aborderons dans le chapitre suivant et qui met en évidence le besoin d'un équilibre entre effort et récompense pour participer au bien-être de l'individu.

8.4. Conflits de *care*

Enfin, le *care* nous apparaît comme source de conflit du fait même des précédents éléments évoqués et de tous les paradoxes que l'accompagnement, le soin et le souci portent pour les professionnels, en responsabilité morale (Gilligan, 1986), mais pourtant relégués à un statut d'exécutant, si l'on s'en réfère ne serait-ce qu'à la convention collective actuelle (AVS mis à part).

Par ailleurs, un conflit mis en évidence par Amyot (2008) concerne la perte de sens du travail qui provoque un épuisement professionnel, sens et valeur de l'action dans le secteur gériatrique étant l'essence du métier. Et donc, sans doute, de l'identité du professionnel qui s'en retrouve perturbé.

De même, au sein du processus de *care*, il peut exister des conflits entre les différentes phases car ce qui est décidé à un stade ne trouve pas forcément échos dans les stades suivants (Tronto, 1993). Ainsi, une prise en charge (partiellement distanciée, par les postes à responsabilités...) pourrait ne pas être adaptée à la réalité du terrain rencontrée par l'aide à domicile, pourvoyeur direct de *care*. Les soins proposés pourraient alors sur le terrain ne pas être à la qualité souhaitée du vulnérable, qui lui-même peut considérer différemment ses propres besoins, ce qui annonce de possibles conflits entre le bénéficiaire insatisfait et le pourvoyeur de *care* incriminé par un mauvais *care*. De même, Tronto met en évidence un autre conflit possible du processus de *care* : « *ceux qui prennent soin des autres estiment fréquemment que leur besoin de s'occuper d'eux-mêmes entre en conflit avec la sollicitude qu'ils doivent accorder aux autres, ou qu'ils sont responsables de la prise en charge d'un certain nombre d'autres personnes ou choses dont les besoins sont en conflit les uns avec les autres* » (2009a, p. 151). Ce qui s'annonce ici étant bien le risque de ne pas prendre soin de soi-même, soit par refus, soit inconsciemment.

Molinier (2009) a pu traduire également comment des soignants en institution pouvaient accepter ce qui pourrait relever de déviance, parce que la digression comportementale momentanée permet aussi parfois d'exécuter « plus facilement » le *care*, à l'image de l'aide-soignante qui fait l'objet d'attouchement pendant la toilette du monsieur, alors que ce dernier est habituellement difficile. Aux lires de divers règlements visant à protéger le respect de l'Homme et de son intégrité, on pourrait penser là qu'il s'agit d'une forme de maltraitance envers le professionnel de la part de la personne aidée. Accepter ce qu'on peut lire différemment de l'aide-soignante comme un abus, permet aussi d'illustrer une forme d'oubli de soi pour mener à bien une tâche du *care*. Serait-ce là une forme de perversion du travail de *care* ?

Par ailleurs, le fait de ne pouvoir répondre à toutes les sollicitations conduit le soignant à ressentir de la culpabilité, voire entraîner une blessure narcissique, pouvant s'exprimer au travers d'une autoévaluation négative et/ou une autodépréciation du rôle, et qui est susceptible de ternir l'image professionnelle (Amyot, 2008). D'autres sources de souffrance sont évoquées par l'auteur, comme l'incapacité à éviter ce qui ne peut fondamentalement être empêché (la fin de vie) ou la difficulté liée à la projection du propre vieillissement du professionnel.

Enfin, les conflits du *care* peuvent prendre source dans les conflits de la relation, du fait même de la complexité des processus interactionnels de toute relation. D'autres conflits existent également dans ces travaux du *care*, tels les dilemmes moraux auxquels les professionnels peuvent être soumis.

8.5. Les dilemmes moraux et la responsabilité

La morale repose souvent sur des valeurs qui guident les comportements des individus. Bouquet (2003) en propose les définitions du présent paragraphe. La théorie générale de la valeur repose sur deux filiations que sont l'utilitarisme et la recherche de perfection. Le mot *valeur* dégage différents effets normatifs qui confèrent aux valeurs une fonction sociale, entre impératif et prescriptif, appréciatif (ce qu'il est bien de) et descriptif. Les valeurs du travail social se fondent sur un héritage humaniste et les valeurs démocratiques et républicaines sociétales (ce qui n'est pas sans nous rappeler le discours de Tronto). Pour autant, une valeur, si elle sert de référence, n'est pas toujours non plus pour autant mise en application. L'auteure établit justement que c'est leur mise en œuvre qui représente l'éthique. Les valeurs fortes qui ont initié l'intervention sociale se fondaient sur la morale illustrée par un idéal de justice, le devoir d'aider l'autre, la disponibilité et un dévouement professionnel. Elle précise enfin que ces valeurs s'étofferont du courant humaniste visant le respect et la neutralité de l'autre, puis intégreront une dimension sociale, collective, qui prend en compte l'environnement social de l'individu.

Si le discours de Bouquet (2003) s'oriente davantage sur le public des travailleurs sociaux, tels que les assistants de service social, des points de similitudes apparaissent dans ce qui pourrait (aussi) constituer le cadre moral d'intervention des aides à domicile. La description du travail de *care* nécessite de travailler avec un concept élargi de travail, incluant ses dimensions morales des activités, au-delà d'un focus sentimentaliste (Paperman, 2009). Le *care* est source de dilemmes moraux parce que les situations

rencontrées, les comportements mis en œuvre pour y répondre sont « *infinis* » (Tronto, 2009a). Ces dilemmes moraux sont mis en juxtaposition des concepts juridiques, afin d'identifier que plus loin que les règles et lois de l'éthique de la justice, l'éthique du *care* s'étend à la responsabilité dont peut naître le conflit, moral, de responsabilité, auquel possiblement les textes et obligations ne répondent pas à la problématique rencontrée (Paperman, 2013). Ainsi, « *du fait de la spécialisation et de la parcellisation des activités, les pratiques concrètes impliquent des visions différentes, parfois opposées, du respect des personnes, en fonction qu'on leur donne, par exemple, des séances d'art-thérapie ou qu'on leur lave les fesses.* » (Molinier, 2013, p. 19).

Ce conflit de responsabilité dont parle Molinier (2013) peut s'expliquer par l'existence de jugements normatifs qui guideraient ce qui relève du bon ou du mauvais *care*. Ceci apparaissant bien complexe à gérer en parallèle du fait qu'il arrive parfois qu'aucune solution n'existe, ou plutôt ne soit la bonne, autrement dit qui ne fait pas tort à l'une ou l'autre des parties en présence (Gilligan, 1977). Il sous-tend alors là un risque qu'une pression supplémentaire naisse de ce conflit de responsabilité vers une pression à bien faire sous peine de.

Les questions éthiques se mêlent donc à la morale qui peut opprimer alors que cette dernière serait « *un ensemble de valeurs absolues, universelles, dont l'observance est un devoir. La morale appelle ordre et discipline* » (Bouquet, 2003, pp. 13-14). Cette morale serait donc plus catégorique que l'éthique qui s'apparente donc à un art de vivre, qui conseille et recommande mais n'est pas dans l'injonction de l'obligation de la morale. La question persiste de savoir si les « bonnes pratiques » restent du conseil... Au sens des certifications qualité, elles finissent par prendre la forme de règles morales et même réglementaires, qui contraignent davantage l'esprit d'une pensée critique. L'éthique aurait pourtant pour objectif de questionner le « comment » plutôt que le « quoi ». Morale et éthique se retrouvant dans un discours normatif, dont l'éthique n'en serait pas pour autant une injonction impérative (Bouquet, 2003).

8.5.1. L'absentéisme pour stratégie d'ajustement au dilemme

Une des stratégies pour faire face à ces dilemmes auxquels on ne saurait faire (bien) face conduit à de l'absentéisme en guise de protection, relayant une parole d'une pourvoyeuse de *care* en institution : « *Quand on sent qu'on pourrait faire tout de travers, [...] mieux vaut prendre un arrêt que risquer sa place* » (Molinier, 2013, p. 54). Les problématiques d'absentéisme mises en évidence dans le chapitre 2 tendraient donc à indiquer une présence importante de ces dilemmes moraux, en plus du fait que les professionnels n'auraient d'autres stratégies que l'évitement pour se préserver.

Tronto (2009a) mettra elle en évidence que du dilemme moral d'une situation ou d'un problème naît de surcroît comme un dilemme moral nouveau, d'essence du *care*. Le *caregiver* risquerait à se révolter d'une situation, pire, à les mettre en porte à faux, parce que cela reviendrait à émettre un comportement qui ne soit plus en accord avec les préceptes du *care*, ce qui entacherait leur légitimité et leur professionnalisme.

Une illustration peut être le cas des pompiers et/ou des infirmiers qui lorsqu'ils font grève. Ils demeurent bien présents à leur poste, leur dos prenant place de la pancarte où le mécontentement est signifié. Voici une nouvelle façon d'exprimer sa voix pour ces professionnels de la santé qui ont au moins bénéficié d'avoir une bonne représentation de la part de la société, le fait de travailler tout en étant en grève ayant sûrement un effet d'autant plus communicationnel (et positif). Il apparaît peu probable que des aides à domicile placardisent leur corps pour se faire entendre. Faisant de ce métier alors, une zone de risque supplémentaire où l'expression et la revendication sont contraintes des images d'un *care* à donner, à tout prix, et nous le verrons, en silence, en invisibilité.

8.5.2. Le temps d'un *care* moral derrière la technicité ?

Enfin, comme ultime dilemme à rapprocher des paradoxes, abordons la question du temps du *care*. Nous avons vu que le *care* est une activité qui nécessite une attention particulière, parfois totale pour accueillir la demande, comprendre le besoin, le prendre en responsabilité puis en soin. Quid alors des discours entendus dans le secteur social, en institution ou au domicile, et qui mettent en évidence que le temps est souvent compté entre deux chambres, deux maisons, réduisant de fait le temps imparti au *care* ? Dans ce cadre, il est probable alors que le *care* technique prenne le dessus sur le temps du *care* moral, alors que pourtant : « *moins le travail est technique, plus grand est l'espace psychique disponible à l'empathie et à la réceptivité.* » (Molinier, 2013, p. 62). En bref, moins le *care* serait technique, plus il serait du *care*, du « bon », du « vrai ». Quelle résonance cela peut-il avoir pour l'aide à domicile considéré comme un exécutant et/ou qui est cantonné à des activités pratiques de ménage, à l'image de l'agent à domicile de catégorie A ?

En institution, la charge de travail « du faire » prend souvent le pas sur le temps d'accompagnement, de l'écoute et de la relation. Pourtant l'accompagnement, le *care*, repose sur un équilibre de réalisation des tâches et de l'espace à laisser à la parole (Heslon, 2008). Il y a là risque à ce que le sens du métier ne soit pas retrouvé chez les aides à domicile, dont le temps semble constituer un cadre autant contraignant à la vie personnelle qu'à la pratique.

9. Conclusion du chapitre 3

Au final de ce chapitre, nous avons donc pu mettre en évidence à partir des travaux des auteurs que le *care* est à la fois pratique, concept et éthique, dont la politisation est un moyen de reconnaître la valeur et l'importance de ces moments qui ne sont pas des « riens ». Il est aussi une condition de sa conduite adaptée en fonction des différents publics, alors que nous devrions tous être conscients que nous sommes chacun bénéficiaire de *care*, et donc amenés à le recevoir, et même, donc, les pourvoyeurs du *care* eux-mêmes.

Le *care* agit sur l'individu aidé, mais également sur celui qui le met en œuvre, du fait de la singularité et de la complexité des situations qui demandent au pourvoyeur de sans cesse (ré)adapter son *care*, autant qu'il peut en être lui-même changé du fait des « conflits de responsabilités ».

L'éthique du *care* en appelle en effet aux compétences et qualités tels que l'attention, les responsabilités, les compétences (pratiques) à mettre en œuvre, ainsi que la capacité de répondre de manière adéquate à un besoin (Tronto, 1993). La morale risque alors de se substituer à l'éthique dans des pratiques injonctives et de conduire à une culpabilité si l'on ne fait « bien ». En outre, le pourvoyeur de *care*, placé dans un contexte de l'action sociale qui repose sur les valeurs de justice, d'égalité, du devoir d'aider l'autre et du dévouement professionnel (Bouquet, 2003), est aussi connu pour investir son énergie dans le soutien au malade (Bon, 1994), conforme à une norme d'éthique du *care* (Avril, 2008) qui conduirait les aides à domicile à réaliser des tâches dans un engagement possiblement excessif. Dans cette idée, un aide à domicile qui prendrait le rôle du sauveteur au sens de l'analyse transactionnelle, présenterait le risque de souffrir de la relation d'aide, alors que souhaitant à tout prix aider l'autre, il en vient à s'oublier ou en devenir lui-même une victime, dans des modalités qui restent toutefois à définir.

De même, celui qui ne se soucierait pas des autres pourrait être perçu tel un égoïste, au moins individualiste (Foucault, 1984), cette image peu désirable socialement pouvant renforcer les degrés d'engagement dans le *care* de la part des aides à domicile, dont on peut penser que ces comportements serviraient à valoriser un métier au travers d'une pratique, alors que la reconnaissance de ce dernier est peu favorable. Plus précisément, les agents à domicile de catégorie A, dont le profil pourrait s'apparenter à être identifié comme un « non puissant », dont Tronto (1993; 2009b) explique qu'ils ont tendance à se sacrifier, serait particulièrement vulnérable sur ce point, et justifier d'un certain effacement dans la relation d'aide qu'il investirait, voire surinvestirait.

Le *care*, considéré comme une pratique, illustrée par des activités et des expériences, est exercé dans le but de répondre aux besoins des autres. La satisfaction résultant de l'atteinte de l'objectif pourrait alors entraîner chez l'aide à domicile qu'il minore l'attention qu'il se porte à lui-même pour y parvenir et également mettre en œuvre des comportements conformes avec l'éthique du *care*, où le professionnel fait ce qui est important (Laugier & Paperman, 2008), pour justifier de son engagement dans un monde social (Paperman, 2009). Pour autant, le temps du *care* « relationnel » est souvent secondaire au *care* « technique » sur le terrain (Heslon, 2008). Or, il apparaît bien de l'éthique du *care* que c'est elle qui donne sens au métier (Tronto, 1993; Molinier, 2013). Une pratique centrée sur le geste et la réalisation, distante du relationnel pourrait alors engendrer une absence (ou une perte) de sens du métier, contraindre la pratique d'accompagnement en elle-même, et même conduire à une baisse de l'estime de soi et donc une souffrance, que cette dernière s'exprime par de la frustration, de la colère, une démotivation, une tristesse, etc. Les agents de catégorie A, encore de par les caractéristiques de leur fonction, devraient en être les plus vulnérables dans ce sens.

Dans le processus de *care* défini en quatre phases (Tronto, 1993), le premier stade demanderait un oubli total de soi afin de proposer un *care* qui s'adapte aux besoins de l'individu à aider. Si les deux premiers

stades relèveraient de l'apanage du décideur, par exemple le médecin, le cadre particulier de l'intervention de l'aide à domicile, en contact direct, dans le domicile des personnes aidées où l'urgence et les crises peuvent être à gérer malgré tout, pourrait devenir une responsabilité de ces agents particuliers du *care*. L'aide à domicile pourrait alors dans les faits être amené à engager un processus complet de *care*, dans lequel il risque de s'oublier, surtout chez un aide à domicile qui témoigne d'une forme d'isolement professionnel (Loones & Jeunneau, 2012). Le responsable hiérarchique devrait réduire cette contrainte toutefois, par son positionnement et les responsabilités qui lui incombent de prendre au travers de décisions. Ici, les auxiliaires de vie pourraient toutefois au travers du profil particulier d'une fonction de catégorie C être davantage concernés que les autres par les conflits de responsabilités et les dilemmes moraux (Tronto, 1993).

Par ailleurs, le sentiment de responsabilité devrait se distinguer en fonction de l'image que le professionnel se fait de son métier, qui serait lié aux représentations du *care*, selon qu'il est plutôt dominé par une image du *care* relevant d'un don, de l'aide, d'une compétence, d'une mission, d'une attention, etc.

Un renoncement à se soucier de soi pourrait ainsi être relevé chez les aides à domicile, à l'image des « servantes » à domicile qui surinvestissent leur emploi et le temps qu'elles y passent dans la peur de perdre leur emploi (unique), dans la crainte que la personne ne décède en leur absence du fait du sentiment de responsabilité, ou encore du fait de la gratification morale que ces professionnels de l'emploi direct et continu tirent du fait de « bien faire » leur travail (Moré, 2014). Bien sûr, le cadre institutionnel de la structure prestataire ne permettra pas à l'aide à domicile de ne pas prendre ses vacances. Toutefois, des stratégies similaires (travailler plus longtemps ? sans déclarer des heures supplémentaires ?) pourraient s'y substituer mais traduire les mêmes dimensions.

D'un autre côté, le rapport au temps apparaît contrarié chez les aides à domicile (Devetter & Barrois, 2012) qui peuvent avoir des difficultés à concilier leurs vies personnelles et professionnelles. Cette difficulté a un lien direct sur le stress des infirmiers (Cherkaoui, Montargot, & Yanat, 2012). Il y a fort à parier que les aides à domicile témoignent des mêmes souffrances et/ou difficultés à faire face, à moins que cela ne se traduise au travers d'un délaissement de leurs propres activités domestiques de *care* ?

Le *care*, comme travail, concept et éthique pourrait alors en soi constituer un agent de transformation des individus. Sous quelle forme ? Les éléments soulevés, comme le fait d'être un agent du soin de l'autre, et qui prédisposent le pourvoyeur, plutôt dit « subalterne », à l'effacement, pourraient alors contraindre le pouvoir d'agir des *caregivers*, qui s'ils en devenaient dévoués à l'autre, présenteraient le risque de s'oublier eux-mêmes. Reste à savoir si cela serait de l'ordre d'un processus conscient, inconscient ou même des deux à la fois. Nous nous interrogeons donc spécifiquement sur le pouvoir d'agir des aides à domicile quant à œuvrer ou être attentif à leur propre *care* et la prévention de leur santé. Cette dernière ne peut par ailleurs qu'être portée par l'individu lui-même, mais nous le verrons dans le chapitre suivant, doit être dynamisée et mise en œuvre d'un point de vue organisationnel par l'institution qui l'emploie. L'analyse réflexive contribue à la pratique (ré)adaptée du *care* (Mozère, 2004). Nous pensons également que cette dernière profiterait au bien-être, par une meilleure compréhension des situations, facilitant le travail. Ce

processus demande l'existence d'un tiers, dont on s'attend à ce qu'il soit représenté par un responsable hiérarchique.

Même si le discours du *care* laisse comme omniprésent le sentiment et la représentation que le *care* est un *care* de l'Autre, par l'autre, plusieurs auteurs ont toutefois toujours émis le fait que nous sommes tous objets de *care* (Tronto, 1993; Paperman, 2009; Laugier & Paperman, 2008), et qu'être bien soi-même demande un investissement personnel, et possiblement donc, que l'individu soit en capacité de prendre le temps de tourner son regard sur lui-même. La question de l'*empowerment* dans les modèles de la santé (pas seulement au travail) sera également évoquée dans le chapitre suivant pour justifier ce besoin de rendre l'individu conscient du besoin de se soucier de soi, afin qu'il puisse identifier les zones dans lesquelles il peut intervenir lui-même ou devrait s'étonner que son employeur ne la fasse pas.

Le besoin du souci de soi pour préserver sa santé, demande alors à être interrogé au sein des modèles de la santé au travail, et d'être précisé dans ce contexte personnel, professionnel, social et sociétal du concept et de l'éthique du *care*. Ce souci de soi, que nous pourrions évoquer dans la langue de Shakespeare – puisque le *care* anglais y sont moult soin, souci, attention français – le « *self-caring* », représente-t-il alors une disposition ou une qualité (propre et singulière de la personne) ou bien un apprentissage ou une capacité (acquis et qui peut être développé) ? Et comment est-il /peut-il être modélisé dans les modèles existants de santé au travail ?

Si le souci de soi se révèle effectivement mineur chez les aides à domicile, il nous faudra alors par suite réfléchir au moyen de faire que le *caregiver* soit en position, capacité et envie d'accomplir sa mission, en conformité avec ses valeurs et une éthique du *care*. Et au préalable identifier ce qui peut expliquer (facteurs, conséquences et processus) que le pourvoyeur de *care* en devient dans d'autres circonstances le bénéficiaire. Moré (2014) a toutefois mis en évidence que le discours tournant autour du souci de soi serait plus assimilé parmi les salariés ayant des parcours plus professionnels et ayant suivi des formations. Cela pourra également être étudié au travers des entretiens. Si l'aide à domicile présente effectivement une tendance à l'oubli de soi, est-ce conscient, inconscient ? Un souhait ? De l'ordre du déni ? Quels buts poursuivent cette réalité pour ces professionnels ? Est-ce assimilable à une stratégie défensive ?

Selon les théories interactionnistes et transactionnelles, l'individu est en situation de stress lorsqu'il ne perçoit pas disposer des ressources face à un danger ou un défi (Lazarus & Folkman, 1984). De même, un professionnel qui ne percevrait pas de ressources adaptées ou suffisantes pour faire-face aux contraintes de son travail présente le risque d'épuisement professionnel, et donc des effets délétères sur sa santé (Karasek & Theorell, 1990). L'ensemble des risques et facteurs de pénibilité identifiés dans le présent chapitre et le précédent indique que la santé des aides à domicile, au regard des premières caractéristiques et tensions du travail de *care* mises en évidence, est elle-même en situation de vulnérabilité. Le prochain chapitre présente des modèles de la santé au travail qui permettent de creuser la question de ces risques et d'identifier dans les modèles existants ce qui peut expliquer les dangers pour la santé, mais également les éléments qui participent à modérer les effets défavorables de certains facteurs.

Chapitre 4 : Santé au travail : entre obligations réglementaires et risques dans l'aide à domicile

S'appuyant sur le droit du travail, Héas (2010) évoque que « *dans une situation de travail pénible, l'altération de la santé du travailleur intervient irrémédiablement, du simple fait de l'environnement de travail, sans que nécessairement un risque professionnel ne se soit réalisé* » (p. 42). Etant considéré le large champ que couvrent les facteurs et risques de pénibilités (Cf. *article D. 4121-5 du Code du travail*), il est probable que chaque personne en emploi soit en situation d'une altération de sa santé, sur le plan juridique. Les résultats de l'enquête SUMER 2003 indiquaient déjà il y a dix ans un accroissement des risques et de la pénibilité au travail. Ainsi, le travail, au regard des apports des précédents juristes, porte en soi les conditions de la dégradation de la santé du travailleur. Héas (2010) fait de même référence sur ce point à Bance (1978)⁷⁹ qui identifiait la pénibilité comme « *une conséquence du cadre de travail* ». Etendu au champ de la psychologie et plus largement des sciences humaines, nous évoquerons à suivre ce que les chercheurs de ces disciplines ont mis en évidence du lien travail-santé.

Le suivi longitudinal de la santé des travailleurs municipaux finlandais de 1990 à 1997, mené par Vahtera, Kivimäki, Peritti & Theorell (2000), évoqué par Vézina (2002a) a permis de démontrer que « *l'absentéisme pour maladie est relié aux conditions de travail et que des améliorations dans les conditions psychosociales de travail réduisent le risque de maladie chez les travailleurs* » (p. 28). Plusieurs éléments sont identifiés comme réduisant les dites absences pour maladie. Ils concernent la possibilité d'utiliser les habilités, la prise de décision concernant l'organisation de son travail, le contrôle des incertitudes professionnelles, ainsi qu'un accès à un soutien social fort de la part du responsable hiérarchique.

Aujourd'hui, lorsque l'on parle de la santé, c'est encore le modèle biomédical qui prime, ce modèle étant pourtant distant des aspects psychologiques, comportementaux et sociaux de la santé ; contrairement au modèle biopsychosocial sur lequel repose la psychologie de la santé qui s'est fondée d'après les préceptes de la psychologie clinique, développementale et sociale (Shankland & Verhac, 2013).

La santé, au-delà d'être un objet d'attention particulière de nos temps modernes, peut se distinguer en tant qu'un état – qu'il soit considéré comme physique, psychologique ou encore moral – ainsi qu'en un générateur de coûts pour la société. Deux approches qui en soi caractérisent déjà la santé, d'un point de vue médical ou gestionnaire. S'agissant de s'intéresser aux actifs en emploi, la santé devient aussi l'affaire de l'entreprise, soumise à des obligations diverses visant à prendre en considération la problématique dans ses murs.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social* », ne se tenant donc pas à une composante physique et même psychologique, mais à un concept

⁷⁹ Bance, P. (1978) Recherche sur les concepts juridiques en matière de conditions de travail. RFAS, 1, p. 121-179.

plus global qui semble en dessiner un portrait presque utopique à atteindre. La santé, sans vouloir trop tôt ne la considérer que dans un contexte professionnel, est un objectif en soi des acteurs politiques et médicaux. Que cela soit question de devoir, de valeur humaniste et/ou de vocation.

Ainsi, ne cessent de pleuvoir plans en tous genres visant à améliorer les situations de santé des populations. On peut rappeler, sans rentrer dans les détails, et de manière non exhaustive, les plans de santé-environnement, les projets régionaux de santé, les plans stratégiques régionaux de santé, et bien d'autres, qui ont pour but de présenter les limites d'un espace en matière de santé et de proposer des actions, à partir de réflexions de comités divers composés de professionnels du corps médical, d'élus et de membres de la population. Tous ces plans et dispositifs mixtes ont été portés entre autres par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009. Des organisations ont également été créées pour encadrer ou plutôt soutenir ces actions, telle que l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) ont quant à eux pour but d'effectuer une veille sur les situations de santé et ainsi orienter les différents comités quant à l'écriture des différents plans. Au-delà de ces balisages généraux dont les orientations portées par les décideurs présentent le risque de ne pas forcément répondre aux réalités de terrain du fait de leur éloignement, la santé des travailleurs est également encadrée par nombre de règles, règlements et réglementations, formels ou implicites. Que cela soit au niveau mondial avec l'OMS, au niveau européen, national, parfois local et même au sein de l'entreprise (avec les CHSCT).

L'OMS comprend un comité spécifique à l'environnement de travail, la santé touchant donc par ailleurs tous les quotidiens d'un individu, sa santé n'étant donc pas cantonnée dans l'intimité. Ce comité est identifié comme le « BIT-OMS », Bureau International du Travail⁸⁰ et définit différents objectifs qui portent sur le maintien et la promotion de la santé au travail, de la sécurité, et ce au moyen de l'amélioration du travail et de l'environnement, via, entre autres, le développement d'organisation et de culture de travail ayant vocation à assurer un climat social favorable (Neboit & Vézina, 2002).

Les préoccupations portant sur la santé ne sont pas nouvelles. Confronté à l'histoire du travail, le lien à la santé n'est tout d'abord pas considéré, au sens d'une promotion de cette dernière. A l'époque de la Grèce Antique, les tâches demandant des efforts ou le travail de matières sont dégradants et altèrent le corps des artisans et des esclaves à qui sont réservées ces besognes. De même, étymologiquement, le terme travail est associé à la douleur et à la souffrance (Supiot, 1994)⁸¹. Ainsi, c'est à l'origine négativement que s'associent la santé et le travail. Aujourd'hui, les conceptions modernes considèrent les effets réalisateurs, épanouissants du travail pour l'individu. Les conséquences de l'environnement de travail sur la santé ont conduit à développer une réglementation dans le cadre des relations de travail qui vise à prévenir et promouvoir la santé ; déclinaison en contexte professionnel des politiques de santé publique.

⁸⁰ Cf. http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/media-centre/press-releases/WCMS_005644/lang--fr/index.htm consulté le 14/07/2015

⁸¹ Cité par Henry E. (2010). La reconfiguration de l'expertise en santé au travail : vecteur de transformation de l'action publique ? In Dedessus-Le-Moustier, N., Douguet, F., (2010). *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*.

1. Cadre réglementaire de la santé au travail

Au-delà des dispositions du BIT-OMS, Grojean (2010) parle de liens entre la santé au travail et la santé publique qui se feraient à suivre plus étroits, la santé au travail étant aujourd'hui un logique objet de considération quand on aborde la question de la santé au sens large. L'auteur fait notamment référence au droit encadrant les entreprises sur ces problématiques. Ainsi, d'après la directive cadre européenne 89/391/CEE de 1989, tout employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail. Cette directive précise les obligations de l'employeur à supprimer les facteurs de risques et les accidents et souligne les principes relatifs aux services de prévention et de protection, à l'information, à la formation et à la participation des travailleurs, etc. Cette notion d'éradication, a priori évidente et simple sur le papier, nous apparaît paradoxalement complexe en cela même que cela nécessite de questionner ce qui constitue un facteur de risque, et si cette obligation de suppression est réaliste et réalisable dans l'absolu.

La Loi de modernisation sociale de 2002 a par ailleurs étendu la responsabilité de l'employeur à la prévention de la santé non seulement physique, mais également mentale dans l'entreprise, complétée de l'accord cadre-européen en 2004 qui étend la 89/391/CEE sur le stress au travail, en mettant l'accent sur la prise de mesures de prévention de stress, au-delà du diagnostic ; en précisant des facteurs de type organisationnel à prévenir spécifiquement.

Ainsi, les évolutions techniques, technologiques et le développement des connaissances en médecine, de même que les prescriptions de santé publique visant à favoriser une saine hygiène de vie ont contribué à l'allongée de l'espérance de vie et la qualité de vie des individus. Les lois et notamment les obligations des employeurs à prendre en main ces problématiques ont également permis d'étendre les efforts d'amélioration aux conditions de travail visant à la promotion de la santé au travail. Cependant, malgré les progrès, les réglementations et négociations en cours témoignent encore du rapport sensible toujours entretenu entre la santé et le travail. Ainsi, dans le cadre de la réforme des retraites en France et depuis une dizaine d'année, il est fréquemment question dans les textes de « pénibilité », de « sécurité » et de « risques » (professionnels, psychosociaux). Ainsi, dès 2003, la question de la pénibilité au travail a été intégrée à la thématique du dialogue social dans sa loi⁸² sur la réforme des retraites. Ces prérogatives se poursuivent aujourd'hui (loi 2010-1330 du 9 novembre 2010, arrêté du 30 janvier 2012)⁸³ en termes de mesures visant à (1) prévenir la pénibilité dans toutes les entreprises (article L. 4121-1 du Code du travail), (2) assurer une meilleure traçabilité de l'exposition professionnelle des salariés aux facteurs de pénibilité,

⁸² Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites

⁸³ Loi 2010-1330 du 9 novembre 2010 (préconisant les dispositions relatives à la prise en compte de la pénibilité au travail dans le cadre de la réforme des retraites) et décrets ultérieurs, ainsi que l'arrêté du 30 janvier 2012 définissant les modalités de mise en œuvre de la fiche de traçabilité des expositions liées à la pénibilité.

et (3) permettre un départ à la retraite à 60 ans pour les salariés exposés à un ou plusieurs facteurs de pénibilité sous certaines conditions.

Ces évolutions ont eu lieu en même temps que les appels à prendre en charge les vulnérabilités individuelles sur un plan médico-social, au point qu'aujourd'hui, dans un souhait de respect des individus qui ne seraient plus des poids, on parle désormais de « prise en soin » et d'accompagnement des personnes (les vocables faisant l'objet de nombreuses discussions dans nombre de réunions auxquelles le chaland assiste en attendant l'abord des aspects concrets qui ne seront finalement souvent abordés que dans les dernières minutes...), ce qui est au cœur de l'activité même des aides à domicile, intervenant auprès de publics dépendants ou fragilisés socialement. Cela a été permis par les nombreuses recherches également promues dans des disciplines telles que la sociologie, la médecine, la psychologie ou encore (en corps) l'ergonomie.

1.1. La santé à partir des risques

Malgré moult références réglementaires visant à protéger la santé, nous avons toutefois vu que l'absentéisme dans le travail des aides à domicile est particulièrement présent. Les coûts actuels de l'Assurance Maladie (et entre autres ceux liés aux maladies professionnelles et accidents du travail) traduisent pour autant une forme d'inefficacité à assurer la santé des travailleurs, notamment dans certains secteurs comme dans les services à la personne.

Le cadre juridique semble présenter la faiblesse d'être fortement orienté sur les maladies du corps dont la seule dimension physique ne répond pas à la définition d'un état de bien-être total au sens de la définition de l'OMS. Ce peut être consécutif du concept de risque qui a découlé de ces réglementations, alors que ce dernier trouve son origine dans les statistiques et une logique comptable, dont nous comprenons qu'il en devient certes plus abordable car élaboré au travers de données objectives liées aux affections du corps (qui peuvent être référencées dans les vadémécums). Ce qui concerne les souffrances psychiques, par définition plus complexes à appréhender, voire subjectives quand elles reposent sur la perception des événements et des ressources de la personne, est moins mis en évidence, d'autant quand il s'agit de faire un lien avec l'environnement de travail.

De plus, il reste complexe d'appréhender la réalité de l'impact du travail sur la santé morale et sociale, quand les critères restent majoritairement fixés sur une logique du corps. Ainsi, à ce jour, même si des discussions ont récemment émergé à ce sujet, le burn-out, « épuisement professionnel », n'est pas considéré comme une maladie professionnelle et donc reconnu officiellement comme un mal du travail par

l'assurance maladie. En effet, un article paru dans le journal Le Monde le 29/05/2015⁸⁴ évoquait que l'Assemblée Nationale avait proposé d'inscrire que les maladies psychiques puissent être considérées comme des maladies professionnelles. Ce n'est à ce jour pas le cas, le texte ayant été revu 2 mois plus tard (Cf. propos de F. Rebsamen, Ministre du travail en France, sur Europe 1 le 22 juillet 2015, qui ne reconnaît pas le burn-out comme possible maladie professionnelle). Reposant sûrement en partie du fait de la complexité de ces affections et de leur « évaluation », qui plus est en contexte de travail. Or, traduire ces souffrances psychiques du travail en tant que maladie professionnelle apparaît un préalable nécessaire (voire indispensable) à une réelle prise en charge dans le contexte du travail, d'un point de vue autant préventif que curatif, et dont la responsabilité ne reposerait pas seulement sur des caractéristiques individuelles.

Aujourd'hui, la santé au travail trouve corps au travers du Document Unique (qui vise à référencer tous les risques pour la santé identifiables au sein d'une entreprise), dans lequel peu ou pas de place n'est laissée aux souffrances psychiques qui peuvent malgré tout entraîner des troubles physiques, à l'image de certains Troubles Musculo-Squelettiques, qui tel un symptôme, peuvent constituer une alarme, qui, si les mesures ne consistent qu'à les éteindre, n'en régleront pas la source. Couper l'alarme, évacuer la fumée ne tuera pas le foyer du feu qui s'allume, et finit par dangereusement se propager.

Ceci nous amène à distinguer les deux risques composant le sujet de la santé au travail, les risques physiques, plutôt orientés (sur le terrain) sur les contraintes physiques, et les Risques psychosociaux, nébuleux terme « fourre-tout » conceptuel que nombre de salariés n'en revendiquent pas forcément les affections, d'ordre davantage mental, social et psychologique, pour nous rapprocher par la même de la santé au sens de l'OMS.

1.1.1. Les risques professionnels

Le concept de risque n'est pas nouveau et ne se réduit pas au champ de la santé. A l'origine associé aux probabilités, servant des logiques gestionnaires au service entre autres de l'industrie et des assurances, le concept a évolué grâce à son étude au sein de plusieurs disciplines comme la psychologie, les sciences cognitives, la sociologie, l'environnement ou encore l'économie.

a) Le concept de risque

D'un point de vue étymologique, le risque provient du latin « *couper* » et du grec « *racine* ». Les deux mêlés interrogent la possibilité de survie de l'être ainsi ôté de son essence. On trouve par ailleurs les

⁸⁴ Consulté le 14/07/2015 sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2015/05/29/le-burn-out-peut-etre-reconnu-comme-une-maladie-professionnelle-selon-l-assemblee_4643051_3224.html

définitions suivantes : (1) « *danger éventuel plus ou moins prévisible* », renvoyant à *danger, hasard, péril* ; (2) « *éventualité d'un évènement ne dépendant pas exclusivement de la volonté des parties et pouvant causer la perte d'un objet ou tout autre dommage* » ; (3) « *fait de s'exposer à un danger (dans l'espoir d'obtenir un avantage)* ». Ainsi, les caractères d'incertitude, de manque de contrôle sont introduits dans la définition du risque, associé à une notion de perte ou de dommage. Une notion de défi apparaît quand le risque est pris par l'individu (s'exposer en vue d'un gain), renvoyant ce dernier à une responsabilisation de l'acte entrepris en connaissance de cause.

D'un point de vue plus fondamentaliste, Kermisch (2011) résume qu'au travers de son histoire multidisciplinaire, les recherches ont eu pour effet que « *le risque est devenu un concept polyvalent qu'une définition univoque ne suffit plus à cerner [...] désormais omniprésent et inséparable de sa perception* » (p. 30). Par ailleurs, Motet (2010) a de son côté défini le risque comme « *la présence d'une cible dans le champ d'un danger* »⁸⁵ (p. 32). En l'appliquant à notre sujet, nous pourrions l'illustrer telle la présence d'un salarié dans une situation pouvant porter atteinte à sa sécurité, parce que non maîtrisée ou non maîtrisable. Il complète son apport d'information en intégrant la question de probabilité d'apparition d'un dommage, dont la gravité est également à considérer. En résumé, le risque peut être entendu en cela qu'on peut en considérer les causes, les probabilités de survenue de l'évènement (caractérisant un danger, contraire à une situation sécuritaire), ou encore l'évaluation du degré de gravité du risque étudié. Les trois dimensions cumulées, cause, probabilité et gravité, permettent alors de caractériser un facteur de risque. Un facteur de risque peut ne pas conduire à la situation de danger effectif, et pour autant entraîner une situation de danger potentiel dans la simple perception ou attente qui mettrait l'individu en situation de peur, et donc de souffrance psychologique, état contraire à la quête du bien-être complet.

Pour poursuivre dans cette approche psychologique de la santé, nous pouvons définir les facteurs de risques en nous inspirant de la modélisation d'Althaus & Al. (2013) issue de leur revue scientifique de différents modèles de la santé au travail. Souhaitant intégrer l'ensemble des travaux considérés sous une même modélisation simplifiée, ils mettent en évidence une caractérisation possible des modèles d'après une dyade où l'environnement de travail influence la santé. Ceci faisant de l'environnement de travail un facteur de risque en soi, qu'il conviendrait de décliner. A l'intermédiaire, deux éléments peuvent faire varier l'interaction : les médiateurs et les modérateurs. Ce sont ces derniers que nous considérons comme des facteurs types complémentaires d'un risque pour la santé. Cependant, à l'inverse d'une notion de risque considérée comme négative sémantiquement, nous caractérisons la force et la probabilité de ce facteur modifiant la relation environnement de travail et santé, autant par impact positif que négatif. Ainsi, l'environnement de travail influence (partiellement ou totalement) les médiateurs qui eux-mêmes influencent la santé. Les modérateurs modifient la direction et l'intensité entre ces deux variables (travail-

⁸⁵ Citant une référence extraite du Guide 51, Aspects liés à la sécurité « Principes directeurs pour les inscrire dans les normes », ISO (1999)

santé). Ils sont catégorisés d'après 5 catégories de variables modératrices⁸⁶ : (1) sociodémographique, tels que le genre, l'âge et le niveau d'éducation ; (2) les caractéristiques individuelles : traits de personnalités, estime de soi, lieu de contrôle, type comportemental A, les ressources individuelles (état de santé initial, capacités) ; (3) les caractéristiques du travail ; (4) le soutien social et (5) l'environnement extra-professionnel.

Par ailleurs, le processus explicatif des liens travail-santé repose sur les médiateurs constitués entre autres par la prise en compte des phénomènes individuels perceptifs de l'environnement et des ressources (et non de l'environnement objectif), et au travers des réactions à court terme déclinées en 5 sous-catégories (physiologique, expérientielle, comportementale, cognitive, émotionnelle). Le risque pour la santé est identifié comme accru dans le cas où ces réactions (négatives) perdureraient dans le temps. Entre autre, cela pourrait conduire à un stress chronique.

Nous ajouterions à la synthèse d'Althaus, Kop et Grojean (2013) deux dimensions, une catégorie de modulateurs, interagissant entre environnement de travail et santé de l'individu. Ces modulateurs organiseraient les conditions de la relation. Par ailleurs, sortis de la question du risque, qui peut être physique ou psychologique, nous nous interrogeons sur la question de la pénibilité qui se fait de plus en plus présente dans les médias, les règlementations et mêmes les réformes en cours, telles que les réflexions continues portant sur les retraites.

Au sens général du terme⁸⁷, la pénibilité correspond au « *caractère de ce qui est (plus ou moins) pénible* » ainsi qu'à la « *quantité d'effort pénible à fournir* ». Le terme « *pénible* » renvoyant lui à « *qui affecte l'âme* », provenant de *peinible* « *qui donne de la peine, fatigue* ». Les propositions suivantes proposent également les définitions ci-contre : « *qui se fait avec peine, fatigue* », « *qui se fait avec difficulté* », « *qui cause de la peine, de la douleur et de l'ennui ; qui est moralement difficile* », ainsi que « *difficile à supporter* » (utilisé dans la forme familière). L'ensemble des définitions évoquées renvoient donc autant aux conséquences (peine, fatigue) qu'à l'action induite (effort, se fait avec difficulté). On y relève une composante psychologique, morale (douleur, peine, supporter) importante.

b) Facteurs de risque et pénibilité au travail

Précisant ces risques sur le terrain professionnel, d'un point de vue juridique, dans le code du droit du travail, préserver la santé et assurer la sécurité des collaborateurs est un devoir de l'entreprise auprès de ses membres (articles L4121-1 et L4121-5).

⁸⁶ Inspiré du modèle de Vézina (2002)

⁸⁷ Définitions issues du Dictionnaire Le Petit Robert, édition 1993, p. 1826.

Ainsi, « l'employeur doit veiller à la sécurité et à la protection de la santé de ses salariés. Il doit prendre les mesures de prévention des risques professionnels nécessaires et informer et former ses salariés sur ces risques. Il doit aussi respecter certaines règles dans l'aménagement et l'utilisation des locaux de travail. L'employeur négligeant engage sa responsabilité. »⁸⁸. Le code du travail précise à cette fin ce qui relève des risques professionnels associés à la santé, et présente une définition de la pénibilité au travail qui « se caractérise par une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé (article L. 4121-3-1 du Code du travail). Ces facteurs de pénibilité sont définis dans le Code du travail (article D. 4121-5) »⁸⁹. Ces derniers concernent les contraintes physiques (manutention manuelle de charge, postures pénibles, vibrations mécaniques), l'environnement physique agressif (agents chimiques dangereux, bruit, pression supérieure à la pression atmosphérique, bruit, température) ou encore les rythmes de travail (nuit, travail posté, répétitif). Ces facteurs de pénibilité semblent davantage soulever la dimension physique de l'atteinte à la santé, ce qui n'est pas forcément conforme aux définitions générales citées ci-avant. On y dénote ici une vision partielle de l'approche de la santé en entreprise, pouvant expliquer ou être expliquée par le développement d'une approche spécifique des risques, du point de vue psychosocial ; complémentaire des risques professionnels, qui en revendiquent l'attention des employeurs afin que la santé de leurs collaborateurs ne soit pas « altérée ». Ces risques apparaissent ciblés sur le corps, comme si l'aspect psychosocial, s'il peut être un risque, se détachait de la sphère professionnelle, sémantiquement et symboliquement parlant.

c) Les risques professionnels

Les risques professionnels semblent couvrir finalement davantage les risques et contraintes physiques liés au travail. Le Document Unique qui est un outil permettant d'identifier les facteurs de pénibilité et les risques associés pour chaque métier d'une entreprise se retrouve ainsi généralement quasi exclusivement tourné sur les risques physiques (ex : contact avec des substances nocives, port de charge, environnement bruyant, chaud ou froid, etc.).

L'article d'Amira (2014) permet de synthétiser les principaux risques professionnels qui concernent les métiers de l'aide à domicile. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que les chiffres regroupent à la fois le métier d'aide à domicile et d'aide-ménagère, ce qui a notre sens appelle à vigilance, l'aide-ménagère pouvant opérer exclusivement son métier dans le secteur des services (au sens des prestations de « confort »). De même, les chiffres sont rapportés au sein de la famille des services aux particuliers et aux

⁸⁸ Extrait du site du service public français ; fiche Sécurité et santé au travail : obligations de l'employeur ; Mis à jour le 18.03.2014 par Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre) : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2210.xhtml>

⁸⁹ Extrait du site de l'INRS via le lien suivant <http://www.inrs.fr/accueil/demarche/evaluation-risques/penibilite.html>

collectivités, dissociés de la famille « santé action sociale, culturelle et sportive », dans laquelle nous aurions tendance pourtant à classer (au moins) les auxiliaires de vie sociale, en proxémie avec les aides-soignants sur l'aide à la toilette, dans l'interaction avec le corps et l'intimité de la personne dépendante. La proximité est d'ailleurs entendue dans la convention collective de l'aide à domicile, puisqu'aide-soignant et auxiliaire de vie sociale sont classifiés dans la même catégorie (C).

Les fiches synthèses réalisées par Amira (2014) ont toutefois d'intéressant de dresser une photographie des caractéristiques du métier, en terme de variables individuelles, de profil d'emploi et des risques professionnels associés, d'après l'enquête Sumer 2010. L'annexe CH4A – « Portait de l'aide à domicile et des risques professionnels associés (SUMER 2010) » est élaborée à partir de données sélectionnées dans ces fiches, et est disponible dans le tome 2.

Pour autant, ces considérations somatiques ne suffisent pas à elles seules à traduire l'ensemble des pénibilités du travail. Par ailleurs, certaines affections physiques témoignent également de souffrances psychologiques à l'image des troubles musculo-squelettiques aux liens parfois très étroits avec les nouveaux risques inhérents à l'environnement de travail, que constituent les risques psychosociaux, dont l'utilisation d'un terme « savant » pour le définir contribue à en rendre la définition floue pour les individus. Le terme valise contribuerait même en soi à taire le phénomène, les individus se représentant très probablement plus facilement du stress, du harcèlement et des violences physiques ou verbales.

1.2. Des TMS aux RPS : la souffrance psychique au travail

D'après l'INRS et le Ministère du travail français, les facteurs de pénibilité se caractérisent toutefois également par une dimension psychologique. « *Les situations de travail qui provoquent du stress sont associées à une augmentation de maladies comme les troubles musculo-squelettiques (TMS), les maladies cardiovasculaires, ainsi que les problèmes de santé mentale* » (Neboit & Vézina, 2002, p. 27). Les mêmes auteurs rappellent dans leur ouvrage que la tension au travail, mise en évidence par Karasek (1979), dont nous présenterons le modèle à suivre, est associée à des pathologies cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle, notamment lorsque le salarié ne bénéficie pas d'un soutien social adapté. De plus, nous rapprochant du public des pourvoyeurs de *care*, le stress au travail, spécialement la charge de travail, la participation limitée aux prises de décisions et le soin aux personnes handicapées sont positivement associés au *burnout* des soignants (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011). La similitude avec le public des aides à domicile donnerait ainsi un sens à l'absentéisme élevé relevé dans le secteur des services à la personne. Une réalité de ce secteur et les rapports de l'assurance maladie sur les types d'affections dont souffrent les aides à domicile révèlent pour grande partie l'existence des TMS chez les aides à domicile. Il résulte que TMS et RPS (risques psycho-sociaux) seraient liés par des liens très étroits, s'impactant l'un et l'autre. La douleur provoquant à terme un épuisement, et le stress, des douleurs somatisées.

1.2.1. Les TMS

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent en France la première cause de maladies professionnelles indemnisées et de journées de travail perdues. Le sujet est éminemment préoccupant sur notre territoire mais plus largement en Europe. Ils peuvent s'exprimer par des lombalgies et des pathologies articulaires, dues notamment à des gestes répétitifs (contraintes posturales et gestuelles) ou des déterminants organisationnels et psychosociaux des situations professionnelles dont le TMS est un symptôme (INRS, 2015⁹⁰ ; Bougers, De Winter, Kompier, & Hilderbrandt, 1993). A ce titre, le plan Santé Travail 2010-2014 en a fait sa priorité de prévention, en France.

Un récent rapport (2015) des équipes de recherche de l'Université d'Angers (UNAM – LEEST) et de l'Institut de veille sanitaire définit et identifie les facteurs de risques des TMS qui « *recouvrent un large ensemble d'affections péri-articulaires qui touchent les tissus mous (muscles, tendons, nerfs, vaisseaux, cartilages) et se traduisent principalement par des douleurs et une gêne fonctionnelle souvent quotidiennes. [...] L'intensité de la douleur et de la gêne peut varier d'une personne à l'autre, mais aussi au cours du temps pour une même personne. Leur gravité est liée à leurs conséquences médicales, du fait d'une chronicisation fréquente, et professionnelles, car source d'inaptitude au poste de travail.* » (Brière, et al., 2015). Ce rapport fait également état de mouvements répétitifs de la main et des bras, qui, exercés plus d'un quart du temps, ainsi que des positions douloureuses et fatigantes au travail, constituent une exposition augmentée au risque d'entraîner des TMS au travail.

Le site de l'INRS⁹¹ évoque que tous les secteurs d'activités sont touchés par les TMS, notamment le secteur de l'agroalimentaire, la métallurgie, la construction automobile et le BTP. Toutefois, mention est faite à suivre du secteur de l'aide à la personne, dont le travail répétitif et le port de charges lourdes le laissent aisément présager. L'INRS propose par ailleurs nombre de livrets de bonnes pratiques pour éviter les risques au travail. Ainsi, on y retrouve en juillet 2015, 13 livrets à destinations des aides à domicile et/ou de leur responsable/employeur pour prévenir leur santé, très majoritairement orientés sur la santé physique, au travers des gestes à effectuer dans le quotidien professionnel (dans les maisons des personnes aidées et sur la route). Dont... un seul spécifique aux risques psychosociaux, sur deux pages, qui synthétisent sous forme d'images (situations de travail) ce que peut faire le salarié pour réduire les risques et se faciliter la tâche. Un support plutôt autocentré, où la collaboration avec l'employeur, tel qu'affiché, apparaît plus tirer vers une responsabilité du salarié à prévenir les risques du domicile et du transport, le rôle de l'employeur semblant se réduire ici à une mise en évidence des risques existants.

⁹⁰ Cf. statistiques consultées le 14/07/2015 sur <http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/statistiques.html>

⁹¹ Cf. statistiques consultées le 14/07/2015 sur <http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/statistiques.html>

Voici alors un exemple qui tend à justifier que les attentions quant à la santé des aides à domicile restent encore très centrées sur la souffrance physique, alors que nous avons ébauché que le métier présente des risques de souffrances émotionnelles et mentales fortes du fait d'un métier relationnel en lien avec des personnes en situation de vulnérabilité où la question de la responsabilité n'a de frontières précises du fait de leur fonction d'exécutant, réduisant donc leur autonomie, dont nous verrons qu'elle peut contraindre la santé psychique d'un salarié qui serait placé en tension mentale. L'étude des modèles de la santé (stress) au travail et les apports de Karasek (1979) éclaireront à suivre ces composantes.

Reste alors que les TMS peuvent représenter un symptôme d'un mal d'ailleurs, à l'image des risques psychosociaux dont la souffrance morale commence ou finit toujours par trouver écho dans le corps.

1.2.2. Les RPS

Les nouveaux représentants de la santé et de la sécurité dans les entreprises veillent aux évolutions et à la prise en charge de ces conditions, à des visées de prévention et d'amélioration des conditions de travail. Dans les conditions de travail, les dimensions psychiques ont souvent été sous-estimées, poids d'un héritage industriel majoritairement centré sur les impacts physiques. Pour autant, de nombreux professionnels exercent dans le secteur tertiaire, où l'on est amené à travailler en collectif, autant qu'il induit une relation de service, en interaction avec des clients ou des bénéficiaires. Ces dimensions humaines sont porteuses de pression : objectifs à atteindre, exigences des acteurs ; et peuvent conduire à des ressentis de stress et d'agressivité, comme de satisfactions.

Vallery & Le Duc (2012) fixent l'émergence du concept des RPS dans les années 2000, qu'ils considèrent « *comme une extension du vocable stress* ». Ils sont par ailleurs définis par le « Collège d'expertise sur le suivi des RPS⁹² » comme « *des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* ». Parmi les RPS, on considère couramment le stress qui en est une manifestation en entreprise, autrement dit une expression. Toutefois, investiguer les RPS demande de prendre en compte l'ensemble des dimensions psychosociales qu'ils impliquent. Ainsi, les RPS incluent également les violences internes et externes, le harcèlement moral et le sentiment de mal-être au travail (INRS, 2015).

Le harcèlement moral correspond à un « *déclencheur des processus de stress* » (Ponnelle, Vaxevanoglou, & Garcia, 2012, p. 189), alors qu'Hirigoyen définit le harcèlement sur le lieu de travail comme ce qui relève de « *toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personnalité, la dignité ou l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettre en péril l'emploi de celle-ci ou dégrader le climat social* » (1998, p. 67).

⁹² Créé en 2008 à la demande du Ministère du Travail, en France

Les RPS peuvent également désigner des déterminants qui y conduisent telles que les conditions de travail (charge de travail, horaires, contraintes, rémunération) et le contexte social et organisationnel (incluant les relations de travail) dans lequel évolue le salarié (Valléry & Leduc, 2012).

Les RPS, dont le stress, impactent la santé physique et/ou morale et mentale des salariés. Les RPS constituent une composante essentielle des problématiques de santé au travail, qui sous exigences de réglementations⁹³, fait partie des obligations de considération par les entreprises, qui doivent assurer la sécurité au travail des salariés. Il n'est pourtant pas toujours évident de prendre conscience et/ou d'intervenir sur ce type de risques, d'une part par le manque de clarté du concept pour les individus sur le terrain et d'autre part par les différences de vision des différents acteurs. En effet, un dirigeant ne perçoit pas pareillement une situation de stress vécue par un salarié, notamment parce qu'il est lui-même soumis à pression et responsabilité et qu'il le vit comme une composante acceptée de son travail, ceci ayant une incidence sur les réflexions engagées et les actions réelles effectuées sur le terrain (Pezé, 2010).

Le rapport de l'ORS sur la santé en Bretagne (2010) met par ailleurs en évidence que les « RPS [...] restent relativement invisibles du fait des carences en terme de possibilité de reconnaissance (dans le cadre des visites médicales du travail). ». Ceci contraignant encore la prévention de tels risques.

Les facteurs psychosociaux (environnement psychosocial, violences psychologiques et/ou verbales, manque de récompenses) sont associés positivement à une mauvaise santé perçue (Lesuffleur, Chastang, Cavet, & Niedhammer, 2015). Enfin, les personnes exposées à des RPS sont beaucoup plus susceptibles que la moyenne de signaler des absences pour cause de santé liées au travail (Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley, & Vermeylen, 2007).

Le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, dirigé par Michel Gollac et Marceline Bodier (2011) détermine une série de déterminants des facteurs de risques psychosociaux au niveau de l'entreprise. Inspirés de la littérature scientifique sur le sujet, les auteurs désignent notamment 6 catégories que sont (1) l'intensité et le temps de travail, (2) les exigences émotionnelles, (3) l'autonomie, (4) les rapports sociaux au travail, (5) les conflits de valeurs et (6) l'insécurité de la situation de travail. De même, « dans les organisations éclatées et plus fluides, où les responsabilités sont moins claires, les règles destinées à protéger les salariés trouvent plus difficilement à s'appliquer. [...] Les salariés eux-mêmes, dont une partie croissante travaille sous des contrats précaires, bougent d'un site à un autre, d'une activité à une autre, d'une structure à une autre » (Livian, 2005, p. 204). De même, pour l'auteur, les structures décisionnaires multiples (juridiques, financières, économiques) contribuent à l'effet de dilution, floutant les responsabilités de chacun et du cadre intégré. C'est le cas, par analogie, des aides à domicile, qui peuvent changer d'environnement de travail jusqu'à 6-8 fois dans une même journée, via des contrats différents d'un usager à un autre, ou au titre d'employeurs différents, multipliant par la même le cadre de travail, d'exercice, de service, d'emploi de l'intervenant à domicile.

⁹³ Obligation de négociation autour des RPS dans les entreprises, mise en place en 2008, suite au rapport Nasse & Legeron (2008) : Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail.

2. Les modèles explicatifs de santé au travail

Au-delà de cette introduction statistique et sémantique dans l'univers de la santé au travail, de nombreux travaux ont été effectués dans le champ des Sciences Humaines et Sociales, notamment en ce qui concerne le lien entre environnement de travail et santé, intégrant à la fois une conception physiologique et psychologique de l'un sur l'autre, via les définitions de variables modératrices et médiatrices, de facteurs, de conséquences, etc. Un comportement de santé est médiatisé par plusieurs facteurs comme les habitudes, le contexte (au travers de la culture et des pratiques), le sentiment d'efficacité personnelle (se sentir en capacité de) et les capacités d'autorégulation (Shankland & Verhac, 2013).

Les modèles de la santé au travail ont cherché et souvent permis d'expliquer les liens causaux et fonctionnels qui demeurent entre les variables santé et environnement de travail. Ceci tantôt à des fins de Recherches fondamentales et tantôt d'application en vue d'améliorer les conditions de travail et la santé des travailleurs.

2.1. Evolutions des objets d'études en santé au travail selon Cuny & Weill-Fassina (2012)

Les Recherches menées sur la santé et la sécurité au travail n'ont ainsi cessé d'évoluer depuis le siècle dernier que ce soit en termes d'objets d'études ou de méthodologie, passant d'une approche physiologique à la psychologie du travail, enchainant sur l'ergonomie et s'ouvrant sur la souffrance psychique au travail. On a ainsi vu les recherches muter d'une vision centrée sur un salarié fragile - dont on cherchait les moyens d'identifier quelles carences ou caractéristiques exclusives auraient empêché sa sélection pour un métier donné - à sa réciproque, une adaptation de l'activité et de l'environnement de travail à l'individu, alors que de premières réflexions mettaient en évidence que le terrain professionnel pouvait avoir des effets délétères sur la santé du salarié à l'image de l'ouvrage de Faverge, Leplat & Guignet, en 1958, s'intitulant « *l'adaptation de la machine à l'homme* » (cité par Cuny & Weill-Fassina, 2012), avec l'idée sous-jacente que les exigences du métier pouvaient dépasser les ressources d'un salarié, conduisant à un risque accru d'accident ou de maladie. Plusieurs travaux ont alors été réalisés, notamment dans le secteur industriel et sidérurgique (Cf. travaux de Jacques Leplat sur la psychologie ergonomique), dans un premier temps, pour étudier ce qui pouvait réduire la sécurité des salariés et donc expliquer l'accidentologie, en analysant les facteurs de risques. Par ailleurs, plusieurs enquêtes épidémiologiques ont permis de mesurer les effets du travail sur la santé auprès de populations spécifiques (selon le genre, l'âge, l'emploi, le secteur d'activité, etc.). Puis, les considérations liées à la santé physique ont évolué sur l'étude du concept de fatigue, en tant que conséquence du travail. En premier lieu, approchée comme une fatigue physique résultant de l'activité de travail, possiblement ergonomiquement peu adaptée, les études se sont étendues à une composante psychologique (morale) de la fatigue. Cette fatigue, en soi, nous conduit alors à la santé

psychique que nous approchons plus spécifiquement à suivre dans notre étude, alors que la psychologie du travail s'est aussi beaucoup intéressée aux effets du travail sur les performances, l'engagement, la satisfaction et la motivation des salariés (Cf. entre autres les travaux de Kurt Lewin ; Abraham Maslow, Frederick Hertzberg).

2.2. Courants théoriques dans le champ du travail et de la santé

Plusieurs recherches ont exploré ces liens entre l'environnement de travail et la santé, et développé des modèles associés. Les travailleurs subissent une pression qui leur demande d'y réagir pour combattre, s'adapter et apprendre de nouvelles compétences pour répondre aux exigences de leur travail (Cox & Griffiths, 1995)⁹⁴.

Althaus, Kop & Grosjean (2013) en font une revue pouvant donner un cadre théorique d'ensemble à de futures recherches ou interventions organisationnelles mêlant les concepts de santé et travail. Leur revue les a par ailleurs conduits à modéliser un cadre conceptuel général permettant de caractériser chacun des modèles dans un couplage travail-santé. Ainsi, le lien entre ces deux concepts est identifié avec une variable intermédiaire médiatrice de la relation. Le travail influence ces médiateurs qui eux-mêmes influencent la santé. Pour ces auteurs, ces médiateurs peuvent représenter (1) la perception de l'environnement, (2) son évaluation ou (3) des réactions à court terme (physiologiques, comportementales, cognitives...). Ces dernières, si elles sont négatives et se prolongent dans le temps, entraînent un risque accru sur la santé.

La réciproque serait vraie (Bakker & Derks, Positive Occupational Health Psychology, 2010) ; dans ce cas, des effets positifs durables favoriseraient le bien-être. A cela, le cadre conceptuel général d'Althaus & Al. (2013) intègre des modérateurs - dont les caractéristiques du travail et les dimensions du soutien social complètent les variables sociodémographiques et individuelles, ainsi que l'environnement extraprofessionnel - intervenants aux différents niveaux de la relation travail-médiateur-santé. D'après Rasclé & Irachabal (2001), les médiateurs sont plutôt étudiés lorsque les recherches ont une visée exploratrice alors que l'étude des modérateurs sert plutôt des fins descriptives. Ils reprennent Vollrath et al. (1994) pour expliquer qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer modérateur et médiateur, qui peuvent être utilisés pour une même variable psychologique. Ainsi, Rasclé & Al. (2001) définissent un modérateur plutôt comme « *une variable de nature qualitative (sexe, race, contexte...) ou quantitative (niveau de revenu...) affectant la direction ou l'intensité de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante* » (p. 99). Autrement dit, ils éclairent sur les conditions pouvant contribuer à déclencher un effet entre travail et santé ; et le médiateur est davantage défini comme un processus décrivant la manière

⁹⁴ Cité par Mark & Smith (2008)

par laquelle les effets entre travail et santé apparaissent. Le premier se veut donc plutôt descriptif et le second explicatif. Les modèles à suivre, synthétisés sous forme d'un tableau, chacun analysable d'après le cadre conceptuel présenté, précisent la mesure et les dimensions par lesquelles le lien s'effectue entre travail et santé.

Ce tableau synthétisant les différents courants, modèles et caractéristiques de la santé au travail est disponible en annexe CH4B – « Synthèse des courants, modèles et caractéristiques des théories de santé au travail ». Il présente les caractéristiques et modèles de référence étudiant le travail et la santé, établi à partir d'une sélection réalisée d'après l'article d'Althaus, Kop et Grosjean (2013).

3. Le stress professionnel

3.1. Définitions

Le lien entre santé et environnement de travail a donc été mis en évidence. Au-delà de la concrétisation que l'on peut lire dans les effets des conditions de travail et les risques professionnels sur la santé (notamment en termes de coûts auprès de l'assurance maladie), nous nous ciblons sur les impacts psychologiques du travail, notamment au travers du stress que peut entraîner la non gestion/prévention des RPS. Le risque de souffrir de maladies physiques et psychiques, et d'être victime d'un accident du travail s'accroît si l'on travaille dans un environnement stressant (Clarke & Cooper, 2004; Biron, Ivers, Brun, & Cooper, 2006).

Le stress professionnel est étroitement lié à des épisodes de dépression majeurs et en est un facteur de risque indépendant (Wang & Patten, 2001; Wang, 2005). Le stress au travail entraîne également de l'insatisfaction au travail, des comportements de désengagement, de l'absentéisme, trop de présentéisme (*workaholic behaviour*), des départs prématurés ou des diminutions de temps de travail (Swinnen, Moors, & Govaert, 1998). Mark & Smith (2008) ont listé les mots-clés illustrant les conséquences du stress sur la santé, d'après le rapport sur la santé édité en 2007 par le HSE britannique⁹⁵. Ainsi, on y retrouve : les exigences du travail, le contrôle, le soutien, les relations, les rôles et le changement organisationnel – qui constituent des stressseurs psychosociaux impliqués dans les facteurs de risques portant sur des problèmes psychologiques et physiques.

⁹⁵ Cf. <http://www.hse.gov.uk/pubns/books/hsg218.htm>

Il est à ce jour difficile de définir ce que regroupe ou concerne le terme de stress. La sémantique du terme stress est ambiguë en cela que ce dernier désigne à la fois les facteurs qui conduisent à une situation problème, l'état psychique que la situation problème induit et enfin les conséquences que le stress produit (Van de Leemput, 2005). Le terme « stress », s'il est porteur de diverses significations chez les cadres, reste « *une expression floue* » (Thoemmes, 2012, p. 135). Il est par ailleurs illustré comme un « *concept-valise* », voire « *concept-poubelle* » par Lancry (2007, p. 2) conséquence qu'on y intègre tout ce qui « *échappe à l'analyse [et] à l'identification* ». Cette réalité pouvant réduire l'attention des dirigeants à considérer les plaintes. Il faut aussi considérer les représentations sociales de ces questions liées au RPS par les dirigeants, dont le sens, la représentation et l'appropriation sont différents des équipes au point qu'elles contraignent l'efficacité ou l'engagement de l'accompagnement ou de prévention organisationnels (Pezé, 2010).

Neboit & Vézina (2002) font état d'une évolution des définitions indiquant le passage « *d'une caractérisation fonctionnelle du stress comme mécanisme d'adaptation [...] à une conception plus étiologique du stress comme générateur de pathologies (somatiques, psychosomatiques ou psychiques)* » (p. 17).

La langue anglaise permet davantage de finesse en distinguant les facteurs (stressors) et les conséquences et les tensions (strains). En France, même si le terme est rarement utilisé, on peut distinguer l'astreinte (effets de la contrainte sur l'individu) et les contraintes lorsque l'on traite des conditions de travail (Van de Leemput, 2005). Pour cette même auteure, il est dangereux de considérer que le stress puisse avoir une valeur positive parce que dans ce cas on considère que les conséquences de conditions de travail ne sont positives ou négatives qu'au regard de la capacité de l'individu à faire face aux facteurs de stress. Ainsi, travailler dans des délais courts serait une source de stress positif si le salarié y parvient et une source de stress négatif s'il échoue à atteindre ses objectifs. De fait, aborder le stress dans une dynamique de « *valeur fonctionnelle-dysfonctionnelle*⁹⁶ » aurait pour effet de centrer « *la problématique sur l'individu plutôt que sur l'interaction entre l'individu et l'environnement* », de limiter « *les actions de prévention des sources de stress* » pouvant même aller « *jusqu'à une légitimation de certaines pratiques managériales* » (Van de Leemput, 2005, p. 222).

De Keyser & Hansez (1996) définissent le stress professionnel comme correspondant à la réponse du travailleur aux exigences professionnelles face auxquelles il ne perçoit pas posséder les ressources nécessaires pour faire face. Vaxevanoglou (2002a) parle lui d'un processus résultant de la confrontation entre l'individu et l'organisation se manifestant par l'activation de processus physiologiques, cognitifs, psychologiques, psychiques et sociaux structurant et guidant l'activité. Les déterminants du stress au travail sont définis comme des « *substrats de l'environnement, [...] de nature physique, cognitive, sociale*

⁹⁶ C'est à dire positive vs négative

et émotionnelle, qui ont une intensité et une fréquence d'apparition qui excèdent les capacités d'adaptation de l'individu, dans le sens d'une sursollicitation ou d'une sollicitation inappropriée des règles et des limites du fonctionnement humain, et mettent en danger ce dernier (Paterson, 1989)⁹⁷ », cité par Ponnelle & Al. (2012, p. 186). Ils se déterminent via des caractéristiques telles que la contrôlabilité, la nature, la durée ou la fréquence. Selon French, Rogers & Cobb (1974)⁹⁸, rappelé par Vaxevanoglou (2002a, p. 42), « le stress au travail résulterait d'une discordance entre d'une part les capacités d'une personne et les exigences de sa tâche, et d'autre part entre les besoins de la personne et ceux pouvant être satisfaits par l'environnement ».

3.2. L'approche théorique biopsychosociale du stress

Les points à suivre explorent les différents angles selon lesquels la littérature scientifique peut étudier le stress, d'après une classification analogue aux courants théoriques œuvrant soit dans une visée descriptive des déterminants et conséquences du stress, soit une visée explicative des processus du stress, c'est-à-dire la manière dont le phénomène se forme et vit. Après une approche plus biologique, physiologique de la conception du stress (Selye, 1946), on a observé le passage à des approches psychologiques avec dans un premier temps des conceptions causalistes (ou interactionnistes) qui impliquent une fragmentation de l'environnement, des situations de travail, ainsi que de l'individu ; puis dans un second temps des conceptions transactionnelles considérant les situations dans leur globalité et donnant une place centrale à l'activité des individus et des collectifs (Vaxevanoglou, 2002a; Lancry & Ponnelle, 2004).

L'approche psychologique se distingue de l'approche physiologique en cela qu'elle considère l'individu actif face aux événements. Nous développerons de manière plus appuyée les conceptions psychologiques et en leur sein les modèles transactionnels.

3.2.1. Approche physiologique : le stress comme réponse

Dans ce courant, la définition du stress se base sur les changements biologiques et physiologiques qui apparaissent alors que l'individu est en état de stress. Considérer le stress comme une réponse relève de l'approche physiologique. D'après cette dernière, le stress correspond à une réponse comportementale de l'organisme face aux agressions de l'environnement. Les réponses seraient non spécifiques et identiques quelque soit l'agression.

⁹⁷ Paterson R. J. (1989), « The Stress Response and Parameters of Stressful Situations », in R. W. J. Neufeld (ed.), *Advances in the Investigation of Psychological Stress* (p. 1-42), Wiley-Interscience Publication, John Wiley & Sons.

⁹⁸ French J.R.P., Rogers W., Cobb S. (1974). Adjustments as a person-environment fit. In H. Coelho, G. Hamburg and G. Adams (Eds.), *Coping and adaptation interdisciplinary perspectives*, New York: Basic Books.

Selye (1946) considérait le stress comme une réponse de l'organisme face à une agression par un agent extérieur (stresseur). Le but étant pour l'individu de s'adapter et rétablir un équilibre interne nécessaire à la survie. Son « syndrome général d'adaptation » (SGA) se centre donc sur les processus biologiques et physiologiques impliqués. Il décrit le SGA en trois phases : alarme, résistance, épuisement. La première consiste en une réaction de l'organisme, avec une augmentation significative des hormones du stress qui vise pour l'individu à avoir les ressources pour faire face au danger. Ce niveau de vigilance dure un temps (phase de résistance), mais si la durée est trop importante, alors l'individu épuise ses réserves, et chute (phase d'épuisement, avec baisse significative des hormones du stress). Les limites de ces travaux sont liés au fait que Selye considère un individu qui serait passif aux événements, or les conceptions modernes (les approches psychosociales) montreront que la réponse peut être modulée en fonction de la perception de l'évènement (interprétation individuelle), des expériences passées et dépend des individus.

Toutefois, malgré une conception critiquée parce qu'elle se veut parcellaire, qu'elle considère l'individu comme un sujet passif et ne prend pas en compte sa dimension psychologique, le modèle de Selye (1946) a toutefois initié le développement de modèles explicatifs portant sur les déterminants et les conséquences du stress. Cette approche physiologique a fait l'objet de nombreuses études et a conduit à la création de différents outils de mesure à l'image des « salivettes » conçues pour évaluer le taux de cortisol (hormone du stress) dans la salive (Mouzé-Amady, 1999). Les mesures du stress peuvent également s'opérer au travers de l'enregistrement du rythme cardiaque. Outre les critiques méthodologiques qui ont pu être formulées sur la fiabilité de ces tests (Cf. Söderfeldt, Söderfeldt, Ohlsson, Theorell & Jones (2000)), l'application de telles pratiques en entreprise apparaissent très complexes à opérationnaliser concrètement et efficacement sur le terrain professionnel.

3.2.2. Le stress comme stimulus

Le stress est ici considéré comme un stimulus ou une caractéristique de l'environnement en fonction du degré des exigences de la situation. Le facteur de stress correspond à un stimulus susceptible d'entraîner une tension chez une partie significative de la population. Ces stresseurs sont considérés comme une variable indépendante. On parle d'agent stresseur si le stresseur possède un caractère déterministe et de facteur de stress s'il n'en possède pas. Ces facteurs peuvent engendrer chez l'individu des tensions psychologiques telles que de l'anxiété, une dépression, des effets physiques tels que des maux de dos, de tête ou encore avoir des impacts comportementaux associés à l'absentéisme, au turn-over (Mark & Smith, 2008). Le manque de contrôle et l'insécurité au travail, les vacances courtes, les journées à rallonge, les récompenses et les marques de reconnaissance insuffisantes, la course après le temps, l'absence de soutien social, la difficulté de concilier la vie professionnelle et personnelle, le harcèlement ou encore les conflits de rôles constituent les facteurs qui contribuent à augmenter les situations professionnelles stressantes (Griffiths, 1998). Le parallèle avec le quotidien des aides à domicile laisse ici bien à penser que leur santé devrait être mise à mal et ce au travers d'une prédisposition au stress significative.

3.2.3. Les facteurs de stress au travail

Van de Leemput (2005) a dressé un listing des facteurs de stress au travail à partir d'études de diagnostic réalisées en milieu professionnel⁹⁹. Ce travail est reporté dans le tableau (4) à suivre. Une Organisation peut identifier les facteurs la concernant davantage via des outils tels que les questionnaires. Toutefois, si cela permet un premier diagnostic, cela reste insuffisant. Conformément aux préconisations des approches psychologiques (interactionniste et transactionnelle notamment), il est nécessaire de compléter cette approche en considérant l'interaction existant (en complément) entre l'individu et son environnement. Ceci demandant d'échanger et/ou d'observer la réalité de terrain auprès des professionnels concernés.

Catégories	Contenu du travail	Environnement du travail	Emploi et organisation du travail	Relations sociales au travail
Stresseurs	<ul style="list-style-type: none"> • Sur/sous charge de travail • Complexité du travail • Monotonie/répétitivité dans le travail • Niveaux de responsabilité/d'autonomie • Travail dangereux, risques professionnels • Demandes conflictuelles, ambiguës • Rythmes de travail, pression temporelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiances physiques (bruit, éclairage, température, vibrations, substances toxiques) • Conception des postes de travail • Postures de travail • Charge physique de travail • Hygiène et moyens de protection au travail • Taille et structure de l'entreprise 	<ul style="list-style-type: none"> • Horaire de travail • Rémunération • Perspectives professionnelles, carrière • Contrat de travail • Sécurité d'emploi, compétitivité • Flexibilité • Contrôle et planification • Conflits et ambiguïté des rôles • Style de management 	<ul style="list-style-type: none"> • Culture organisationnelle • Support social des collègues • Support social des supérieurs hiérarchiques • Relations avec les subordonnés (<i>collaborateurs</i>) • Discrimination • Reconnaissance sociale

Tableau 4 : Facteurs de stress au travail (synthèse de Van de Leemput, 2005¹⁰⁰)

La tension, la flexibilité et la vulnérabilité sont considérées comme initiatrices d'une instabilité moderne et permanente de l'environnement qui concourent inévitablement à l'apparition de stress chez le salarié (de Keyser & Hansez, 2002). La tension se caractérise par des investissements technologiques de plus en plus complexes, une vitesse accrue des installations et une gestion étroite des paramètres de production. La

⁹⁹ Cf. : Le Blanc, de Jonge, Schaufeli (2000), INRS (2003), Karasek & Theorell (1990), Kahn & Byosièrè (1992), Cooper, dewe & O'Driscoll (2001).

¹⁰⁰ Van de Leemput C. (2005) « Stress et mal-être au travail », p. 229.

flexibilité se traduit dans la mise en continue des machines, le management juste-à-temps, une gestion flexible des équipes, le télétravail (qui entraîne des contraintes organisationnelles et un isolement social), la flexibilité des contrats de travail intérimaires et les entreprises virtuelles (qui entraînent une précarisation du travail). Enfin, la vulnérabilité regroupe les caractéristiques de différents publics tels que les travailleurs âgés, les femmes, les jeunes et les étrangers – autant dire, le portrait des pourvoyeurs de *care* au domicile. Il est attendu que les aides à domicile soient particulièrement vulnérables quant au risque de stress alors que l'on dessine les contraintes de leurs activités et de leur métier d'après ces trois dimensions rapportées par De Keyzer & Hansez (2002). Le rapport au temps, les vulnérabilités des publics, la précarité de l'emploi et l'isolement professionnel ayant déjà été mis en évidence par des études épidémiologiques, telle que l'enquête de la DREES en 2008.

3.3. Conceptions psychologiques populaires du stress au travail

Les approches psychologiques et sociales ont évolué vers une conception dynamique, multifactorielle et interactive du stress (Egido, 2000; Lassare, 2005). L'individu joue un rôle actif lors du processus de stress, partant de son expérience, et faisant référence à la notion de stress perçu et au rôle des représentations et des perceptions. Karnas & Hellemans (2002) insistent sur la nécessité dans cette approche d'analyser le travail en termes d'interactions et de pluricausalité, dont le but est d'étudier ce qui s'opère chez l'individu quand il est soumis à un événement problématique, en interaction avec son environnement, c'est-à-dire expliquer les phénomènes.

L'approche psychologique du stress comprend les modèles interactionnels et transactionnels du stress. Les premiers s'intéressent aux caractéristiques structurelles du processus de stress (c'est-à-dire à quels stressseurs sont susceptibles de mener à telle ou telle conséquence au sein d'une population donnée), alors que les seconds l'abordent davantage avec une vue cognitive, en mettant en avant une relation dynamique entre l'individu et son environnement, en terme de processus mentaux et émotionnels (Cox, Griffiths, & Rial-Gonzalez, 2000). Les modèles interactionnels priorisent l'environnement objectif alors que les modèles transactionnels majorent la place de la subjectivité et donc de la perception des ressources et de la situation dans la transaction stressante.

3.3.1. Les conceptions interactionnistes

Parmi les modèles explicatifs, il est fait souvent référence aux modèles des caractéristiques du travail, de l'école du Michigan ou encore du modèle de demande contrôle, selon Ponnelle, Vaxevanoglou, & Garcia (2012).

Les conceptions interactionnistes étudient les déterminants organisationnels de la santé (Cf. Barling & Griffiths, 2010¹⁰¹) et considèrent le stress en termes d'inadéquation entre les demandes de l'environnement et les ressources de l'individu. Les demandes peuvent concerner la charge de travail, l'ambiguïté et le conflit de rôle. Les modèles qui se réfèrent à cette conception sont parfois aussi appelés les modèles causalistes et accordent « *une primauté à l'environnement objectif, en cherchant à identifier les situations qui dépassent les capacités d'adaptation d'un grand nombre d'individus, tout en prenant en compte certaines de leurs caractéristiques individuelles* » (Vézina, 2002b, p. 50). Les modèles de cette approche ont pour objectif d'identifier les zones à risques dans l'organisation. Les questionnaires associés permettent de quantifier les témoignages de souffrance au travail, sans pour autant individualiser la problématique de stress. Ils donnent des informations sur les perceptions des conditions de travail par les collaborateurs, donc du cadre perçu du travail.

a) Les modèles bi et tridimensionnel de Karasek (1979; Karasek & Theorell, 1990)

Le modèle de Karasek (1979) est sûrement le plus important sur le terrain et repose sur deux caractéristiques professionnelles psychosociales que sont les exigences du travail et le contrôle (aussi appelé la latitude décisionnelle qui comprend des sous-facteurs d'autorité de décision et développement des compétences).

Les demandes peuvent être associées à la tâche (caractérisée par sa quantité et sa complexité, ou en rapport au temps). Dans le questionnaire largement utilisé pour les interventions et diagnostics dans les organisations, pour aborder ces demandes psychologiques, on pourra demander au travailleur si son travail lui demande de longues périodes de concentration, s'il reçoit des demandes contradictoires, s'il a le temps suffisant pour effectuer son travail ou s'il est fréquemment interrompu dans sa réalisation, si le travail qui lui est demandé n'est pas en charge excessive, s'il doit travailler vite ou encore s'adapter au rythme de collègues dont il devrait attendre la fin du travail pour avancer ses propres tâches, etc.

La latitude décisionnelle concerne quant à elle ce qui relève de l'autonomie et de la participation aux décisions d'une part, et de l'utilisation des compétences et d'être créatif d'autre part. Cette autonomie relève de la possibilité pour l'individu d'exercer un contrôle sur son travail et ce qu'il a à faire. Cette autonomie relève donc de la possibilité de maîtrise du travail, sur le plan de l'autorité (décider et/ou être influent sur le déroulement du travail) et de l'accomplissement personnel au travail (créativité, variété des tâches, développement et utilisation de compétences).

¹⁰¹ Barling, J., & Griffiths, A. (2010). A History of Occupational Health Psychology. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), Handbook of Occupational Health Psychology (2nd ed., pp. 21-34). Washington, DC: APA Books.

Karasek a développé ses recherches à partir des travaux suédois (Cf. Gardell, 1971)¹⁰² qui ont mis en évidence les effets protecteurs de l'autonomie au travail. Les demandes entraînent un stress psychologique et un état pathologique à long terme (Karasek & Theorell, 1990). Le contrôle permet pour sa part de modérer les relations. Le modèle sera complété plus tard (Karasek & Theorell, 1990) par la dimension du soutien social. Karasek (1979) explique que ce qui détermine un risque de tension psychologique est caractérisé par une demande élevée combinée à une latitude faible. Ce risque s'illustre en conséquence sur la santé tels que des risques cardiovasculaires, des dépressions, une détresse psychologique, un risque d'épuisement professionnel ou encore la consommation de substances psychoactives (Vézina, 2002a). La tension psychologique peut également conduire à des TMS et contraindre la conciliation de la vie privée et la vie professionnelle, au travers d'un désinvestissement ou d'un surinvestissement des activités hors travail. Des demandes élevées et un contrôle faible devraient prédire une tension élevée mais une latitude forte devrait tamponner les effets négatifs des conséquences de l'exigence. Pour Karnas & Hellemans (2002), le stress perçu serait davantage lié aux exigences psychologiques (demandes), alors que la satisfaction perçue relèverait de la latitude décisionnelle.

Le JDC a été enrichi du soutien social (Karasek & Theorell, 1990) qui recouvre le soutien socio-émotionnel et technique de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques. Le soutien social permet d'atténuer les effets délétères pour la santé (Karasek & Theorell, 1990). Le soutien social correspond aux interactions sociales inhérentes au travail avec les collègues et responsables hiérarchiques. Il peut concerner un soutien de type socio-émotionnel (confiance, cohésion, esprit d'équipe, soutien émotionnel) et instrumental (aide dans l'accomplissement des tâches). Cette dimension interviendrait donc comme variable modératrice : une situation qui combinerait une faible latitude décisionnelle à de fortes exigences serait mieux vécue si l'individu bénéficie par la même d'un soutien de son entourage professionnel. A l'inverse, l'absence de soutien entraîne des risques supérieurs de ressentir des tensions. Les professionnels soumis à des demandes élevées, une latitude faible et un soutien social faible en seraient donc d'autant plus vulnérables. Ce qui interpelle quand on constate que cela semble justement caractériser le profil des aides à domicile. Quelles ressources ont-ils pour faire face ?

b) Le modèle équilibre effort-récompense de Siegrist (1996)

Le modèle de Siegrist s'inscrit dans le courant de l'ajustement personne-environnement. Ce qui conditionne la santé relève à la fois de la mise à disposition par le travailleur de ses compétences, capacités et ressources pour son environnement de travail, autant que ce qu'il en obtient : réponse à ses besoins, possibilité de développement des aptitudes. Cette tension est due au manque d'ajustement entre la

¹⁰² Gardell, B. (1971). Alienation and mental health in the modern industrial environment. In L. Levi, Society, stress and disease. Vol 1. p. 148-180. Oxford : Oxford University Press.

personne et son environnement et a des effets (négatifs) sur la productivité et également sur la santé (French, Caplan, & Harrison, 1982).

Siegrist (1996) a développé son modèle pour étudier les effets du déséquilibre effort-récompense sur la santé des individus, notamment sur les maladies cardiovasculaires. Il souligne l'importance de la prise en compte des perceptions subjectives de l'environnement par l'individu. Toutefois, pour Mark & Smith (2008), le rôle des différences individuelles et l'explication des processus internes sont moins développés que dans les modèles transactionnels, tels que ceux de Lazarus & Folkman (1984) et de Cox (1987).

La clé de ce concept réside dans la question de la réciprocité, entre efforts et récompenses. En effet, il s'agit que l'effort au travail soit compensé par des récompenses appropriées. Dans le cas contraire, une inadéquation de ces deux éléments conduit à des expériences de stress (Peter & Siegrist, 1999). Pour Siegrist (1996), ce n'est pas le niveau actuel d'inadéquation entre efforts et récompenses qui est important, mais plutôt la perception qu'en a l'individu. Cela implique un rôle des différences individuelles comme les différences subjectives de perception qui sont susceptibles de résulter d'une variabilité entre les individus. Mais la façon dont cela se passe en pratique n'est pas exploré dans le modèle (Mark & Smith, 2008).

Les récompenses peuvent regrouper une dimension monétaire (le salaire), sociale (estime, reconnaissance du travail, respect reçu des collègues et de la hiérarchie) ainsi que les perspectives de carrières et le sentiment de sécurité professionnelle (Le Blanc, de Jonge, & Schaufeli, 2000). Les efforts peuvent quant à eux être intrinsèques (le contrôle exercé sur son travail ou encore les attitudes et motivations liées à un engagement excessif dans le travail) et extrinsèques (associés à la charge de travail, à la notion d'engagement, aux responsabilités, à l'investissement (heures supplémentaires), aux contraintes de temps (horaires fragmentés) ou encore aux perspectives d'emploi ou aux réalités du marché du travail). Rapprochés du modèle de Karasek, les efforts extrinsèques peuvent renvoyer aux exigences psychologiques (demandes).

En termes d'effet, les efforts intrinsèques ou le surinvestissement traduisent des attitudes et des motivations qui seraient associées à un engagement excessif dans les activités professionnelles. Il pourrait être expliqué par un besoin fondamental de se dépasser ou de bénéficier des gains d'une situation stressante ayant conduit à un succès ou encore par le sens du devoir des personnes. Cet engagement se mesurerait par « *le besoin d'approbation, la compétitivité et l'hostilité latente, l'impatience et l'irritabilité disproportionnée et l'incapacité à s'éloigner du travail* » (Vézina, 2002b, p. 54) qui s'apparenterait aux conséquences nouvelles du travail sur les comportements des individus tel que le présentisme (Gosselin & Lauzier, 2011).

DeJonge, Bosma, Peter & Siegrist (2000) ont mis en évidence que les individus engageant des efforts élevés et profitant de faibles récompenses sont significativement plus susceptibles de souffrir d'épuisement émotionnel que ceux ayant des faibles efforts à fournir et bénéficiant de récompenses élevées. Pour Vézina

(2002b), cette situation augmente les risques de développer des maladies cardiovasculaires, tout comme d'altérer la santé psychique (dépression, souffrance).

En résumé, ce modèle s'appuie sur la réciprocité et l'équité dans le processus des échanges sociaux. Les efforts extrinsèques fournis (liés aux caractéristiques de l'environnement de travail) devraient être récompensés en proportion par des modalités sociales telles que l'argent, l'estime, la promotion et la sécurité de l'emploi. L'avantage de ce modèle est qu'il constitue une approche globale, à la fois considérant les caractéristiques individuelles et organisationnelles. Pour autant, selon Ndjaoubé & Al. (2012), il ne permet pas de mesurer les effets du climat managérial ou interpersonnel, ni la dimension interactionnelle entre les hiérarchies.

De plus, la perception d'injustice par l'individu a également des effets sur la santé (Ndjaoubé, Vézina, & Brisson, 2012). Ceci se rapproche du modèle de Siegrist (1996), par sa considération d'une répartition équitable des ressources et des bénéfices. La question de la reconnaissance au travail est ce que l'on retient du modèle de Siegrist qui complète ainsi le modèle tridimensionnel de Karasek et Theorell (1990) qui révèle l'effet modérateur du soutien social sur les pathologies associées au travail.

c) Déclinaisons ultérieures du modèle de Karasek et/ou Siegrist

Le tableau 5 synthétise les principaux modèles constituant des déclinaisons contemporaines des modèles de Karasek et/ou Siegrist, ainsi que les apports de la précision de ces travaux.

Nom du modèle	Particularité	Variables	Effets
Modèle exigence-compétence-soutien ¹⁰³ de vanVeldhoven & Al. (2005)	Préciser le modèle de Karasek & Theorell (1990) avec un nombre minimum de facteurs	- composantes du travail : contraintes physiques (rythme et quantité de travail, effort physique), utilisation de compétences, contraintes de temps, qualité des relations sociales - variables couplées : fatigue liée au travail, satisfaction des tâches, engagement organisationnel	- Pression, utilisation des compétences et soutien social impactent les attitudes et le bien-être - les exigences qualitatives et quantitatives sont susceptibles d'impacter la santé
Modèle des demandes-ressources au travail ¹⁰⁴ de Demerouti & Al. (2001)	Préciser les différentes ressources modérant l'impact des contraintes sur le stress	- exigences : aspects physiques et sociaux d'un travail caractérisé par des efforts physiques et mentaux - ressources : environnement professionnel et aspects organisationnels	Les demandes sont liées positivement à l'épuisement professionnel Les ressources et l'épuisement professionnels sont liés négativement (Cf. Crawford, Lépine & Rich (2010))
Modèle de la compensation de la tension induite par les exigences ¹⁰⁵ de deJonge & Al. (2000)	Critique des modèles de Karasek et Siegrist : effets cumulatifs indépendants dans la prédiction de la fatigue émotionnelle, la satisfaction au travail et les plaintes liées à la santé physique et psychosomatique	Il existe des compensations possibles entre des ressources et des exigences du même ordre : émotionnelles, cognitives et physiques.	Si des contraintes physiques élevées sont associées à de faibles ressources physiques ; de fortes exigences cognitives avec de faibles ressources cognitives ; de fortes contraintes émotionnelles avec de faibles ressources émotionnelles, alors cela peut conduire au constat d'une santé détériorée (vanVegchel, deJonge, Bosma, & Schaufeli, 2005)

Tableau 5 : Modèles complémentaires aux modèles de Karasek (1979; Karasek & Theorell, 1990)¹⁰⁶

¹⁰³ Nom anglophone : Demand-Skill-Support (DSS)

¹⁰⁴ Nom anglophone : Job Demand-resources (JD-R)

¹⁰⁵ Nom anglophone : Demand-Induces-strain-Compensation (DISC)

¹⁰⁶ inspiré de la revue de Mark & Smith (2008)

d) La prédictibilité et son rôle dans le processus de stress

Par ailleurs, une autre dimension peut traduire une forme de contrôle qui serait à rapprocher du modèle de Karasek (Cf. Väänänen & Al., (2008))¹⁰⁷. La prédictibilité au travail consiste pour le travailleur en la possibilité d'anticiper les changements potentiels dans son environnement de travail, et de maîtriser son environnement professionnel. La prédictibilité se mesure d'après différents facteurs, synthétisés par Njaoubé, Vézina et Brisson (2012), que sont : la clarté des objectifs de travail, la possibilité de prévoir les changements et les problèmes, la possibilité de développer des attentes, la possibilité de générer des règles relatives à la situation de travail, l'ensemble des informations sur les grands événements à venir, les changements dans l'organisation, les NTIC et le fait d'être informé à l'avance des prises de décisions importantes (changements, projets...).

Il ressort des opérationnalisations de ce modèle sur le terrain qu'une faible prédictibilité au travail est associée à des effets délétères sur la santé, alors qu'une bonne prédictibilité a des effets favorables (Ndjaoubé, Vézina, & Brisson, 2012)¹⁰⁸. De plus, ne pas avoir suffisamment accès aux informations importantes avant un événement est associé à une augmentation de 30% du taux d'absence pour maladie (Nielsen, Rugulies, Smith-Hansen, Christensen, & Kristensen, 2006), alors qu'une grande prédictibilité au travail constitue un effet protecteur sur le risque d'avoir une absence de courte durée (Nielsen, Rugulies, Christensen, Smith-Hansen, & Kristensen, 2006).

Les approches interactionnistes ont donc donné différents apports sur les liens causaux entre stress, santé et travail. Pour autant, Mark & Smith (2008) ont critiqué plusieurs de ces modèles pour leur absence de prise en compte des facteurs individuels (JD-R exclus) et de la subjectivité qu'intègrent davantage les conceptions transactionnelles. Lazarus (1991; 1998) commentait le besoin vital de comprendre les motifs individuels dans les réactions de stress. Selon lui, les modèles des caractéristiques du travail ne peuvent pas aider à comprendre assez comment les rencontres du stress sont semblables avec des caractéristiques individuelles différentes, ou bien comment désigner individuellement les interventions adaptées. Par ailleurs, pour Vézina (2002b), les modèles interactionnistes sont limités par le fait qu'ils ne considèrent ni l'activité du sujet in situ, ni les stratégies ou défenses que l'individu met en place pour faire face à une situation anxigène. Il soulève à juste titre que l'objectif de ces modèles est de toute façon de définir objectivement et de normaliser les éléments caractérisant une adéquate organisation du travail.

¹⁰⁷ Väänänen A, Koskinen A, Joensuu M, et al. (2008) Lack of Predictability at Work and Risk of Acute Myocardial Infarction: An 18-Year Prospective Study of Industrial Employees. *American Journal of Public Health*. 98(12):2264-2271.

¹⁰⁸ Cf. les recherches étudiées dans la revue des modèles par ces chercheurs : ex : Borritz M., et al. (2005); Lau B. & Knardahl S. (2008).

3.3.1. Conception transactionnelle du stress

De fait, explorer les conceptions transactionnelles constitue un enrichissement pour l'étude du stress au travail, plus globalement la santé mentale au travail, en considération d'une approche qui se voudrait systémique, voire découlant des préceptes des modèles de développement écologique des individus.

Si l'approche interactionniste priorise l'étude de l'environnement objectif pour essayer d'identifier les situations dépassant les capacités d'adaptation de l'individu, l'approche transactionnelle abandonne cette idée d'un environnement objectif pour se focaliser sur les interprétations de la situation par le sujet, c'est-à-dire le sens qu'y donne une personne (Vézina, 2002b; Lancry & Ponnelle, 2004). Les modèles théoriques de cette approche précisent qu'une même situation peut être vécue de différentes manières par les individus qui peuvent lui attribuer des significations différentes et mettre en place des stratégies spécifiques. Ces modèles accordent un rôle central aux représentations et aux activités individuelles plutôt qu'à l'analyse objective de situations de travail. Ainsi, c'est grâce aux stratégies mises en place que l'on pourra identifier les situations potentiellement stressantes. Ainsi, le stress s'étudierait ici non dans l'expression d'un stress ou d'un malaise, mais au travers de ce qui est mis en place en réaction, qui révèle le ressenti du stress, la rencontre avec un évènement problématique pour l'individu qui met en place une réaction-réponse afin de gérer au mieux la situation et les émotions associées. La réussite ou l'échec de l'exercice varie en fonction de la signification donnée à l'évènement par l'individu, de même que ses capacités d'évaluation (et réévaluation) ou de gestion de ces stratégies.

a) La théorie cognitive du stress (Lazarus & Folkman, 1984)

La théorie de Lazarus et Folkman (1984) est influencée par l'approche transactionnelle. Elle est parfois connue sous le terme d'approche cognitive relationnelle. L'individu et son environnement sont vus comme coexistants dans une relation dynamique où le stress est l'état psychologique et émotionnel qui est représenté en interne comme une partie de la transaction stressante (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). Selon ce modèle, c'est la transaction entre l'individu et la situation qui va déterminer les processus cognitivo-émotionnels du stress (Vaxevanoglou, 2002a). L'environnement caractérisant autant la situation (qui s'intègre dans un contexte) que l'individu, il convient de le considérer dans ces analyses. Le cadre qui devrait être considéré pour cela concernant les aides à domicile devrait donc considérer entre autres les valeurs et représentations rattachées aux métiers/pratiques du *care* (voire du stress).

Les deux clés du concept dans ce processus sont l'évaluation et le faire face (Cox, Griffiths, & Rial-Gonzalez, 2000).

Lazarus & Folkman (1984) considèrent donc le stress comme le produit d'une transaction entre l'individu et son environnement qui dépasserait ses ressources et donc, le mettrait en danger. Pour autant, ils suggèrent que les seules situations ne suffisent pas à expliquer l'apparition d'un état de stress. En l'occurrence, ils évoquent que ce qui est en jeu, c'est bien l'évaluation qui en est faite, considérant que l'individu ne reste pas passif face à une situation problématique (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Folkman & Al. (1986) décrivent une première phase, évaluative, comme la première étape du processus évaluatif où les rencontres/combats sont subjectivement évalué(e)s pour voir comment est le danger en termes de risques potentiels pour pouvoir y répondre à suivre via des stratégies de *coping* qui seront elles-mêmes influencées par des processus cognitifs et émotionnels (Perrewé & Zellars, 1999). Ces estimations admettent une influence des différences individuelles, notamment du fait que l'individu attribue des significations propres aux évènements, elles-mêmes basées sur des croyances générales, portant des significations globales (Park & Folkman, 1997). Il y a des croyances stables et des buts évalués, basés sur des hypothèses fondamentales, les théories de la réalité (ex : religion), l'estime de soi, les expériences de vie, etc. Les auteures proposent que la réalisation du sens de la situation est ce qui intervient quand les croyances globales et les buts d'un individu interagissent avec les singularités de la particulière transaction personne-environnement, qui est définie par le processus d'évaluation et de *coping*. Si la situation est évaluée comme potentiellement stressante, une seconde évaluation a lieu, pendant laquelle l'individu évalue si le préjudice potentiel peut être modifié, évité ou empêché, et y assigne une sanction ou un crédit ; et quelles sont les prévisions futures. Les actions potentielles et les types de *coping* sont évalués, au regard des expériences passées, de la personnalité, des ressources personnelles (et probablement des sens globaux).

Le stress ne dépend donc pas uniquement de l'évènement, pas plus que de l'individu seul. Le modèle repose sur la relation particulière entre un individu, la situation et les stratégies de *coping*. Le modèle distingue les processus d'évaluation cognitive de la situation et les processus de *coping* ou stratégies d'ajustement. Le poids du modèle porte sur la situation de travail, les perceptions subjectives et la potentielle influence des variables individuelles. Plusieurs interventions sur le stress échouent du fait que souvent les gens sont considérés comme semblables (Lazarus R. S., 1991). Or il est utile de considérer l'individu, le groupe, l'environnement de travail comme une unité singulière d'analyse. Le point crucial de ce modèle est donc l'intégration de la notion d'évaluation qui constitue le cœur du processus du stress. Ainsi, en situation, l'individu évalue ce qui lui arrive, et identifie si l'évènement constitue pour lui un défi, un danger ou une menace au regard de ses ressources pour remédier à la situation, la dépasser ou la supprimer.

b) Les évaluations cognitives

Le processus d'évaluation cognitive (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus R. S., 1999; 1998) contribue à comprendre les variations interindividuelles : il s'opère en deux phases pour autant d'égaux importances et non ordonnées dans le temps : l'évaluation primaire et la secondaire. La première consiste à évaluer les enjeux de la situation, en cela qu'elle peut être un défi (possibilité d'obtenir un bénéfice), une menace (risque de perte) et/ou conduire à une perte (dommages déjà subis). Cette perte peut être matérielle, psychologique, corporelle ou encore relationnelle. L'évaluation secondaire porte sur les actions/ressources possibles à entreprendre/activer par l'individu pour remédier à la perte, réduire/supprimer la menace ou favoriser la réussite du défi. Ce processus évaluatif tient compte des stratégies de *coping* disponibles, de l'estimation de l'efficacité de ces stratégies de *coping*, de la probabilité de mise en œuvre effective de ces stratégies, de l'évaluation des conséquences des *coping* activés.

Ce n'est pas tant la situation qui déclenche un processus de stress mais ce qui en est interprété par l'individu. D'où une nécessité apparaissant ici de privilégier des méthodes de recherches qualitatives, afin d'approcher au mieux les perceptions singulières. Ainsi, l'évènement objectif (situation de travail) est transformé par les processus cognitifs mis en jeu lors d'une confrontation entre la personne et la situation (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), d'où le besoin d'accéder à l'individu et ne pas s'en tenir à une observation des stressés organisationnels. L'échelle de stress perçu de Cohen est d'ailleurs construite de façon à accéder à ces données subjectives auprès des individus eux-mêmes.

Enfin, les deux évaluations se produisent en parallèle, simultanément, y compris dans le cadre de la réévaluation qui intervient en cas de modification de la transaction individu-environnement. Par ailleurs, après évaluation d'une situation comme stressante, l'individu met en œuvre des stratégies d'adaptation (ou *coping*). Lazarus & Folkman (1984) les définissent comme des efforts cognitifs et comportementaux visant à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et/ou externes créées par la transaction stressante. Le *coping* peut donc être traduit autant par un affect, un comportement, qu'un processus de pensée. Ce processus de *coping* est dynamique, en interaction constante avec les processus d'évaluation et est davantage centré sur les efforts plus que les résultats.

Le concept de *coping* se définit comme un processus à la fois conscient et appris qui intervient lorsqu'il s'avère nécessaire pour l'individu de s'ajuster à une transaction stressante (Lazarus & Launier, 1978). Si ces auteurs évoquent que le *coping* correspond à une stratégie mise en œuvre pour faire face, Folkman & Lazarus (1980) lui préférèrent une idée d'efforts cognitifs et comportementaux. Derrière ces efforts, il est fait référence à des conduites nouvelles, et donc non habituelles, qui évoquent une notion d'intentionnalité dans la démarche, dans laquelle l'individu doit trouver et mettre en œuvre une stratégie originale pour faire face. Le *coping* n'est donc pas un automatisme mais un comportement ou une pensée résultant d'un processus réfléchi.

c) Les stratégies d'ajustement ou coping

Pour Lazarus (1993; 1998; 1999), les stratégies d'ajustement se définissent en terme de pensées et d'actions visant à la fois la régulation émotionnelle et la gestion du problème. Ce qui fait penser à l'auteur que le *coping* ne peut être entendu comme un trait de personnalité, s'opposant à l'approche structurale. Pour autant, les *coping* doivent être étudiés en prenant en compte les caractéristiques de l'individu (croyance, but, engagement, personnalité) et les caractéristiques de l'environnement - à l'image de l'impact de ce dernier sur les individus, d'après les théories développées par Bronfenbrenner (1979; 1994) - en jeu dans la situation pouvant porter sur le contexte, la situation elle-même ou encore la présence de soutien social dans la transaction. Ici, le *coping* correspond donc à un processus actif et n'est pas considéré comme une conséquence mais un processus réactionnel (cognitivo-comportemental). Enfin, l'individu disposerait d'un ensemble de *coping* disponibles parmi lequel il choisirait une stratégie répondant de manière adaptée à la transaction stressante, sans pour autant en assurer le succès. Pour autant, les choix se basent par suite sur les expériences passées contribuant au développement de ressources individuelles pour faire face. Le contrôle, la confiance en soi, les enjeux de la situation identifiés dans l'évaluation primaire et les *coping* n'expliquent pas une part significative de la variance de l'état de santé somatique, mais contribuent cependant significativement à l'explication des symptômes psychologiques (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

Folkman & Lazarus (1980) distinguent le *coping* centré sur le problème (tentatives pour faire face en utilisant des approches de type résolution de problèmes plus rationnelles) et le *coping* centré sur l'émotion, chacune de ces stratégies étant appropriées en fonction des situations. Les *coping* regroupent ainsi deux grandes catégories de *coping*, les uns centrés sur la tâche, les autres sur l'émotion et/ou la situation (Lazarus R. S., 2000; Folkman & Moskowitz, 2004).

Les stratégies centrées sur l'émotion (Paulhan, 1994; Bruchon-Schweitzer, 1994) visent à réduire la détresse émotionnelle découlant de la situation, mais sans intervenir sur le problème en tant que tel. On peut référencer dans cette catégorie les comportements ou pensées relevant de l'évitement (détourner l'attention du problème), de la minimisation, de la distanciation, de l'attention sélective, de la recherche de valeurs positives dans les événements perçus négativement, de l'accentuation de la détresse pour rebondir, ou encore d'une réévaluation positive (dans le cas où l'individu obtient un gain de la situation). Les stratégies centrées sur le problème ont, elles, pour objectif de réduire, supprimer ou contrôler la situation, via des stratégies de résolution de problèmes (recherche d'informations, diagnostic et élaboration de plan d'actions), de changement d'aspiration, de modification d'implication et/ ou d'acquisition de nouvelles connaissances (Paulhan, 1994; Bruchon-Schweitzer, 1994). Dans une même situation de stress, l'individu peut faire appel conjointement aux deux catégories de *coping* afin de prendre en charge à la fois la détresse émotionnelle et la situation à gérer.

Les stratégies d'évitement, si elles consistent à détourner l'attention du problème en s'engageant dans des activités (comportementales ou cognitives) de substitution peuvent s'avérer efficaces sous réserve qu'elles ne s'affranchissent pas pour autant de l'utilisation de *coping* visant à agir sur la situation. L'évitement qui se matérialise dans un comportement de fuite, telle que la consommation de substances addictives, est cependant associée à un risque d'anxiété et de dépression (Paulhan, 1992). Pour autant, Endler & Parker (1995) confèrent au *coping* d'évitement, en plus de la régulation émotionnelle, une façon active de s'adapter à la transaction stressante et en font une catégorie de *coping* à part entière. Ils détaillent de fait trois types de stratégies d'ajustement, non centrées (au sens de Lazarus), mais orientées sur les problèmes, les émotions et l'évitement. Cette dernière pouvant s'orienter sur la tâche (ou la distraction (faire autre chose)), ou bien mettre en œuvre un évitement orienté sur la personne (ou de diversion sociale : rejoindre d'autres personnes).

Un autre *coping* proche de l'évitement, mais parce que davantage de l'ordre d'un mécanisme de défense, en cela qu'il est inconscient, concerne le *coping* du déni dont Lazarus a évalué les coûts et les bénéfices de cette stratégie pour les individus qui nieraient leur stress (Lazarus R. S., 1983; 1998). Il a conclu que si le recours au déni peut être négatif si d'autres stratégies pouvaient agir favorablement sur le problème, il s'avère que lorsqu'aucune stratégie n'apparaît pouvoir conduire à la réduction du stress, le déni intervient tel un *coping*, et donc favorablement dans la gestion (émotionnelle) de la transaction stressante. Le déni peut également avoir cela de gênant qu'il peut conduire à la non observance de traitement, la non consultation par un individu qui ne se reconnaît pas malade (Lazarus R. S., 1983; 1998). Par un déni des situations de souffrance, les aides à domicile pourraient alors s'engager encore moins dans des comportements de santé et de protection, puisque ne se reconnaissant pas en souffrance et/ou en difficulté.

Différents mécanismes de défense psychologique sont disponibles en complément du déni que nous venons d'aborder. L'on peut citer entre autres (d'après la synthèse de Coon, 1994) : le refoulement (au travers duquel l'individu est inconscient des évènements causant une peine profonde), la formation réactive (qui consiste à émettre un comportement exagérément opposé à ce que l'on refoule de sa véritable pensée, comme rejeter un objet d'amour), la régression (revenir à un état antérieur), la projection (attribuer ses propres pensées et comportements à un autre), la rationalisation (apporter une signification raisonnable mais fautive à une situation problématique), l'imagination (accomplir des désirs insatisfaits au travers d'activités imaginées), l'intellectualisation (se détacher de l'émotion d'une situation provoquant un inconfort en l'investissement uniquement dans des termes intellectuels impersonnels), l'isolement (séparer des pensées ou sentiments contradictoires en compartiments mentaux distincts), la compensation (surligner les éléments positifs d'une situation/habilité pour compenser une faiblesse), ou encore la sublimation (réinvestir des pulsions inacceptables ou des désirs insatisfaits dans une activité constructive et acceptée de la société).

Une autre stratégie de *coping* peut également relever de l'optimisme comparatif – qui consiste à croire que les autres ont plus de risques d'être touchés que soi-même par des événements négatifs – qui pourrait s'expliquer par un besoin de maintenir une bonne estime de soi-même en se comparant à des personnes plus en difficultés, et conduire à un maintien ou au développement du sentiment de bien-être (Shankland & Verhiac, 2013). En substance, ce pourrait être une stratégie potentielle des aides à domicile qui engageraient cette stratégie vis-à-vis de la personne dépendante.

Folkman (2008) a également examiné les rôles possibles des émotions positives dans le processus de stress. Ainsi, les types de *coping* générant des émotions positives incluent le bénéfice trouvé, les processus d'adaptation aux buts, l'ordonnancement des priorités, et l'insufflation de pensées positives par des événements ordinaires. Contrairement aux tendances antérieures, il semble avéré que les émotions positives ont une fonction importante dans le processus de stress et sont liées à des stratégies de faire face, distinctes de celles de la régulation de la détresse.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier l'Organisation qui est un système culturel en soi, donc porteur de normes et de valeurs, de systèmes de pensées et de représentations comme d'actions auxquels l'individu se réfère pour agir (Aubert & Pagès, 1989). Tout comme l'influence des caractéristiques socio-professionnelles, alors qu'il apparaît qu'avec l'expérience, les professionnels développent des stratégies de *coping* qui leur permettent de faire face plus efficacement. Cela a été illustré notamment par Jex & Beehr (1991) auprès des infirmières qui rapportent moins d'anxiété ou de pathologies mentales si elles ont beaucoup d'ancienneté, comparativement aux débutantes. L'enquête de la DREES a montré le contraire chez les aides à domicile (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). Par ailleurs, les femmes préfèrent s'ajuster au stress en se concentrant sur leur détresse émotionnelle plutôt qu'en affrontant directement le problème (Jick & Mitz, 1985), ce qui fait des femmes qu'elles seraient plus vulnérables au stress, faisant moins appel aux stratégies actives que les hommes, et par ailleurs témoignant davantage d'épisodes de stress (Matud, 2004). Ponnelle & Lancry (2002) conseillent enfin de ne pas oublier que les stratégies d'ajustement, si les chercheurs souhaitent les étudier, sont le résultat de caractéristiques personnelles (type de personnalité, lieu de contrôle, etc.) et de processus actifs interférant avec l'ensemble des conduites professionnelles. Le processus et le résultat du *coping* sont impactants sur le ressenti de stress. Un échec à faire face (du fait de demandes excessives ou de ressources insuffisantes) est susceptible de conduire au stress et à une mauvaise santé et entraîner des conséquences organisationnelles (Cox, Griffiths, & Rial-Gonzalez, 2000). Par ailleurs, il existe différents outils pour les identifier (Cf. Ponnelle & Al. (2012)). Ces outils, tout comme d'autres, ont permis d'identifier et d'évaluer l'efficacité des *coping* mis en cause et activés à l'occasion d'une transaction de stress. Plusieurs arguments indiquent qu'il est important de diviser les *coping* en plus de deux catégories distinctes comme le *coping* centré sur le problème, la recherche de soutien social, la culpabilisation, la pensée magique et l'évitement (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985) et les *coping* d'actions orientées, l'accommodation, la pensée positive, la recherche du soutien, la culpabilisation et l'autoprotection (Falkum, Olff, & Aasland, 1997).

d) Mise en œuvre des *coping* et ressources

Une fois les *coping* évalués et sélectionnés, l'étape finale consiste à mettre en œuvre le *coping*, dont les ressources sont également un élément phare des modèles transactionnels. En effet, Lazarus & Folkman (1984) ont également développé cette conception en considération des ressources de l'individu. Les ressources de *coping* se définissent donc comme un ensemble de caractéristiques propres à chaque personne (croyances, personnalité, caractéristiques sociodémographiques) et relèvent par ailleurs de son environnement. Les ressources de l'individu constituent ainsi les caractéristiques internes et externes lui permettant de donner un sens à l'état de stress et d'y réagir. Ces ressources sont également qualifiées par Lazarus & Folkman (1984) de « *facteurs de résistance au stress* », cités par Ponnelle et Lancry (2002, p. 67). Enfin, pour reprendre ces mêmes auteurs (2002, p. 68), ils synthétisent les liens et les distinctions entre *coping* et ressources en cela que l'on peut définir « *ces concepts en disant que les ressources personnelles représentent « ce que sont » les personnes (citant Pearlin & Schooler, 1978¹⁰⁹) et les ressources de l'environnement (sociales et organisationnelles) sont « ce dont disposent » les personnes. En revanche, les réponses de coping représentent « ce qu'elles font », c'est-à-dire les efforts concrets, conscients pour lutter contre les contraintes, les tensions quotidiennes ou professionnelles* ».

Les ressources en soutien social sont particulièrement importantes pour avoir un rôle de médiateur sur les situations aversives pour l'individu, comme le soutien apporté par le partenaire (Ponnelle & Lancry, 2002). Pour Parker & Endler (1992), le soutien social est une ressource qui permet la mise en place d'autres *coping*. Ce que ne partagent pas Lazarus & Folkman (1984) qui considèrent le soutien social comme une stratégie d'ajustement particulière, en cela que cette stratégie requière un effort de la part de l'individu pour en bénéficier. De ce fait, le soutien social peut provenir de l'entourage proche et familial ou bien professionnel et intervenir en support pour la résolution de problème et/ou régulation de la détresse émotionnelle. Ponnelle & Lancry (2002) regroupent 4 composantes essentielles du soutien social : (1) le soutien émotionnel qui trouve ses expressions dans les témoignages empathiques de réconfort, cadre de la confiance et d'une intimité ; (2) le soutien d'estime, évoqué par Cutrona (1990) – auquel ils réfèrent – comme visant un objectif d'encouragement et d'assurance auprès de la personne sur la qualité de ses valeurs et de ses compétences, afin de renforcer la confiance en soi ; (3) le soutien matériel (financier ou non) et (4) le soutien informationnel comprenant les conseils et informations communiqués par l'entourage pour faciliter la résolution de problème.

En termes d'efficience, une personne en situation de stress devrait être plus en capacité de s'ajuster à la situation si elle profite de ressources sociales et personnelles (Hobfoll, Freedy, Lane, & Geller, 1990). Les

¹⁰⁹ Pearlin L.I., Schooler C. (1978) The structure of *coping*, *Journal of health and social behavior*, 19, 2, 2-21.

résultats évoqués précédemment concernant l'isolement professionnel des aides à domicile est peu rassurant. Reste à identifier si le réseau privé assure ce soutien face à la carence organisationnelle.

Les ressources sont donc un moyen d'activer et/ou mettre en œuvre un *coping* afin de réagir à une situation problème, entraînant un stress. Toutefois, si le processus du *coping* est reconnu, sa lecture n'est pas la même suivant le courant théorique l'approchant. Ainsi, par exemple, les théories transactionnelles considèrent les *coping* comme des stratégies actives et conscientes alors que la psychodynamique du travail (Dejours, 2000), présentée à suivre, parle de mécanismes de défense et d'autres perspectives de traits de personnalité (en tant que disposition stable de l'individu).

Considérer le *coping* comme mécanisme de défense relève de l'orientation psychanalytique associée au mécanisme résultant d'un conflit intrapsychique. Ici, le *coping* est apparenté aux défenses du Moi, donc des mécanismes inconscients chargés de réduire le risque de développer des angoisses (Paulhan & Bourgeois, 1995). Cette première notion en fait une limite contradictoire au concept de *coping* qui se veut un processus conscient.

D'autres critiques sont évoquées en lien avec cette conception, qui consiste à dire que le mécanisme de défense se centre sur la réduction de la détresse psychique et émotionnelle. Ceci excluant la possibilité d'orienter un *coping* à visée de résolution de problèmes (Lazarus & Folkman, 1984). De plus, les stratégies d'ajustement contribuent à agir à la fois sur l'individu, l'environnement, et la relation entre eux-deux, alors que les mécanismes de défenses sont centrés, par définition, sur l'individu. La psychodynamique reprend le terme de stratégies défensives, mais y attribue une dimension intentionnelle, même si inconsciente, conséquence d'un apprentissage (Dejours, 1995).

Pour les conceptions considérant le *coping* telle une disposition, les individus possèderaient des conditions stables de réactions aux transactions, pour lesquelles les *coping* constitueraient alors des traits stables de personnalité. Ponnelle & Lancry (2002) parlent ici d'une nécessité de distinguer la stratégie d'ajustement de « style » de *coping*. De fait, puisque le trait est une disposition de l'individu, il est à considérer que certaines personnes auraient tendance à s'ajuster toujours d'une certaine façon et pas d'une autre. Toutefois, d'après eux, les études n'ont pas montré que les styles de *coping* constitueraient des prédicteurs significatifs des stratégies d'ajustement.

Enfin, une autre limite de ce modèle se veut être opérationnelle en cela qu'il est difficile à adapter au terrain, de par une certaine lourdeur conceptuelle. Cox (1987) faisait état que les processus discutés ne peuvent pas être rationnels comme présentés dans les théories transactionnelles.

D'après Montpetit, Bergeman, Tiberio, & Boker (2010), les individus avec une capacité de résilience plus importante ont moins de réactions de stress (l'expérience stressante est moins couplée à des affects négatifs) et retrouvent leur équilibre affectif plus vite à la suite d'un facteur de stress exogène donné (meilleure récupération). Les facteurs protecteurs identifiés concernent la personnalité et le soutien social.

Toutefois, si Fletcher & Sarkar (2013) concèdent que la résilience est nécessaire pour faire face aux différents événements de la vie auxquels l'individu sera confronté, ils effectuent une distinction conceptuelle de la résilience avec le *coping*.

Pour l'approche transactionnelle, il s'agit donc de comprendre le stress à partir des stratégies mises en place. Ces modèles s'intéressent donc aux processus intermédiaires qui interviennent entre la situation anxiogène en elle-même et les effets qu'elle procure à l'individu (conduites, santé). Ils sont centrés sur les conduites et les réactions individuelles au stress, mais ne cherchent donc pas à analyser en profondeur le stress en lui-même, à la différence des approches interactionnistes. L'effet en est un ciblage sur l'individu dans la transaction stressante, pouvant mettre à distance la prise en compte des facteurs organisationnels et de contexte. Conduire une démarche de prévention du stress en entreprise ne semble alors pouvoir s'extraire d'une approche plus systémique, considérant à la fois les apports des modèles causalistes et transactionnels, mais également d'autres approches pourquoi pas enracinées dans des disciplines connexes de la psychologie, afin d'enrichir la compréhension des événements pouvant entraîner une situation déplaisante ou affectant la santé du salarié. C'est le lien que nous réalisons dans la présentation des approches complémentaires modernes (point 3.4).

3.3.2. **Le soutien social**

Nous venons de voir que dans les approches transactionnelles, les effets du Soutien Social sont importants à l'interaction Travail-Santé. Les aides à domicile étant présentées comme isolées (Loones & Jeunneau, 2012), cela peut constituer une forme de vulnérabilité de ces métiers à faire face au stress, alors que les conceptions précédentes indiquent l'importance du soutien social dans la régulation émotionnelle et concrète des situations entraînant une souffrance morale et mentale pour les travailleurs, que celle-ci se déduise des déterminants objectifs de l'environnement de travail (conception interactionnistes) ou de la perception qu'en a l'individu (conception transactionnelle). « *Les notions de stress perçu et de soutien social perçu sont considérées comme des variables modératrices en raison du rôle spécifique de la perception et de l'évaluation cognitive et émotionnelle dans la relation entre ces événements stressants et le risque de maladie* » (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 17).

Chou & Robert (2008) qui cherchaient à comprendre les déterminants de la satisfaction au travail des soignants en résidence-services, ont mis en évidence que cette dernière est associée négativement à la surcharge de rôles et positivement au soutien institutionnel, instrumental et émotionnel du superviseur, ainsi qu'au soutien émotionnel des collègues. De même, Ruiller (2011) a proposé un modèle de soutien social au travail et développé une échelle de mesure de la perception du soutien social, d'après une étude auprès des agents du secteur hospitalier. Les résultats obtenus indiquaient que les attentes de soutien des salariés sont principalement émotionnelles et d'estime, tandis que les managers de proximité reconnaissent

quant à eux des comportements de soutien favorisant l'efficacité organisationnelle. Enfin, Lakey & Orehek (2011) rappellent que la théorie de la régulation relationnelle pose les hypothèses que les principaux effets entre le soutien social et la santé mentale surviennent quand les gens régulent leurs affects, pensées et actions au travers de conversations ordinaires, mais significatives affectivement ; et des activités partagées, plutôt qu'avec des conversations portant sur la manière de faire face au stress. La régulation est essentiellement relationnelle, du fait que les types de personnes et d'interactions sociales de l'individu concerné sont plus souvent question de goûts personnels.

Par ailleurs, en extrapolant la notion de soutien social au leadership, nous pouvons évoquer Ndjaoubé & Al. (2012) référant à une revue effectuée par Kuoppala & Al. (2008) pour faire état de trois conceptions principales de la notion de leadership. Ceux-ci citaient le type considératif, dans le cadre duquel le responsable considère et est honnête avec ses collaborateurs, le leadership de soutien (coaching et attention du responsable pour son collaborateur) et le leadership transformationnel. Ce modèle de leadership met en évidence qu'une perception positive du leadership du dirigeant réduit les risques de cardiopathie et impacte également favorablement la santé mentale des employés. Des perceptions négatives du leadership ont des effets délétères sur la santé et le bien-être. Percevoir le soutien disponible du hiérarchique est donc une ressource en soi pour faire face et éviter les maladies.

Par ailleurs, le besoin de soutien organisationnel, de reconnaissance et la confiance organisationnelle apparaissent jouer un rôle dans la modération du stress et de l'épuisement professionnel chez les infirmiers à l'hôpital (Cherkaoui, Montargot, & Yanat, 2012). Dans leur étude menée auprès de soignants cherchant à identifier les ressources efficaces pour faire face au stress professionnel, il apparaît pour Gray-Stanley & Muramatsu (2011) que l'association entre le support social au travail et le *burnout* dépendait du niveau de la charge de travail et de la participation aux prises de décisions.

Enfin, les travailleuses du *care* peuvent être en difficulté pour trouver les mots justes visant à rendre compte de ce qu'elles ressentent à exercer ce type d'activité. Qualifier les relations de ce travail de *care* est complexe (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009), cela peut donc d'autant plus contraindre la gestion des situations-problèmes pour les aides à domicile, dans cette stratégie s'appuyant sur un réseau social, qu'il faut savoir activer, voire alerter.

Badoux-Levy, Robin, Lavarde & Grygielski (2004) ont identifié cinq facteurs psychosociaux prédictifs expliquant 51% de la variance du sentiment de solitude : (1) le score global de soutien social perçu, (2) les stratégies de *coping* centrés sur les souhaits imaginaires, (3) les stratégies de *coping* évitant le recours au soutien social, (4) le trait de personnalité imaginatif et distrait, et (5) le trait de personnalité introversion. Les facteurs 2, 3 et 4 contribuaient de façon indépendante au modèle. Ainsi, éviter le recours au soutien social concourrait au sentiment de solitude en dépit du soutien social perçu. Les acteurs de l'action sociale d'urgence n'ont pas d'autres solutions que celle d'agir collectivement, et donc de sortir de l'isolement via des « groupes réseaux » afin de mettre en œuvre un travail social qui soit respectueux à la fois de la complexité des bénéficiaires et l'éthique chère à leur profession (Boucher & Belqasmi, 2004).

3.4. Les approches modernes complémentaires et intégratives

3.4.1. Psychologie de l'émotion

Enfin, dans une dynamique systémique, il apparaît important de revenir sur les apports de la psychologie des émotions qui enrichit l'approche de l'individu au travail en situation de stress.

L'émotion a été opposée à la cognition en cela que cette dernière représente la « logique », et a été longtemps délaissée des études portant sur la charge mentale au travail. Cependant, le développement des théories et des modèles de stress au travail ont contribué par suite à une meilleure prise en compte des facteurs émotionnels, ce qui pour Ribert-Van de Weerd (2002) a permis d'introduire cette dimension affective dans les études psychologiques et ergonomiques. Lazarus (1999) lui-même a étendu ses travaux aux émotions.

Ainsi, au départ les travaux portant sur la charge mentale prenaient en premier lieu en compte la dimension cognitive, faisant référence « à l'ensemble des activités mentales impliquées dans nos relations avec l'environnement » (Ribert-van de Weerd, 2002, p. 80), l'auteur illustrant des processus tels que ceux de la perception, de la mémorisation, de la prise de décision, etc. S'en est suivi l'introduction du concept des émotions dans l'approche cognitive. Ces évolutions ont intéressé les chercheurs des théories du stress, notamment pour considérer le poids des facteurs émotionnels dans les cognitions (et réciproquement) et notamment les processus évaluatifs des approches transactionnelles. Ainsi, Lazarus (1982; 1998; 1999) a suggéré que l'évaluation cognitive jouait un rôle primordial dans l'expérience émotionnelle, lui qui considère la cognition comme antérieure à l'émotion, l'ensemble des chercheurs s'accordant sur le fait que la cognition prime sur l'émotion puisque l'évaluation est nécessaire à l'existence de l'émotion. Rivolier (1992) a distingué l'émotion du stress en cela que l'émotion est une réponse immédiate, alors que le stress est un processus différé.

Vion & Negroni (2002) ont mis en évidence que l'émotion peut influencer la qualité du travail réalisé, concluant que l'état émotionnel des travailleurs a des effets sur leur performance, voire sur leur santé si le travail est vécu comme une source de stress. Les émotions ont donc à la fois des effets sur les cognitions et processus associés, ainsi que sur les comportements individuels et sociaux, et enfin sur la santé des individus au travail.

Toutefois, la cognition a un rôle dans la production des émotions. Ainsi, dans le concept de l'impuissance acquise, où le sujet est dans un premier temps ôté de ses capacités de contrôlabilité, on observe que lorsqu'il est confronté à une nouvelle tâche à suivre, les sujets apparaissent plus déprimés que le groupe contrôle (Cf. travaux de Seligman (1975; Hiroto & Seligman, 1975)). L'expérience de l'échec et précisément de l'impossibilité de contrôle sur la situation se répercute donc sur les expériences

postérieures. De plus, l'ampleur des déficits entraînés est d'autant plus grande que les individus attribuent leur manque de contrôle à des facteurs internes, stables et globaux (Ric, 1996).

Par ailleurs, le travail peut conduire à émettre des comportements en désaccord avec les émotions. Ribert-Van de Weerd (2002) fait état d'études ayant montré que les individus dont l'aspect relationnel est au cœur de leur travail rencontrent des difficultés dans leurs relations professionnelles, consécutives d'écarts importants entre le travail prescrit et la réalité professionnelle, les collaborateurs concernés étant « *bien souvent dans l'obligation d'adopter des comportements contradictoires et conflictuels avec ce qu'ils ressentent* » (p. 96). Ce que l'on peut s'attendre à constater de fait chez les aides à domicile. Ainsi, l'évaluation cognitive des situations, de par la perception des individus contribuerait bien à entraîner des émotions au travail, les effets pouvant être délétères sur la santé si les situations n'évoluent pas favorablement. Les pourvoyeurs de *care* « accrochés » à une image émotionnelle plus présente et ce négativement, pourraient générer un accroissement du risque de vulnérabilité chez eux.

3.4.2. Ergonomie du travail

L'ergonomie, en soi, consiste en l'étude du travail, visant à adapter le travail (ou les machines) à l'homme. L'ergonomie cherche à favoriser les conditions de travail, à partir des constats des différences observées entre travail prescrit et travail réel. Pour analyser le travail, de Montmolin (1990) distingue la tâche de l'activité, la tâche étant caractérisée davantage par les procédures prescrites, les connaissances prérequis, les objectifs/normes, l'environnement physique et technique ; et l'activité par les procédures suivies, les compétences utilisées, les conduites ou encore les résultats/performances constatés. L'analyse du travail peut concerner les conditions physiques du travail (poste de travail, conditions temporelles, mesure de la charge physique de travail) et la perception des informations (interface homme-machine, vigilance, codes permettant la compréhension des messages...).

Pour Daniellou (1996), l'analyse de l'activité correspond aux comportements, conduites, processus cognitifs et interactions mises en œuvre par le travailleur au moment des observations. L'analyse ergonomique du travail va au-delà en considérant en complément tout ce qui relève de l'analyse des facteurs économiques, techniques et sociaux, ainsi que des effets du fonctionnement organisationnel sur l'individu, ce qui se rapproche d'une conception systémique qui prend en compte l'environnement global de l'individu pour son développement.

D'après la psychologie ergonomique (Cf. Leplat (1997)), l'analyse des interdépendances entre l'individu acteur (agent qui a ses propres caractéristiques et objectifs), la tâche (caractérisée par les buts, moyens et conditions) et le travail réalisé (activité) est déterminante à la compréhension des conséquences de l'activité pour l'agent et le système (organisation).

Pour Vaxevanoglou, « l'activité est à la fois représentation et action. Cela constitue que l'observable ne constitue pas le réel » (2002b, p. 120). Comprendre l'activité de l'agent ainsi que ses conséquences passe alors obligatoirement par un accès au témoignage subjectif de ce dernier, afin d'accéder à ses représentations. Pour Leplat (1997), la représentation qu'a l'agent de la tâche prescrite dépend de la clarté de la prescription par le système et des caractéristiques (acquises et innées ; cognitives, psychologiques, personnelles, psychiques, culturelles, sociales) de l'individu. Ainsi, comprendre et expliquer le stress et ses conséquences est permis par l'étude de la réponse de l'agent à la tâche prescrite et de ce qu'il en a comme image et perception (Vaxevanoglou, 2002a). Il s'agit donc d'étudier l'espace existant entre la tâche prescrite par le système et celle réalisée par l'agent, en considérant spécifiquement les comportements et processus de pensées que cela induit chez lui, notamment en terme de stratégies d'ajustement, à l'instar des modèles transactionnels.

Enfin, Vaxevanoglou (2002b) considère que pour approcher les problématiques de santé au travail, les études ne peuvent se réduire à une quantification des charges et surcharges de travail, au regard de ses ressources pour les réguler, et donc à l'analyse unique des contraintes en termes de présence et d'intensité). Et ce, tel qu'on peut l'observer au travers du document unique (en entreprise) et des études centrées sur les coûts liés à l'absentéisme, calculé chaque année par l'Assurance Maladie. La régulation de l'activité (autrement dit, l'adaptation de l'agent par la mise en place de stratégies visant à préserver sa santé, développer ses compétences et assurer son besoin d'accomplissement au travail) constitue par contre un indicateur des difficultés qu'il rencontre. L'agent, peut mettre en place deux types de stratégies (dites de régulation), les premières étant centrées sur l'action, en agissant objectivement sur la situation ou le problème, coûteuses et pouvant conduire à épuiser l'individu qui aura alors recours à d'autres stratégies, centrées sur l'individu, possiblement négatives (comme l'évitement) et conduisant à des effets négatifs sur la santé. L'approche s'inspirant donc des modèles transactionnels.

Vaxevanoglou (2002b) rend acteur l'agent au travail, l'identifiant comme le bâtisseur compétent de sa santé, lui conférant également par la même une sorte de responsabilité à agir sur les situations pour se préserver.

Le comportement, d'après les modèles de prévention de la santé, si l'on se réfère aux apports des théories du changement comportemental (Cf. Fishbein & Azjen (1975) ; Godin (1991)), est prédictible par l'intention comportementale.

Ainsi, d'une part, l'ergonomie et la psychologie de l'ergonomie considèrent que c'est la confrontation de la réalité objective et subjective qui permet de comprendre les liens entre travail et santé ; et d'autre part, les approches transactionnelles et causalistes parlent d'un stress cause d'une transaction/interaction entre demandes et ressources. L'analyse de cette confrontation individu/organisation apparaît alors centrale pour comprendre les liens entre l'activité et la santé morale et mentale (Vaxevanoglou, 2002b).

Il s'agit alors de prendre en compte le « capital » de l'individu (histoire, personnalité, compétences, motivations, objectifs) tout comme les marqueurs et caractéristiques de l'organisation, qui par définition pour Vaxevanoglou (2002b), n'ont pas été développés pour s'adapter à l'individu. Il modélise son approche tel qu'indiqué dans la Figure 8, où l'on remarque la place importante des représentations dans la relation entre les déterminants et les conséquences de la relation existant entre l'environnement de travail et la santé.

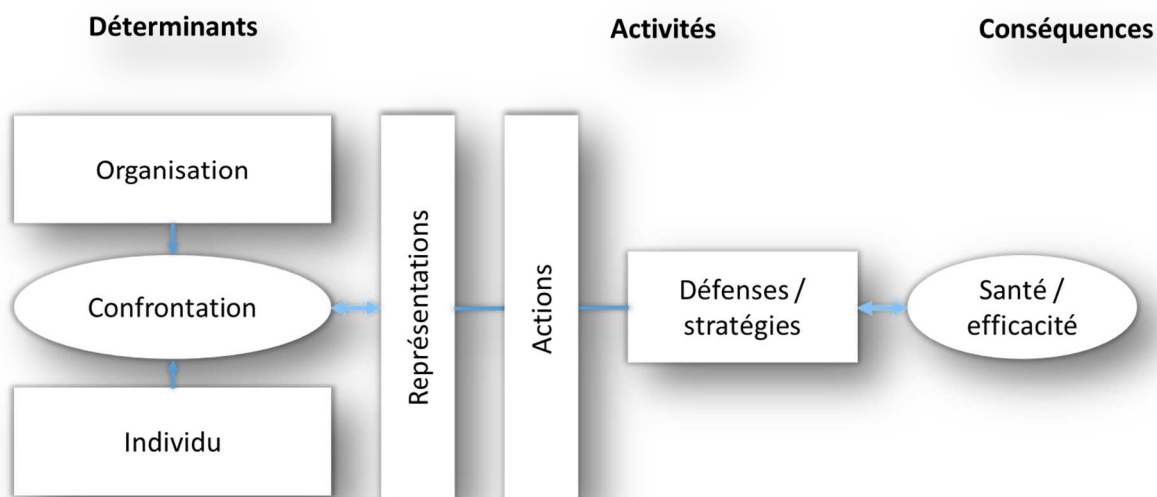


Figure 8 : La confrontation individu/organisation (d'après Vaxevanoglou (2002b))

Dans le schéma ci-dessus, les déterminants organisationnels et individuels pourraient se traduire par les attentes qui y sont associées, là où derrière les représentations, l'on pourrait intégrer pour les pourvoyeurs de travail social, le sens du travail axé au travers du filtre des valeurs et préceptes portés par le *care* et son éthique. Ainsi, le stress résultant de la confrontation peut alors être étudié conjointement au travers des représentations (expression du vécu, représentation) et de l'activité (travail réalisé), et au regard des stratégies d'ajustement ou de régulation mises en place par l'individu en situation.

3.4.3. Psychodynamique du travail

La psychodynamique du travail initiée par Dejours dans les années 70 est une approche multidisciplinaire s'intéressant à l'organisation du travail tantôt comme source de plaisir, tantôt comme porteuse de souffrance, dans laquelle l'individu développe et met en œuvre des stratégies défensives pour faire face aux exigences du travail et protéger sa santé. Cette approche centrée sur l'importance de la subjectivité de l'individu a une visée compréhensive des phénomènes de santé au travail (Alderson, 2004).

Vézina (2002c) évoque trois théories sur lesquelles repose la psychodynamique du travail et qui contribueraient à la compréhension de la dynamique entre (1) le sujet qui a pour but premier la recherche d'accomplissement et de réussite, s'illustrant par une recherche de sens et d'identité dans le travail, (2) le travail, à distinguer entre travail prescrit et travail réel, au milieu desquels l'individu doit trouver des espaces d'ajustement par sa créativité et son adaptation face aux rigidités organisationnelles et (3) la société qui fait référence à l'environnement social (et donc le regard de l'autre sur soi et la capacité du travailleur à réaliser ses activités et missions, en considération des règles normatives auxquelles il est soumis de par ses appartenances). Ainsi pour la psychodynamique du travail, l'individu peut être en tension et voir sa santé affectée dans le cas où existe un déséquilibre entre son besoin d'accomplissement, les normes sociales dont il dépend et les contraintes professionnelles, qui sont les trois dimensions « *autour desquelles va se construire le sens qu'a le travail pour l'individu, dans un rapport au travail (dimension utilitaire), à un collectif (dimension inter-subjective) et à soi-même (dimension intra-subjective)* » (Vézina, 2002c, p. 116).

Il est très difficile psychologiquement pour un individu d'une part de ne pas être reconnu pour ce qu'il réalise et d'autre part si sa hiérarchie ou ses collègues ne reconnaissent pas ses difficultés (possiblement nées d'une discordance entre travail réel et prescrit). Les incidences en cas de déséquilibre sont l'instauration d'un climat de doute en ses capacités à faire et à être (conduisant à une perte de l'estime de soi voire la dépression) ou le développement d'une insensibilité au regard d'autrui. La psychodynamique n'est donc pas opposée aux approches bio-psychosociales, mais davantage complémentaire, la première pouvant donner un sens qualitatif aux données quantitatives de la seconde (Vézina, 2002c).

De même, la psychodynamique s'intéresse à ce qui détermine un individu à agir au travail. Elle considère la question du sens comme complémentaire des aspects objectifs du travail, et s'attache à étudier ce qui concourt au maintien de l'équilibre psychologique de l'individu en situation de travail, ce dernier étant porteur d'un certain nombre de contraintes (Dejours, 2000). Pour la psychodynamique du travail (PDT), la souffrance mentale de l'individu apparaît lorsqu'il y a un déséquilibre entre le sujet, la sphère sociale et le travail. L'individu n'y reste pas passif et met en place des stratégies défensives pour se protéger.

Vézina (2002) a écrit que « *la conception théorique du sujet en psychodynamique du travail postule que tout individu cherche à s'accomplir et à relever des défis en mobilisant son intelligence pratique et son inventivité, dans un contexte ou un environnement de travail qui lui laisse suffisamment d'autonomie pour ce faire* » (p. 111). Cette recherche d'accomplissement est à rapprocher de la nécessaire formation de l'identité du travailleur et à sa réalisation sociale. Ainsi, le travail permet à l'individu d'aller au-delà de ce qu'il est de par ses déterminants hérités et ainsi de se construire une part de son identité, à partir de ce que lui permet de développer son travail. En ce sens, travailler a un réel rôle de structuration identitaire pour l'individu d'après la PDT. En prolongement, cette structuration identitaire participe à la promotion de la santé (mentale). Si cette structuration était empêchée, les effets devraient alors avoir des effets délétères sur la santé.

La PDT repose par ailleurs sur l'opposition du travail prescrit et réel, opposition dans laquelle le travailleur doit toutefois trouver une place. Ainsi, les règles et attendus évoqués à l'origine ne sont pas forcément accessibles ou réalisables dans le réel. Cette difficulté fait que l'individu n'a pas toujours la (simple) possibilité de mettre en œuvre ses compétences, mais qu'il doit composer, voire innover pour s'adapter aux situations réelles, même si différentes du prescrit. Le travail ne peut donc être considéré comme le simple terrain de la mise en œuvre de techniques apprises et de procédures validées : le collaborateur est donc amené à se reporter à sa subjectivité pour faire des choix et réaliser son travail.

L'aide à domicile, isolée, pourrait devoir réagir seule, ce qui peut être source d'une pression accrue dans le travail où l'on porte une responsabilité de l'autre, aussi subjective soit-elle. En effet, ne pouvant reposer sur un cadre solide et constant, le travailleur pour s'affranchir ou surpasser les doutes et angoisses engendrées, va devoir agir en s'investissant personnellement. Cette modulation opérée par les individus sont pour la PDT ce qui peut conduire à de la souffrance mentale si les marges de manœuvre laissées par l'organisation sont faibles. Toutefois, si l'entreprise, l'Organisation, dans laquelle travaille le salarié lui offre des moyens de s'adapter plus facilement en maîtrisant mieux son environnement, alors le risque est minoré, voire le travail devient source d'accomplissement (Dejours, Travail, usure mentale, 2000). Ces habiletés apparaissant non reconnues chez les aides à domicile, cela peut constituer un risque supplémentaire.

Partant des autres motivations sociales fondamentales que celles (entre autres) d'appartenir et de se valoriser (Fiske, 2008), l'individu, devenu travailleur, a également besoin de pouvoir exister au sein d'un groupe, qui lui procure par la même une projection de son identité, en reconnaissant ses actions. En PDT, cela se traduit par le besoin du travailleur que d'accéder au regard, au jugement de l'autre, notamment sur sa capacité de faire (Dejours, 2000). Cela est permis par un ensemble de règles collectives où l'on constate une adhésion aux « bonnes pratiques », expression courante sur les terrains professionnels, notamment dans le secteur du social aujourd'hui. Citant Dejours (1992), Vézina synthétise que « *les règles déterminent les manières acceptables de faire le travail de même que ce qu'il est juste ou bien de faire. Elles sont le résultat d'échanges formels ou informels entre les travailleurs* ». (2002c, p. 114). Intégré dans un paradigme de valeur, le salarié pourrait alors se retrouver en position délicate de devoir agir ou interpréter son action entre le bien, et le mal, ce qui pourrait être source de culpabilité. De même, à l'image du propos de Molinier : « *ce qui fait fond commun entre les éthiques du care et la psychodynamique du travail, c'est l'intérêt porté à la sensibilité morale, c'est-à-dire à un sens moral qui n'est pas réductible à un fonctionnement cognitif, relationnel et abstrait.* » (2013, p. 219). L'ensemble porte alors ici le risque que la moralité place l'individu dans un système de valeur qui pourrait le mettre à mal.

Ne pas reconnaître la réalité que rencontre un individu au travail est pour lui source de souffrance mentale, de par le doute provoqué et ses effets consécutifs sur l'estime de soi (Dejours, 1995; 2000). Cela vient confirmer que la reconnaissance au travail est en ce sens nécessaire au bien-être des individus.

Enfin, tout comme l'approche transactionnelle du stress, il existe pour la PDT un rôle actif de l'individu dans ce qui lui arrive. Ne restant pas passif, ce dernier réagit par ce que la PDT définit comme des stratégies défensives. En complément à ce qui a déjà été évoqué, il peut également être introduit que lorsque les stratégies défensives (collectives) se radicalisent, on parle alors d'idéologie défensive qui représente l'ensemble des comportements par un groupe, apparentés à une norme, telle que caractérisée par son élaboration collective, son adhésion et son nécessaire respect sous peine d'exclusion (Dejours, 2000).

Pour conclure, ce à quoi tend la psychodynamique du travail porte surtout à la compréhension de la dynamique pour l'équilibre psychique, dans le but de permettre au sujet (par son maintien ou son rétablissement) une forme de contrôlabilité sur les transformations à mettre en œuvre, dans une visée de réduction des souffrances et de réappropriation de la notion de plaisir au travail. Les améliorations sont possibles sous condition que le collectif en jeu soit solide et soutenu par les dirigeants qui doivent pouvoir concourir au développement d'une harmonie entre les projets professionnels et les désirs du travailleur. L'ensemble ne peut être permis que lorsque les acteurs du dialogue se font confiance, partant également du fait que dialogue social il y a (Vézina, 2002c).

De même, Molinier a souligné que « *la psychodynamique du travail, la psychosociologie clinique et les théories du care [...] ont en commun de prendre au sérieux la dimension subjective du rapport au travail, de privilégier la formalisation des savoirs déjà existants dans les équipes, l'analyse du travail avec et par ceux et celles qui le font et une conception du soin comme souci et attention portée à autrui.* » (2013, pp. 211-212). Cela semble s'appliquer davantage à un contexte institutionnel, où en établissement, les équipes sont amenées au pire à se croiser, au moins se connaître, et au mieux travailler en équipe. Dans tous les cas, faire partie d'un collectif qui construit ensemble. Ce qui n'apparaît pas être le cadre de travail de l'aide à domicile, même pour celles qui exercent en prestataire. Toutefois, l'existence d'une Organisation nous laisse à penser que ces aides à domicile bénéficient au moins de la perception de l'existence d'un collectif. Restera à voir comment il est investi en pratique.

4. **Enquêtes de santé dans le secteur de l'aide à la personne : constat critique**

D'après la typologie des personnels exerçant dans le secteur gériatrique en établissement, issue d'une analyse de l'enquête de la DREES en 2003, Amyot (2008) a mis en évidence les caractéristiques de ces professionnels quant à l'exercice de leur travail, dont certains éléments peuvent conduire à des risques pour leur santé. Il a effectué cette typologie à partir de trois dimensions de la perception qu'ont les professionnels de l'établissement sur leurs conditions de travail : (1) les exigences liées aux charges physiques et mentales au travail, (2) l'autonomie et (3), l'environnement.

Il ressort de cette analyse que ces professionnels institutionnels présentent le portrait suivant : ils sont concernés par des charges physiques importantes, un fort sentiment de responsabilité (lié à la peur de faire des erreurs), mais font également état de soutien et de coopération dans leur travail. Ce portrait nous apparaît être au moins adaptable aux professionnels du secteur du domicile, sous couvert que les aides à domicile travaillent au sein d'un collectif (association, collectivités assurant un service prestataire). En effet, les aides à domicile, intégrés à une organisation présenteraient comme avantage de faire partie d'une équipe (contrairement aux employés domestiques ou aux salariés du mandataire, seuls), de ne pas être en relation hiérarchique avec la personne aidée (ce qui peut générer des tensions du fait de l'asymétrie du travail de *care* ainsi exercé) et de bénéficier d'un accès à la formation facilité du fait des obligations auxquelles sont soumises les entreprises. Ainsi, être aide à domicile en service prestataire constituerait une protection pour ce professionnel qui bénéficie des remparts institutionnels.

Pour autant, les enquêtes épidémiologiques font part d'une souffrance des aides à domicile dans tous les secteurs – notamment dans le prestataire ! – (Cf. enquête DREES 2008) et les indicateurs évoqués dans le second chapitre indique un absentéisme important dans les structures (ce que possiblement l'aide à domicile sous la convention de particulier employeur ne peut pas se permettre toutefois). Il est alors probable que d'autres éléments interviennent dans le vécu professionnel pour que les conditions de travail organisationnelles ne permettent pas d'endiguer la souffrance professionnelle des aides à domicile, même exerçant dans des conditions a priori plus « favorables ». Ce sont ces caractéristiques que nous allons chercher dans le discours des aides à domicile exerçant dans le cadre de structures rattachées à la CC BAD.

Se profile déjà la possibilité pour ces aides à domicile que l'appartenance à un collectif ne soit pas pour autant « *salvateur* » par définition, pour reprendre l'adjectif d'Amyot lorsqu'il explique qu'une équipe peut, à l'image d'une famille, également être le lieu de violences, mettant en opposition une équipe qui fait corps avec celle, découpée artificiellement en institution, qui finit par relever davantage de « *représentations territoriales, temporelles ou professionnelles de l'institution* » que d'une véritable équipe (Amyot, 2008, p. 387).

Selon Livian (2005), les enquêtes sur les conditions de travail effectuées par la DARES (1984, 1991, 1998 et 2003) indiquent toutes des témoignages de conditions de travail dégradées (davantage répétitif, pression du temps accrue, etc.). Toutefois, ces évaluations sur la pénibilité sont pour partie biaisées par les perceptions, représentations qu'en ont les personnes interrogées. Les seuils d'acceptation évoluent (ex : travailler dans un milieu toxique, propreté du lieu). Livian (2005) explique cela par des exigences qui augmentent en raison du « *principe de précaution* ». Ainsi, encore une fois, au-delà des conditions mêmes de travail, il est important d'interroger le salarié sur la manière dont il vit l'environnement et ses modalités d'exécution, plutôt qu'une description simple, sans y donner sens, de ces éléments. Livian (2005) propose dans ce cadre de considérer à la fois les représentations sociales et les processus organisationnels pour comprendre la complexité des risques professionnels. D'autant que les comportements sont fondés sur des normes sociales (professionnelles, organisationnelles, groupales, sociétales, ...). Ces normes évoluent et

peuvent bousculer des équilibres acceptés jadis (l'organisation scientifique du travail avant les TMS, manipulation de produits dangereux avant les cancers, autoritarisme du chef jusqu'au harcèlement...). Les normes sociétales sont le lien du micro (individu, équipe) au macro social (institutions, valeurs...), à l'instar du modèle de développement écologique humain de Bronfenbrenner (1976) : elles naissent des tensions vécues par les institutions, les groupes, les individus et l'individu lui-même.

Dans le même temps, les représentations sociales constituent un guide des conduites pour les individus mais également une grille de lecture leur permettant de comprendre leur environnement propre, tout en considérant leur propre système (Gaymard, 2000).

Enfin, il est important également de prendre en compte les quêtes attendues des professionnels sur le lieu de travail. Ainsi, d'après l'enquête CSA-ANACT (Coulange, 2004), ces derniers portent une attention particulière au niveau de rémunération dans le travail (54%), puis sur les conditions dans lesquelles ils travaillent (52% d'importance). Quarante pour cent citent également que ce qu'il est important de retrouver dans le travail concerne l'intérêt du métier. Cette même enquête indique que les salariés perçoivent sur les 20 dernières années une amélioration de la prise d'autonomie et de responsabilités, ainsi que la sécurité sur le lieu de travail, alors que la charge de travail s'est dégradée (surcharge), tout comme les climats sociaux dans l'entreprise.

Ainsi, en transparence de cela, nous pouvons déceler que la santé ne peut être réduite aux risques professionnels inhérents à des conditions de travail qui n'affecteraient que le soma. Ces conditions de travail constituent également des facteurs de Risques Psychosociaux.

4.1. Diagnostic Santé et travail dans les services à domicile bretons

Ces données sont extraites du rapport santé-travail diagnostique régional de Bretagne de 2011 (Clappier, 2011). Ce rapport révèle entre autres que les maladies professionnelles seraient sous déclarées mais révéleraient déjà 41% de souffrance psychique et 36% de TMS. Les risques identifiés pour le secteur de la personne d'après ce rapport sont liés à la féminisation et le vieillissement des personnes exerçant ce métier et le fort recours aux temps partiels, de même que les risques liés à la route. Le vieillissement des équipes constitue notamment un risque en comparaison avec les autres professions. En effet, on relève dans le service à la personne, une proportion trois fois plus élevée de senior de plus de 55 ans, alors que les plus de 45 ans représentent la moitié des effectifs. Ce diagnostic révèle enfin spécifiquement que les salariés sont stressés par le contact avec le public (50.9%) et 21.7% subissent des agressions verbales et physiques (contre respectivement 42.2% et 19% pour l'ensemble des salariés) et du fait d'autres contraintes liées aux conditions de travail, comme le travail fréquent le samedi, le travail dans l'urgence, le manque d'autonomie dans l'organisation des tâches, etc.

Les risques psychosociaux constituent un facteur de risques non négligeable, définis par le ministère du travail comme une charge affective et émotionnelle forte, dont le lien résulte de l'isolement (illustrable ici par l'absence de collègues, l'éloignement de la structure), de la confrontation à de nouveaux contextes de travail (exemple : intervention d'un bénéficiaire à l'autre) et des contraintes temporelles (comme les horaires atypiques qu'impliquent le travail à domicile).

4.2. L'effet de la formation et de l'ancienneté

Le DEAVS semble préserver le professionnel des risques de tension (Cf. étude de la DREES 2008, avec passation des questionnaires de Karasek aux aides à domicile (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012)), toutefois, les salariés du mode prestataire (où la proportion de professionnels diplômés est la plus importante) sont ceux les plus représentés dans les catégories des « actifs » (34%) ou de la *job strain* (37% tendus), contre une grande partie des emplois directs qui se situent dans la catégorie « passif » (43%)¹¹⁰.

L'on peut se demander s'il existe réellement un effet de protection du diplôme, concernant les risques d'ordres psychologiques, de par la nature de la formation, ou si, en se rapprochant des préceptes de Siegrist et ses travaux sur la reconnaissance (1996), ce ne serait pas cette composante qui protégerait les salariés. La proportion de salariés présents dans la catégorie tendue diminue en même temps que l'âge augmente (37% des moins de 35 ans sont tendus, les jeunes sont également dans une grande partie dans la catégorie des actifs, dont on sait qu'elle peut témoigner de plus de stress). Pour autant plus l'ancienneté augmente, plus cette catégorie de tendue est représentée. Encore une fois, l'expérience n'inverse pas les effets de l'usure provoquée par le nombre d'années passées à exercer ce métier. Une personne commençant ce métier tardivement serait donc moins vulnérable qu'une personne d'expérience ou qu'un jeune débutant dans cette profession. Il existe donc des ambiguïtés d'interprétation en relation avec la formation, l'âge et l'ancienneté des professionnels. Il ne semble pas exister de « pare-feu idéal » et constant.

Par ailleurs, les différentes populations parmi les soignants ont des caractéristiques propres et intéressantes. Ainsi, les conclusions de SUMER 2003^{111,112} nous apprennent les informations suivantes :

¹¹⁰ Rappel : d'après le modèle de Karasek (1979), le profil actif se caractérise par une latitude décisionnelle et des exigences élevées, le profil passif par une latitude décisionnelle et des exigences faibles, et le profil tendu par des exigences fortes mais une latitude faible.

¹¹¹ Une partie de cette étude nationale s'appuyait sur le questionnaire de Karasek qui évalue le degré de tension subit par le salarié, en fonction de la latitude décisionnelle ainsi que des exigences mentales de son activité.

¹¹² Les enquêtes Sumer constituent des outils d'observation, d'évaluation et de suivi de l'évolution des contraintes physiques. Elles sont reconnues par la statistique publique de par leur qualité et comme répondant à une attente sur un sujet d'actualité. Sumer couvrait la fonction publique hospitalière en 2003 et a été étendue à la fonction publique d'État (à titre expérimental) et à la fonction publique territoriale en 2009. Sumer repose sur un jugement d'expert, le

les aides-soignants sont majoritairement caractérisés par la Job Strain (en français « *tension mentale* » (d'après la passation du questionnaire de Karasek : fortes exigences/faible latitude)), alors que les infirmières sont caractérisées comme actifs (fortes exigences/forte latitude) et les aides à domicile caractérisées comme passifs (faibles exigences/faible latitude). La dernière caractérisation est donc remise en question à ce jour alors que l'emploi s'est développé au regard du vieillissement de la population, mais surtout de la modification du travail de par l'accroissement de bénéficiaires âgés (voire très âgés) dépendants.

Des profils de soignants sont apparus plus vulnérables lors de l'enquête SUMER 2010. Ainsi, les salariés de la fonction publique hospitalière présentent majoritairement un profil actif d'après le questionnaire de Karasek, et les femmes présenteraient plus de risque de tension mentale (Arnaudo, et al., 2013).

De même, l'organisation des structures à ce jour montrent une pression quant au rythme de travail et des conditions de travail qui se détériorent (davantage de manutention de personnes, des emplois du temps au pas de courses, etc.). Ainsi, l'enquête de 2008 a révélé des chiffres différents, témoignant de profils tendus parmi les aides à domicile, justifiés peut-être par ces mutations du métier et du secteur.

4.3. Le soutien social dans l'aide à domicile ?

L'aspect social est également travaillé dans l'étude de la DREES en 2008 (Loones & Jeunneau, 2012; Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012), ainsi l'on apprend que pour résoudre une difficulté, les aides à domicile font prioritairement appel à un responsable (84,7%) et peu à leurs collègues (16,9%). Cela demande donc au responsable une forte présence et d'être reconnu par le professionnel qui ne se tourne que peu vers ses pairs. De même, les salariés du service prestataire sont ceux qui font partie d'une équipe, et qui bénéficient de l'opportunité de rencontrer leurs collègues. Pour autant, la disponibilité ne fait pas l'accès et le soutien. Comment cela s'explique-t-il ? Le salarié prestataire se plaint de ne voir suffisamment ses collègues. Le risque peut-il naître de la frustration de savoir que le soutien est accessible et inaccessible à la fois ?

Cela peut être problématique alors que ces salariés prestataires ressentent le plus souvent leur travail comme fortement exigeant d'un point de vue psychologique, ce qui se distingue des autres modes d'intervention (emploi direct, mandataire), alors que les scores de latitude décisionnelle sont équilibrés d'un mode à l'autre. Ces éléments font des salariés prestataires des professionnels vulnérables, dont la dimension du soutien social, si le groupe est existant, resterait inabordable ? L'étude de la DREES a mis

médecin du travail, qui fait office d'enquêteur et renseigne le questionnaire à l'occasion de la visite médicale à l'aide de son expertise du milieu du travail et de la nature des expositions. Sumer se veut un relevé d'expositions exhaustif au poste du salarié et module la présentation des expositions à partir d'items renseignant sur la durée hebdomadaire des expositions, l'estimation de l'intensité et la mise à disposition de protections.

en évidence que la probabilité de figurer parmi les tendus chez les aides à domicile est 1,5 fois plus élevée chez les salariés prestataires (vs emploi direct). Les conditions de travail y seraient donc plus défavorables. Dans la moitié des interventions décrites par les professionnels lors de l'enquête de la DREES 2008, l'aide à domicile se dit insuffisamment informé lors de la première intervention et 63% des prestataires ne sont pas accompagnés lors de la première intervention (Loones & Jeunneau, 2012). Cela peut présenter des risques de stress par l'incertitude que la situation peut entraîner à certains individus. Cela a-t-il évolué ?

Aujourd'hui, les temps d'échanges et de réunions permettent de rassembler ces professionnels isolés. Deux tiers des sondés témoignent d'ailleurs participer ponctuellement ou régulièrement à des réunions de service pour faire part de leur difficultés concernant les personnes aidées et les familles (Loones & Jeunneau, 2012). Sont-elles pour autant efficaces ? Pas forcément à en lire les résultats liant la proportion des tendus suivant le type de rencontre dont ils bénéficient avec leurs collègues. En effet, 38,9% des salariés ne profitant pas d'échanges ou de réunions avec les collègues sont tendus. Or ce chiffre se réduit de seulement 3,7% si des moments formels d'échanges existent ! Cela pose question quant à l'efficacité des rencontres (contenus des échanges vs contacts-soutien de la présence d'autrui) et demanderait à être développé. Le soutien des collègues, des responsables, au travers de réunions ou d'échanges plus réduits ne serait pas efficace quand il existe. L'INRS, en 2005, identifiait pourtant que les groupes de paroles soulagent l'anxiété des intervenants auprès de personnels fragilisés, même si l'effet est limité. Leur interprétation était toutefois que les personnes participant à ces groupes faisaient partie des plus vulnérables et présentaient aussi le plus de difficultés.

Cet aspect relationnel et de soutien semble donc à creuser, d'autant que lorsque le professionnel bénéficie du soutien de son collègue (hors réunions), cela diminue significativement la proportion de job strain (28% contre une moyenne de 35%). Reste le problème que seuls 16% des aides à domicile font appels à leurs collègues... Si l'on interprète ces chiffres, il apparaîtrait malgré tout que le collègue est davantage médiateur que les groupes de paroles et/ou les temps d'échanges formels.

Le troisième article du dossier de la DREES (Loones & Jeunneau, 2012) aborde également l'organisation du métier, rattaché aux questions d'autonomie. Les échanges possibles avec les professionnels sont également abordés, selon le nombre de contacts possibles avec les autres personnes intervenant au domicile des personnes aidées, ceci en vue de mesurer le degré d'isolement professionnel des salariés. Ce qui ne nous apparaît pas forcément pertinent. En effet, les pairs sont perçus comme plus compétents pour les comprendre quand ils rencontrent des difficultés. Les pairs sont également ceux qui permettent de définir leur appartenance au groupe, leur identité sociale et ainsi, assurer les processus d'identification. A notre sens, il convient davantage de parler d'isolement professionnel du fait du manque d'échanges avec leurs collègues pairs, plutôt qu'avec les kinés, infirmières ou autres personnels soignants. Pour autant, les conclusions de ce sondage sont que 17% des salariés prestataires indiquent ne jamais avoir la possibilité d'échanger avec quelqu'un à propos des interventions chez une personne aidée. Alors que 73% d'entre

eux bénéficient de temps d'échanges formels avec leurs collègues, portant sur des questions d'organisation ou sur les situations rencontrées auprès des personnes aidées.

Plus d'échanges, mais plus de stress ? Pas sûr, il ne faudrait confondre plus de possibilité d'échange et plus d'échanges, il s'agit là sûrement de distinguer le soutien social disponible et sa qualité, voire son accessibilité.

De même, venant confirmer nos hypothèses de frustrations d'un soutien disponible non accessible, les chiffres de cette étude montrent que moins le professionnel est isolé, plus il juge important d'avoir des échanges avec les autres intervenants pour bien faire leur travail¹¹³. A noter que ces échanges servent avant tout (90%) à améliorer le service à la personne, mais seulement 26% des échanges leur apportent un soutien psychologique. Le *coping* de soutien social pourrait alors être ici utilisé telle une stratégie opérationnelle visant à recueillir des informations pour faciliter la gestion des situations, mais pas dans une visée de gestion de l'émotion.

Les aides à domicile présentent donc déjà plusieurs indicateurs révélant des carences quant à une santé et un bien-être acceptables au sens de l'OMS. Il conviendra toutefois de donner un sens à ces tendances relevant d'enquêtes quantitatives.

5. Démarche préventive et changement de comportements

Enfin, nous terminons ce chapitre portant sur la santé au travail en initiant ce qui relève de la prévention, que les organisations prestataires semblent davantage pouvoir mobiliser, afin d'identifier ce qui peut relever de pratiques préventives dans le secteur de l'aide à domicile et qui pourrait pallier aux chiffres défavorables observés en prestataire. De même, nous ouvrons l'approche dans l'idée que le comportement de santé des aides à domicile dont nous avons évoqué un risque à l'oubli de soi, relèverait certes de la prévention organisationnelle mais également d'une attitude de « *self-care* », autrement dit, la capacité à prendre soin de soi.

Le travail constitue donc un environnement, autant qu'une activité impactant l'individu dans son quotidien. Réciproquement, l'état psychologique et physique de l'individu a également des effets dans son rapport au travail et les réalisations associées à ce dernier. C'est en cela que fort des connaissances qu'apporteront au fil des années les chercheurs en psychologie du travail, il est désormais possible d'intervenir aujourd'hui concrètement sur le terrain professionnel, afin de promouvoir la santé des individus au travail, tout en assurant au mieux leur sécurité physique, affective et morale. Pour autant, les actions sur le terrain ne se

¹¹³ 51% dans l'emploi direct, 84% chez les mandataires, 88% pour les salariés prestataires estiment très important les échanges avec d'autres intervenants pour bien faire leur travail

veulent pas toujours adaptées et/ou efficaces. Que faire d'une petite entreprise qui n'engage pas de négociations, car moins fortes de ses instances représentatives du personnel ? Que faire de négociations certes engagées mais dont on n'évalue pas la mise en place d'actions ou leurs résultats ? Qu'envisager d'associations ou institutions ne bénéficiant déjà que de peu de moyens financiers et humains pour les mobiliser dans de telles démarches coûteuses même si généralement reconnues comme nécessaires ? Que comprendre de structures où persistent les problématiques de santé malgré les actions mises en place ? La prévention est complexe à mettre en œuvre et doit répondre à des besoins spécifiques identifiés : « *Le stress et l'exposition à des situations peu ou pas prévisibles ou contrôlables, mobilise des ressources personnelles, attentionnelles, cognitives et émotionnelles importantes pour leur résolution. Le fait de pouvoir exercer du contrôle sur les événements ou les contextes dans les limites de nos capacités est un ingrédient important de la santé physique et mentale.* » (Shankland & Verhac, 2013, p. 491).

Les actions et démarches préventives s'inscrivent dans les travaux portés dans le champ de la psychologie de la santé, définie comme : « *l'étude de la santé et de la maladie centrée sur l'importance et le rôle de l'interdépendance des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques dans le maintien de la santé ou le déclenchement et l'évolution des maladies* » (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 9). Ils définissent également que les interventions qui peuvent se traduire par de la prévention ou une prise en charge de la maladie reposent sur deux conceptions :

- le modèle biopsychosocial : utilisé au niveau de la clinique médicale, il consiste en une approche globale du patient par le corps médical qui s'illustre par l'adaptation du traitement à l'individu et non en référence à des protocoles standardisés, où le psychologue de la santé est intégré à une équipe multidisciplinaire
- la psychologie clinique de la santé : qui correspond à la pratique du clinicien à l'hôpital (thérapies, consultations)

5.1. Intervention préventive

La prévention se considère en trois grands stades. Le niveau primaire consiste en un travail de l'Organisation visant à empêcher la survenue d'un problème, et donc de réduire les risques à la source. Le niveau secondaire porte plutôt sur les ressources que l'organisation peut apporter aux individus d'une équipe, alors que le niveau tertiaire, curatif, se centre davantage sur l'individu en le préparant spécifiquement au regard de ses besoins de stratégie de faire face (Legaul, 2002; Peretti-Watel, Seror, Du Roscoat, & Beck, 2009).

Pour Nache & Trudeau (2000), le programme d'intervention doit s'articuler de façon à identifier les déterminants comportementaux les plus significatifs, désigner la méthodologie et outils nécessaires et

élaborer une « *structure efficace de communication entre les scientifiques et les professionnels impliqués dans l'action préventive* » (p. 93). Pour ces auteurs, les chercheurs ayant développé les théories relatives aux changements comportementaux avaient davantage une visée explicative qu'éducative, mais pouvaient - à défaut de proposer à terme des solutions éducatives - orienter vers des mesures incitatives et/ou coercitives en fonction de la situation, du contexte et des modalités en jeu. Enfin, une absence de changement sur le plan des attitudes, des normes subjectives ou du contrôle perçu sur les comportements rendrait improbable l'apparition d'un changement comportemental (Nache & Trudeau, 2000).

5.2. Les théories du changement comportemental en prévention

Les démarches préventives reposent sur les modèles de changement comportemental. Pour comprendre l'émergence d'un comportement de santé, il faut inscrire la croyance et les décisions des individus dans leur contexte psychosocial (Fischer & Tarquinio, 2006).

5.2.1. Les théories de Ajzen sur les modifications comportementales

a) Théorie de l'action raisonnée (TAR), par Fishbein & Ajzen (1975)

L'intention est une manifestation de la volonté à accomplir un certain type de comportement en vue d'atteindre certains objectifs. L'intention est un déterminant immédiat du comportement et est déterminée par l'attitude vis-à-vis du comportement et de la norme subjective. L'attitude est déterminée par les croyances relatives aux conséquences, ainsi que l'évaluation qu'en fait l'individu. La norme subjective s'inscrit dans un processus psychosocial où l'environnement peut inciter le sujet malade à adopter un comportement désiré. Cette norme est déterminée largement par un processus de conformisme où l'individu manifeste des conduites sociales désirables. Ainsi, l'adoption d'un comportement de santé serait prédite par l'intention de s'engager, déterminée elle-même par l'attitude positive ou négative envers l'objet, et par l'environnement social.

Ces apports conduisent à considérer qu'il existe un effet du contexte social (normatif) qui agit sur les conduites inhérentes à la santé (Fischer & Tarquinio, 2006). La théorie des comportements interpersonnels (Cf. TCI par Triandis (1977)) a étendu ce modèle en précisant que la force de l'habitude (fréquence d'un comportement) serait aussi déterminante que l'intention.

b) Théorie du comportement planifié (TCP), par Ajzen (1991)

La TCP complète la TAR par l'ajout du contrôle comportemental perçu, en complément des attitudes et de l'intention. Il s'agit d'évaluer si on est capable d'adopter un comportement attendu, ce contrôle dépendant à la fois de facteurs internes (ressources : capacités, informations disponibles, efforts consentis) et externes (contraintes : occasions, obstacles). La TCP augmente la possibilité de prévoir intention et donc comportement.

5.2.2. Le modèle intégrateur de Godin (2002)

Plusieurs études ont travaillé sur le moyen de favoriser les changements en matière de santé. Cela peut porter sur la consommation tabacologique ou autre addiction (donc réduire un comportement défavorable) mais plus récemment sur le fait de renforcer les comportements favorables de santé, à l'image des travaux de Turcotte & Al. (2007), qui ont étudié en quoi le modèle intégrateur de Godin (2002)¹¹⁴ pouvait être une référence pour les enseignants d'éducation physique et sportive dans l'optique d'entraîner l'adoption de comportements liés à la santé. Reprenant les concepts liés aux attitudes, concept phare de psychologie sociale, ils rappellent que l'intention prédirait le comportement désiré, pourvu que les conditions soient favorables à l'action en question.

Ces conditions ont trait aux ressources et aux facteurs qui vont permettre l'exécution du dit comportement, et ce d'après la modélisation à suivre (figure 9). L'attitude est bien sûr une des composantes de l'intention qui peut conduire au changement, cette dernière se caractérisant tant sur un plan cognitif qu'affectif. Cognitivement parlant, il s'agit pour l'individu d'évaluer les pertes et les gains qu'il peut retirer d'un changement potentiel de conduite (ce qui nous rappelle le processus même du stress, d'après l'approche transactionnelle). Cette notion de gain ou de perte pouvant être aussi considérée en termes d'affects avec les risques associés de ressentir (en fonction de l'adoption ou non du comportement désiré) des regrets ou des sentiments à valence positive. Les normes ont aussi leur rôle, d'après ce qui est connu ou perçu de l'individu d'une situation, le comportement et la norme associée étant possiblement désirable socialement. Ainsi, logiquement, l'environnement va avoir un impact dans le changement de comportement, qu'il vise à une modification ou à un renfort. Les variables externes, ainsi que celles de contrôle, encore une fois, se rapprochent des modèles transactionnels, laissant penser que l'on pourrait coupler les deux pour envisager à suivre de notre recherche empirique d'identification et de compréhension du problème, une démarche de prévention se basant à la fois sur ce qui crée et influence le comportement du professionnel à préserver sa santé (soutenu par l'organisation) et ce qui pourrait conduire à accompagner le salarié dans une

¹¹⁴ Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé, in G. F. Fisher (Éd.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, 375-388.

démarche de changement ou de renfort des comportements de santé. Au-delà de cela, il s'agit aussi de voir comment l'organisation pourrait investir ce modèle à même fin, le ciblage uniquement individuel n'étant pas favorable à une prise de responsabilité des Organisations sur les problématiques de santé.

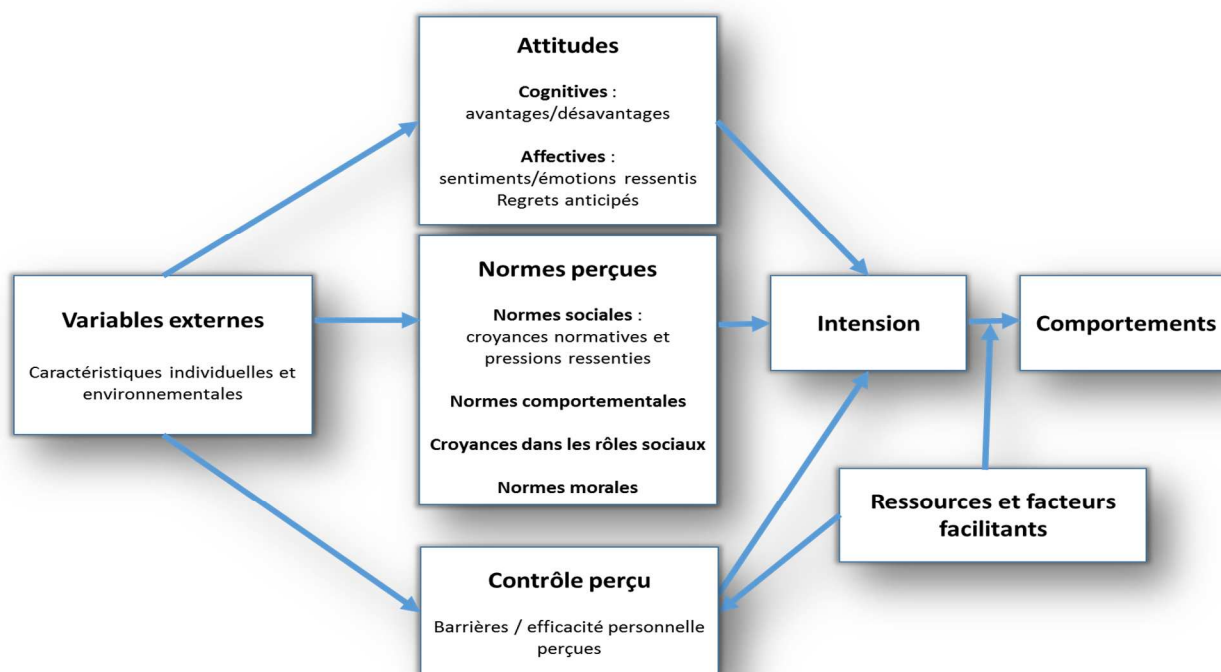


Figure 9 : Modèle intégrateur de Godin (2002)¹¹⁵

5.2.3. Les limites des modèles actuels

Le modèle cognitif des croyances envers la santé "Health Belief Model" (HBM) de Rosenstock (1966) postule que la probabilité qu'une personne adopte un comportement qui soit bénéfique à sa santé dépend de l'évaluation qui est faite de la menace et des gains/pertes qui pourraient en résulter. De même, un individu mettrait en œuvre un comportement préventif à la condition que ce dernier dispose des informations nécessaires à la compréhension de ce qu'il rencontre, et que sa santé constitue une chose importante à ses yeux. L'intérêt du HBM est de prendre en compte les croyances et représentations communes, mais a de faiblesse de ne pas considérer le contexte environnemental de la personne (ex : famille, amis) et d'être statique, alors que le rapport à la maladie évolue et l'intention n'est pas prise en compte (Fischer & Tarquinio, 2006).

¹¹⁵ d'après reproduction de Turcotte & Al. (2007)

Le fondateur de ce modèle concèdera plus tard qu'il convient de considérer en complément le sentiment d'efficacité personnelle dans les variables impactant les comportements (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988). Des critiques du modèle initial étaient formulées en cela que le HBM considère que les traitements sont supposés uniquement conscients en ce qui concerne les évaluations, et n'envisage par ailleurs pas l'impact des facteurs environnementaux et des émotions suscités par les messages (Shankland & Verhac, 2013).

Les représentations et phénomènes normatifs modifient attitudes et intentions comportementales. Ce que nous avons relevé des effets possibles de l'éthique du *care* dans l'environnement du pourvoyeur de soin, d'attention et de sollicitude sur la pratique, nous laisse à penser ici que cette éthique de la sollicitude, tournée vers l'autre, pourrait effectivement, si elle se traduit par un oubli de soi, conduire à un renoncement des comportements de prévention de la santé au travail. L'organisation, dans son rôle de sécurisation des salariés aurait alors un rôle à jouer en ce sens, afin de développer les comportements de santé.

5.3. Agir sur sa santé : pouvoir d'agir et *empowerment* ?

Comment l'individu alors concoure-t-il à la prévention de sa santé ? Que peut-il être mis en évidence chez les professionnels ? La prévention des RPS et des TMS est un enjeu majeur de la prévention de la santé au travail (Caroly, Simonet, & Vézina, 2015). Les dimensions de marges de manœuvre et de pouvoir d'agir contribuent à cette prévention dans le champ de l'ergonomie du travail, mais nécessitent un engagement fort de l'entreprise dans les interventions (Coutarel, Caroly, Vézina, & Daniellou, 2015). Pour autant, la marge de manœuvre et le pouvoir d'agir sont des concepts distincts, où le premier est la source du développement des marges de manœuvres organisationnelles, collectives et personnelles (Clot & Simonet, 2015).

L'*empowerment* est favorable à la prévention de la santé mentale, en constitue même une notion fondamentale, mais demeure méconnue en promotion de la santé, dont l'objectif vise l'accroissement du pouvoir d'agir, la capacité à piloter sa propre vie, afin d'acquérir l'autonomie permettant au patient de mieux maîtriser son destin (Fayard, Caria, & Loubières, 2011).

A l'image des apports de Clot (2008) sur le pouvoir d'agir qui agit sur sa santé mentale au travail, l'*empowerment* traduit également une autonomie à faire, à faire bien. Toutefois, ce pouvoir d'agir, cet *empowerment* ne peut selon nous se soustraire du rôle que doit porter en ce sens l'entreprise, l'institution qui emploie le salarié, afin de lui donner les moyens de développer cette capacité, ce qui peut être contraint dans les structures du *care*, dans un contexte complexe défini par Molinier : « *L'une des puissantes frontières qui tiennent le care à distance de la cité et dans l'ombre du mépris, c'est le déni de la réalité pour s'épargner l'angoisse générée par la confrontation aux souffrances de la dépendance. Cependant, sans débat public sur le réel du travail, le risque est grand que se mettent en place des organisations du*

travail entravant tout espace de délibération collective, où le seul zèle consistera, en l'absence d'interlocuteurs avec qui échanger sur l'ambiguïté des situations, par éreintement physique et consommation psychique, à réduire le corps du désir à celui du besoin, quitte à réduire le premier au second par la violence. » (Molinier, 2009, p. 251).

Deux pistes apparaissent pouvoir justifier et traduire un *self-care* comme la pratique d'autosoins et le retrait de la situation à risque. Nous voyons à suivre ce qui peut caractériser ces comportements préventifs dont nous évaluerons la mise en œuvre auprès des aides à domicile dans ce qu'ils mettent en place de stratégies pour faire face au stress et aux affections.

5.3.1. **Prévention et autosoins (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013)**

Pour terminer ce point, et soutenant notre hypothèse que l'*empowerment* serait déterminante dans l'adoption d'un comportement de santé face à une pénibilité et un stress perçu, nous proposons une synthèse de travaux effectués dans le cadre de recherches en soins infirmiers sur le concept d'autosoin (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013), qui nous semble traduire le contrôle que peut prendre l'individu sur sa santé, qui pourrait être transposé au travailleur. Le concept en question vise à lui permettre de prendre soin de sa santé. Les auteures proposent une analyse évolutionniste du concept qui indique que les articles (de plus en plus nombreux avec le temps à parler de *self-care* et d'autosoins) s'articulent d'après différents attributs, antécédents et conséquences modélisés tels que les antécédents conduisent aux attributs qui entraînent eux-mêmes des conséquences. Leur travail repose sur la définition du concept d'autosoins donnée par Orem (1991, 2001) dont elles proposent la traduction suivante reprise de Hartweg (1991)¹¹⁶ : « *la pratique de l'activité que les individus initient et effectuent pour maintenir leur vie, leur santé et leur bien-être* » (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013, p. 95).

a) Attributs

Les attributs correspondent aux caractéristiques du concept, classés selon 5 caractéristiques que sont (1) l'activité, (2) la décision consciente, (3) la justesse, (4) le centrage sur un objectif et (5) son acquisition. L'activité est plutôt orientée sur le physique et a la caractéristique d'être observable dans les premières publications consultées (1970-1990), puis s'étend à une dimension psychique dans les années 90 et une dimension spirituelle dans les années 2000. La décision consciente est favorisée par l'apprentissage et représente l'« *ensemble des choix délibérés pour maintenir sa vie, sa santé* » (p. 98). La justesse correspond au caractère approprié (nature et temps) de l'action mise en œuvre, qui peut être facilitée par

¹¹⁶ Hartweg, D. (1991). *Dorotea Orem : self-care deficit theory*. Sage publications.

des connaissances associées (ex : l'hygiène de vie, pratique les gestes adaptés...). Un but précis oriente l'action visant l'objectif, dont l'individu a conscience, et qui peut être stimulé pour favoriser les comportements d'autosoins. Enfin, la pratique de l'autosoin est apprise et nécessite donc une formation.

b) Antécédents

Les antécédents représentent les situations dans lesquelles le concept est utilisé. Dans leur revue des articles sur le concept d'autosoins propres au métier d'infirmiers, les auteures identifient 10 sortes d'antécédents distincts dont seuls deux sont externes à l'individu (le soutien et les ressources). Le soutien est apporté par les personnes de l'environnement, sans empêcher l'autonomie de l'autosoin et les ressources nécessaires sont ventilées de leurs caractères techniques, informationnels, socio-économiques, et habiletés de *coping*. Les autres situations dans lequel l'autosoin est utilisé concerne l'apprentissage, la perception d'auto-efficacité par rapport à l'autosoin à effectuer, l'habileté, la motivation, l'engagement, la présence d'un déséquilibre ou d'un besoin qui donne sens à l'action, l'attention de l'individu (pour reconnaître la nécessité de l'autosoin, en évaluer les effets et ajuster le cas échéant) et la capacité à poser un jugement pour sélectionner l'autosoin adéquat et en évaluer les résultats. L'apprentissage représente l'intégration des connaissances nécessaires à la mise en œuvre de pratiques d'autosoins (nécessite les capacités cognitives suffisantes pour recevoir, comprendre et traiter les informations). Cela nécessite les habiletés permettant à l'individu d'être en mesure de réaliser les processus cognitifs et psychomoteurs nécessaires. La perception d'auto-efficacité réfère à la perception qu'a l'individu sur ses capacités afin de planifier et mettre en œuvre un comportement désiré (Cf. Bandura (1986)). Enfin, l'autosoin nécessite la motivation à engager l'autosoin qui repose sur les valeurs, le réseau de soutien, les succès et les échecs (permettant d'évaluer la ténacité face aux difficultés) ; ainsi que sur l'engagement qui doit être volontaire, responsable et reposer sur ses capacités de faire.

c) Conséquences

Les auteurs relèvent enfin 4 conséquences (qui sonnent comme des finalités) principales des études menées sur le concept d'autosoins :

- La suppression des symptômes
- Le maintien de la santé, de la vie et du bien-être, ainsi que l'évitement des complications ou des contraintes à la réalisation de l'autosoin
- Le développement de l'autonomie : le concept d'autosoins implique le transfert de partie de la responsabilité du soin par le professionnel, à l'attention de la personne concernée
- L'*empowerment* : visant à rendre le contrôle de l'individu sur sa santé

Le concept d'autosoins dans le contexte infirmier concerne davantage les soins réalisés dans le cadre d'une affection de longue durée, plutôt que dans le cas de maladies aiguës (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013). Le concept d'autosoins peut-il devenir un point d'appui des démarches préventives au travail ? Il nous importera dans la phase empirique de relever si de tels comportements d'autosoins sont mis en œuvre ainsi que ce qui les caractérise.

5.3.2. Le refus de poursuivre ou réaliser une tâche qui affecterait leur santé

Certains salariés activent des comportements de prévention par phénomène de retrait, à la suite d'une prise de décision collective ou individuelle. Ainsi, interrogés sur le refus qu'ils avaient pu émettre quant à réaliser une activité (voire à l'interrompre) dans le cadre de l'enquête SUMER 2010, ils ont été seulement 12% des effectifs à répondre par l'affirmative. Parmi ces 12%, classifiés en 7 profils établis d'après leurs conditions de travail, 8% représentent un profil dit « *de salariés exerçant de façon isolée des métiers de services, physiquement et psychologiquement exigeants* ». Quatre-vingt-sept pour cents des salariés présentant un profil isolé (soit 1% de l'ensemble des salariés) ont de plus refusé ou interrompu une tâche au cours des 12 derniers mois, contre 12% de l'ensemble des salariés. Le caractère isolé de l'emploi est donc significatif quant à l'observance de ces comportements de retrait. Ce profil comprend 24% d'aides à domicile (Algava, Coutreau, & Sandret, 2013). Ces « proportions de proportions » indiquent deux choses à la fois. D'une part, les salariés sont très peu nombreux à évoquer avoir interrompu une tâche pour se préserver. D'autre part, malgré ces chiffres faibles, la proportion d'aides à domicile s'y retrouvant est parallèlement toutefois significative, indicateur de conditions de travail pénibles qui peuvent les conduire à exercer des comportements de santé par de telles prises de décision, dont on peut imaginer que ce n'est pas une chose simple quand on exerce dans des conditions précaires et que le positionnement hiérarchique et la latitude décisionnelle sont peu élevés. Ce retrait traduit une stratégie active d'évitement, où le professionnel efface le risque en ne se présentant plus devant une source potentielle.

Enfin, les résultats de ces analyses de l'enquête SUMER sur cette question du retrait pour prévenir sa santé est également positivement corrélée avec l'état de santé du salarié. Ainsi, plus il est en mauvaise santé, plus il est enclin à émettre ce type de comportement. Dans ces situations, l'origine de ce dernier est par ailleurs plutôt motivée individuellement. Les refus motivés par une démarche collective expliquent la moitié de ces comportements également (Algava, Coutreau, & Sandret, 2013).

6. Conclusion du chapitre 4

La santé est considérée comme un état complet de bien-être physique, mental et social (OMS), en faisant un concept aux dimensions multiples, possiblement difficile à atteindre. Les enquêtes épidémiologiques et les apports des modèles de la santé au travail identifient les aides à domicile comme une population

présentant des risques multiples de souffrance au travail. Sont alors susceptibles de présenter des profils de vulnérabilités plus importantes les femmes et les salariés du prestataire. Les facteurs de risques psychosociaux peuvent être classés en 6 grandes catégories couvrant l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie, les rapports sociaux au travail, les conflits de valeur et l'insécurité de la situation de travail (Gollac & Bodier, 2011). Nous utilisons la grille généraliste présentée en 2005 par Van de Leemput (tableau 6) afin de synthétiser les apports des enquêtes épidémiologiques concernant la santé au travail des aides à domicile, en termes de facteurs de risques psychosociaux.

Caté	Contenu du travail	Environnement du travail	Emploi et organisation du travail	Relations sociales au travail
Stresseurs	<ul style="list-style-type: none"> Variation de la quantité de travail soumis aux besoins des personnes aidées <i>Complexité du travail</i> Monotonie/répétitivité dans le travail pour les tâches de ménage Niveaux de responsabilité/d'autonomie aléatoires suivant la fonction (Catégories A, B et C) Risques professionnels multiples Demandes conflictuelles, ambiguës du fait d'un métier aux relations systématiques et asymétriques Rapport au temps défavorable 	<ul style="list-style-type: none"> Contacts de produits toxiques (produits d'entretien) et biologiques humains Conception des postes de travail non constante du fait de l'exercice au domicile des personnes aidées Postures de travail (station debout) et charge physique de travail (poids des personnes dépendantes) Protection au travail contrainte des limites du CHSCT qui ne peut mener sa mission au domicile Structures prestataires défavorables concernant la pénibilité ressentie 	<ul style="list-style-type: none"> Horaire de travail (coupures, amplitude élevée, travail du week-end) Rémunération faible Perspectives professionnelles et de carrière a priori réduites Contrat de travail précaire (temps partiels majoritaires) <i>Sécurité d'emploi</i> <i>Flexibilité</i> Contrôle et planification faibles d'autant plus sur les emplois de catégorie inférieure <i>Conflits et ambiguïté des rôles</i> <i>Style de management</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Culture organisationnelle et sociétale dans les métiers du care Support social des collègues réduit et/ou inefficace Support social des supérieurs hiérarchiques <i>Discrimination</i> Reconnaissance sociale faible du fait d'une image du métier et du travail dévalorisée

Tableau 6 : Facteurs de stress au travail des aides à domicile¹¹⁷

En complément, il est à rappeler que d'autres éléments apparaissent à prévenir pour cette population. Les règles destinées à protéger les salariés sont moins claires quand le travail s'exerce dans des organisations éclatées dans lesquelles les responsabilités sont moins claires, et avec des structures décisionnaires multiples (Livian, 2005). Plusieurs variables participent par ailleurs à augmenter les situations professionnelles stressantes, comme le manque de contrôle, l'insécurité au travail, les vacances courtes,

¹¹⁷ d'après les enquêtes épidémiologiques et les recherches sur la santé au travail (adapté du tableau généraliste de Van de Leemput, 2005)

les journées de grande amplitude, des récompenses et une reconnaissance insuffisantes, un rapport tendu au temps, l'absence de soutien social, la difficulté de la conciliation de la vie professionnelle et personnelle, les cas de harcèlement et les conflits de rôle (Griffiths, 1998).

La perception d'injustice a également des effets sur la santé (Ndjaoubé, Vézina, & Brisson, 2012), de même que la prédictibilité qui se mesure au travers de la clarté des objectifs de travail, la possibilité de prévoir les changements et les problèmes, de développer des attentes et de générer des règles relatives à la situation de travail (Väänänen, et al., 2008; Ndjaoubé, Vézina, & Brisson, 2012). Par ailleurs, un accès insuffisant aux informations importantes augmente le taux d'absence pour maladie (Nielsen, Rugulies, Christensen, Smith-Hansen, & Kristensen, 2006). De même, un individu ôté de ses capacités de contrôlabilité en éprouvera des conséquences négatives s'il est ré-exposé à suivre à une situation similaire (Seligman, 1975). Les aides à domicile pourraient se trouver dans de telles situations, plus nettement ceux qui bénéficient d'une marge de manœuvre minime ou inexistante (à l'image des fonctions relevant de la catégorie A). De même, le stress au travail, les charges du travail et la participation limitées aux décisions sont associés au *burnout* des soignants (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011).

Les modèles transactionnels vont au-delà des modèles causalistes qui se centrent sur les liens entre variables et effets sur la santé, en considérant les perceptions et représentations dans la transaction stressante dont on cherche à expliquer le processus (Lazarus & Folkman, 1984). Dans cette approche, on identifie les problématiques de stress par l'étude des stratégies de faire-face (coping) mises en place qui modèrent la relation, après que celle-ci ait été évaluée en termes de risques et de ressources. La perception joue un grand rôle dans les modèles psychosociaux de la santé alors que les perceptions des conditions de travail reposent sur les charges physiques et mentales, l'autonomie et l'environnement (Amyot, 2008), dont l'effet des composantes de ce dernier impacte le développement de l'individu (Bronfenbrenner, 1979). Les conceptions modernes ont une approche élargie du travail, dans lequel les chercheurs s'intéressent au discours de l'individu afin de faire émerger le vécu au travail, notamment au travers des ajustements réalisés, alors que le travail prescrit et réel le demanderait (Dejours, 2000; Ribert-van de Weerd, 2002; Vaxevanoglou, 2002b). Par ailleurs, l'individu pourrait subir une tension des suites d'un déséquilibre entre le besoin d'accomplissement du travail, les normes sociales dont il dépend et les contraintes professionnelles (Vézina, 2002c). Le lien avec le chapitre 3 portant sur les activités et métiers du *care* nous laissent présager que l'éthique du *care* et plus largement les valeurs de l'action sociale impactent également le vécu de ces professionnels pourvoyeur de soin et d'attention, au travers d'un phénomène normatif, tel que Avril (2008) a pu en mettre en évidence une norme de sollicitude, à laquelle les professionnels adhèrent plus ou moins.

Egalement, une souffrance mentale apparaît lorsqu'il y a un déséquilibre entre le sujet, la sphère sociale et le travail, à laquelle l'individu répond par des stratégies défensives (Dejours, 2000). Les contraintes temporelles du métier présagent ici d'un effet observable sur la conciliation de la vie personnelle et professionnelle, qui ferait obstacle par la même au sentiment de bien-être pour lequel cette conciliation s'avère nécessaire (Tremblay & Villeneuve, 1997; Tremblay, 2012).

Par ailleurs, il ne semble pas exister de « pare-feu » idéal face au stress au travail des aides à domicile, ou plus largement pour leur santé. Le stress diminue avec l'âge mais augmente avec l'ancienneté (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012), ceci semblant bien indiquer que c'est l'activité qui impacte la santé, et non une usure normale du corps vieillissant. Ceci révélant que la dimension psychologique du moral en serait plus prégnante, alors que malgré des indicateurs d'absentéisme élevés, très peu sont justifiés par des reconnaissances d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012), dont les tableaux sont généralement plus orientés sur les problématiques corporelles. Plusieurs éléments modérateurs contribuent à réduire les absences pour maladie comme l'utilisation des habiletés, les prises de décisions concernant l'organisation du travail, le contrôle des incertitudes professionnelles et l'accès au soutien social, notamment du responsable hiérarchique (Vahtera, Kivimäki, Peritti, & Theorell, 2000). Les habitudes, le contexte (caractérisé par la culture et les pratiques), le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que les capacités d'autorégulation contribuent également à la médiatisation des comportements de santé (Shankland & Verhlic, 2013). Les récompenses au travail s'illustrent au travers du salaire, de l'estime et la reconnaissance au travail, du respect des collègues et responsables hiérarchiques, des perspectives de carrière et du sentiment de sécurité professionnelle (Le Blanc, de Jonge, & Schaufeli, 2000).

Dans le modèle transactionnel, les *coping* (qui visent à modérer la transaction stressante évaluée (Lazarus & Folkman, 1984)) peuvent être orientés sur la tâche (recherche d'information, diagnostic et élaboration de plans d'actions, changement d'aspiration, modification d'implication, acquisition de nouvelles connaissances) ou dans la gestion des émotions (stratégie d'évitement, minimisation, distanciation, attention sélective, recherche de valeurs positives, accentuation de la détresse, réévaluation positive) à l'instar des travaux complémentaires réalisés en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 1994; 2002; Paulhan, 1992; 1994; Paulhan & Bourgeois, 1995).

L'absentéisme peut également être considéré comme une stratégie d'évitement. Quels autres *coping* constituent les ressources et pratiques des aides à domicile ? Le soutien social peut être une autre réponse, mais les enquêtes épidémiologiques montrent que le recours au soutien social des collègues, ou dans le cadre d'échanges formels est peu utilisé et/ou efficace (Loones & Jeunneau, 2012).

Ces stratégies d'ajustement (Paulhan, 1994) sont considérées conscientes, émises par un individu qui ne reste pas passif face à un événement stressant (Lazarus & Folkman, 1984). D'autres processus inconscients peuvent également participer à la gestion de la transaction, cette fois-ci inconsciemment au travers de mécanismes de défenses (Dejours, 2000), comme le déni, le refoulement, la formation réactive, la régression, la sublimation, la projection, la rationalisation, l'imagination, l'optimisme comparatif, l'intellectualisation, l'isolement ou encore la compensation (Coon, 1994).

Si l'absentéisme est apparenté à une stratégie d'évitement chez les aides à domicile pour se protéger face aux dilemmes moraux rencontrés sur le terrain (Molinier, 2013), l'effacement de soi que nous pensons pouvoir résulter en lien avec les valeurs et représentations associées à l'éthique du *care* (Tronto, 1993), aussi appelée éthique de la sollicitude (Avril, 2008), pourraient constituer une autre forme d'expression d'une stratégie d'évitement se rapprochant d'une conception plus clinique, apparentée aux mécanismes de défense, par ailleurs multiples (Coon, 1994; Lazarus R. S., 1998). Le déni pourrait être une stratégie utilisée par les aides à domicile, alors que ce dernier s'avère efficace dans le cas où le contrôle à disposition de celui qui l'utilise est nul, cette stratégie présentant toutefois le risque que l'individu n'en réduise ses comportements de santé, puisque ne se reconnaissant pas en souffrance (Lazarus R. S., 1983; 1998). La pensée magique peut constituer une stratégie de *coping* complémentaire (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985), que l'on pourrait associer à une forme d'évitement.

D'autre part, le soutien social consiste à s'appuyer d'un tiers à différentes fins possibles, parmi lesquelles on peut citer le soutien émotionnel, le soutien d'estime, le soutien matériel et le soutien informationnel (Ponnelle & Lancry, 2002). L'ajustement apparaît plus facile en cas de ressources sociales et personnelles (Hobfoll, Freedy, Lane, & Geller, 1990; Cherkaoui, Montargot, & Yanat, 2012). Or cela ne semble pas un acquis chez les aides à domicile, isolés professionnellement (Loones & Jeunneau, 2012). Les échanges visent essentiellement à améliorer le service aux personnes et non un soutien psychologique, les politiques centrées sur les personnes âgées apparaissant là venir contrarier des stratégies d'adaptation chez les aides à domicile confrontés à des conditions de travail défavorables, présentant des profils de stress au sens de Karasek, témoignant d'un accès à l'information et d'un accompagnement dans le cadre des interventions insuffisants (Loones & Jeunneau, 2012; Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). De même, les travailleurs en mode prestataire bénéficient des avantages inhérents à un travail en structure (comparativement au mode mandataire ou direct à l'employeur aidé), comme l'appartenance à une équipe de travail, l'accès à la formation et une sécurisation de l'emploi (bénéficiaires multiples, modulation du temps de travail, coordination du travail, etc.). Pour autant, les enquêtes épidémiologiques indiquent que les professionnels témoignant le plus de pénibilité perçue sont ces mêmes salariés. L'équipe ou le fonctionnement organisationnel constituerait donc une configuration contraignante pour les aides à domicile, ce qui demande à être éclairé d'un recueil qualitatif, vis-à-vis des relations de travail au collègue et au supérieur hiérarchique, en interaction avec l'organisation et ses fonctionnements. En ce sens, comprendre la complexité des risques professionnels passe par la considération des représentations sociales et les processus organisationnels qui conduisent à des comportements fondés sur des normes sociales (Livian, 2005).

Enfin, ces problématiques de santé au travail s'inscrivent dans un cadre réglementaire construit pour assurer la sécurisation des salariés, et la prévention de leur santé. Les modèles de psychologie de la santé et de changement de comportements indiquent les effets normatifs et le rôle du contrôle perçu dans la réalisation d'un comportement de santé (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1991; Godin, 1991; 2002). Cette prévention implique un engagement des organisations auquel pourrait être associé le rôle du pouvoir d'agir

(Clot, 2008) ou de l'*empowerment* (Fayard, Caria, & Loubières, 2011) et des autosoins (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013) par les professionnels eux-mêmes. Les éléments mis en évidence en lien avec l'éthique de la sollicitude nous laissent toutefois penser que les aides à domicile n'exercent que pas ou peu ces stratégies actives de prévention, du fait des contraintes normatives associées à l'éthique du *care*.

Etre centré sur la personne âgée, c'est décentrer de lui-même le travailleur du *care*, ce qui n'est pas sans impact ni sur la pratique, ni sur la reconnaissance, ni, ce que nous postulons, sur le vécu professionnel et la préservation de soi et de sa santé, qu'elle soit physique et/ou psychologique. Dans quelle mesure peut-on alors s'attendre à ce que cette attention centrée sur autrui, comme une évidence à s'oublier, dans le silence des *caregivers* (Paperman, 2009), impacte la pratique et le vécu psychique de l'individu en situation de travail, au-delà des variables déjà considérées dans les conceptions biopsychosociales de la santé et du stress ? La psychodynamique du travail (Dejours, 2000) parle d'un travail qui transforme l'individu. Tronto (1993), d'un travail qui transforme le *care*. Le *care* transforme-t-il alors l'individu ?

Les professionnels de l'action sociale apparaissent attachés à leur métier, l'image de ce dernier, afin qu'il soit conforme avec les valeurs sur lesquelles ces activités reposent (Bouquet, 2003). Les recherches en psychodynamique du travail considèrent par ailleurs que le travail contribue à une structuration identitaire au travers du sens du travail (Dejours, 2000). Le métier étant dévalorisé (Ennuyer, 2003), nous nous attendons à des effets directs d'une telle absence de sens du travail, sur la santé des aides à domicile, qu'une marge de manœuvre réduite devrait contraindre davantage alors que c'est cette dernière qui peut moduler la souffrance créée par un écart entre travail prescrit et réel (Dejours, 2000).

PARTIE 2 : APPORTS EMPIRIQUES SUR LA SANTE ET LE TRAVAIL DES AIDES A DOMICILE DANS L'EXERCICE DU CARE

Chapitre 5 : Présentation de la phase empirique

1. Rappel de la problématique

La santé constitue un état complet de bien-être physique, mental et moral (OMS). La santé se nourrit des réalisations de l'individu et de son épanouissement (Cf. Maslow). Ces trois éléments sont nécessaires au développement écologique de la personne quand on s'attache à favoriser l'accès au bien-être d'un individu. La prévention et la sauvegarde de la santé sont par ailleurs permises par l'existence d'un système de santé compétent et accessible, et favorisé par des pratiques singulières profitant à l'hygiène de vie. Le relai se fait également dans le travail, alors que la conciliation de chacune des sphères de vie (personnelle, familiale, sociale, professionnelle) contribue au bien-être individuel.

A partir de l'approche et des modèles du développement écologique (Bronfenbrenner, 1979; Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic, & Green, 1996; Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008), nous avons présenté une modélisation de l'environnement de la personne âgée dans lequel les professionnels de l'aide et du soin à domicile occupent une place déterminante. Chacun est impacté dans les interactions et dans son propre environnement qui constitue le cadre de développement des individus. La proximité de l'intervention au domicile peut accroître la vulnérabilité du professionnel et développer des risques de souffrance au travail, alors que le bien-être des aides à domicile apparaît un enjeu majeur participant au bien vieillir des personnes âgées. Les mutations du service social qui tendent à s'approprier des pratiques économico-gestionnaires peuvent générer des souffrances supplémentaires dans les métiers du *care* que beaucoup investissent par vocation. Les aides à domicile apparaissent constituer des leviers d'opérationnalisation des politiques du bien vieillir, et chacun devant pouvoir accéder à un bien-être pour l'Organisation Mondiale de la Santé, nous nous intéressons de fait à leur santé, alors que ces professionnels, très majoritairement des femmes, exercent dans des conditions précaires et dont la situation est parfois aussi (voire plus) sensible que les personnes accompagnées elles-mêmes. Une démocratie du *care* telle que défendue par Tronto (1993) appelle à porter son attention à chacun, c'est pourquoi nous faisons le choix de recentrer la nôtre sur ces professionnels, dont l'action est souvent, et à tort, « invisible » (Ennuyer, 2003; Dussuet, 2005; Molinier, 2013).

Le secteur de l'aide à domicile présente des indicateurs alarmants qui s'expriment par un absentéisme et un turnover importants, de même qu'un manque d'attractivité du métier qui rendent difficiles le recrutement des équipes, dans un contexte où le nombre d'aides à domicile doit s'accroître de manière très significative pour répondre aux besoins liés au vieillissement des populations et de la dépendance (Blanpain & Chardon, 2010; Lainé & Omalek, 2012; Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012; Greugny, Nouchet, Bourdin, & Moulin, 2013; Inan, 2013; Blache, Buchner, & Duchon, 2015). Les rapports à l'autonomie, le contrôle et les responsabilités dans le travail sont différents selon que l'aide à domicile soit un « Agent » (peu qualifié et sans contrôle sur ses activités), « employé à domicile » (aux types de qualifications multiples mais possiblement pas toujours adaptés au travail réel d'un accompagnement relationnel renforcé) ou un « Auxiliaire de Vie Sociale » (diplômé et aux responsabilités plus importantes du fait d'interventions « sociales » auprès de publics très dépendants nécessitant des connaissances spécifiques et des ajustements dans la pratique). Le rôle de la formation apparaît majeur quand la professionnalisation constituerait ce qui permet aux aides à domicile de gagner en reconnaissance, alors que nombre d'entre eux/elles témoignent de profils tendus, et seraient donc sensibles au stress (Karasek, 1979) ainsi que d'une pénibilité ressentie significative et d'autant plus importante que l'ancienneté n'augmente, justifiant là un travail qui fatigue (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012), au-delà des effets de l'âge.

Ces professionnels sont par ailleurs isolés professionnellement (Loones & Jeunneau, 2012). Cela contraindrait leur accès au soutien social qui constitue pourtant une stratégie d'adaptation (Karasek & Theorell, 1990; Paulhan, 1992; Bruchon-Schweitzer, 1994). Pour autant, les enquêtes épidémiologiques indiquent paradoxalement que les aides à domicile exerçant en prestataire (donc au sein d'une Organisation bénéficiant des avantages institutionnels (accès à la formation, modulation du temps de travail, sécurité de l'emploi plus importante, appartenance à un collectif)) sont pourtant les plus vulnérables au stress et ceux percevant le plus de pénibilité dans leur travail (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). L'environnement organisationnel n'apparaît alors pas plus favorable à la santé au travail. Enfin, le rapport au temps dans le métier est complexe (Angeloff, 2000) et contraignant pour la conciliation de la vie privée et professionnelle (Devetter & Barrois, 2012) qui a pourtant des liens avec la santé (Tremblay & Villeneuve, 1997; Cherkaoui, Montargot, & Yanat, 2012).

Le travail des aides à domicile s'inscrit par ailleurs dans les métiers du *care* que nous considérons comme une source de tension potentielle complémentaire aux conditions de travail pénibles, et ce sur un plan psychologique notamment, alors que les métiers relationnels présentent des risques accrus de ressentir du stress. L'éthique du *care* (Tronto, 1993), ainsi que les représentations qu'elles portent et les valeurs (morales ?) sur lesquelles reposent les métiers de l'action sociale (Bouquet, 2003), constituent un cadre normatif à la pratique (Avril, 2008) qui se pourrait être source de stress.

Le *care* et autres soucis/sollicitude sont présentés comme une attention et surtout une pratique qui répond au(x) besoin(s) d'un Autre (Tronto, 1993; Molinier, Laugier, & Paperman, 2009; Molinier, 2009; 2013), qui nous apparaît concrètement distancié d'un possible souci de soi (Foucault, 1984).

Dans ce cadre normatif, tantôt injonctif et moralisateur, les aides à domicile pourraient être bousculés certes dans leur pratique mais également contraints de (ne pas) prendre soin d'eux-mêmes, alors qu'exerçant au chevet du vulnérable, ils/elles en oublieraient (et/ou ignoreraient) leurs propres souffrances, du fait que l'activité de *care* demande une pleine attention pour répondre à un besoin précis (Tronto, 1993). D'autres pourraient s'engager par excès dans leur mission à l'image des employées domestiques, qui renoncent à leurs congés pour rester au chevet de leur employeur, dans la peur de perdre leur emploi, qu'ils ne décèdent en leur absence ou du fait de la gratification morale qu'elles retirent de leur activité (Moré, 2014). Les auxiliaires de vie, de par leurs responsabilités renforcées dans l'accompagnement pourraient être d'autant plus sujets à l'oubli de soi. Pour autant, certains pensent que la formation contribue à une attention plus importante au souci de soi (Moré, 2014). Dans ce cas, ce sont les aides à domicile peu ou non formés qui pourraient présenter de tels risques de ne pas investir un *care* pour soi. Or, si l'on se réfère à la psychologie de la santé et les modèles préventifs développés, qui s'appuient sur les théories de changement de comportements (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1991; Godin, 2002), l'individu a un rôle à jouer dans sa préservation (qui doit cependant être accompagnée et coordonnée par l'Organisation (Coutarel, Caroly, Vézina, & Daniellou, 2015) dans un contexte professionnel). Le pouvoir d'agir (Clot, 2008; Clot & Simonet, 2015) ou autres concepts d'*empowerment* (Fayard, Caria, & Loubières, 2011) constitueraient donc des points d'appuis complémentaires des actions visant à la prévention de la santé, dans l'idée d'adapter le concept d'autosoins (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013), généraliste, médical, à un contexte professionnel.

Enfin, les modèles de la santé au travail permettent d'identifier un certain nombre de facteurs de risques que présenteraient les aides à domicile, d'après une typologie illustrée des facteurs de stress au travail (Van de Leemput, 2005), complétés spécifiquement grâce aux enquêtes épidémiologiques. Toutefois, si les approches causalistes/interactionnistes (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996) ont permis d'identifier plusieurs éléments modérateurs de la relation entre l'environnement de travail et la santé, l'approche transactionnelle (Lazarus & Folkman, 1984) constitue à notre sens un cadre théorique plus approprié à l'étude de la santé (psychologique) au travail des aides à domicile, dans ce qu'elle permet de lire des ajustements aux situations au travers des *coping* mis en place après évaluation des situations. Les modèles contemporains de la psychodynamique du travail (Dejours, 2000; Vézina, 2002c) et de la clinique de l'activité (Clot, 2008), qui reposent en partie sur ces approches, permettent également de compléter une analyse qualitative du vécu professionnel, entre travail prescrit et travail réel. Dans ce cadre théorique des modèles de la santé au travail, nous portons une attention particulière, d'après les profils mis en évidence pour les différentes fonctions des aides à domicile et l'éthique du *care*, aux dimensions qui relèvent de l'autonomie dans le travail, le contrôle de l'activité, la reconnaissance au travail et l'accès au soutien social dont les enquêtes épidémiologiques quantitatives contraignent les compréhensions des subtilités des complexités interactives, ou encore le sentiment de responsabilité. Autonomie, contrôle et responsabilité n'étant pas abordés de façon égale en fonction de la catégorie d'emploi occupée, ce qui pourrait permettre de spécifier les résultats relevant du métier « générique » d'aide à domicile.

A aujourd'hui, les actions en entreprise restent majoritairement ciblés sur une prévention physique des risques. Pourtant, les indices de souffrance psychologique sont particulièrement présents dans un secteur où l'absentéisme est supérieur à la moyenne nationale des différents secteurs, et dont seuls 8% sont expliqués par un accident de travail ou une maladie professionnelle – dont les référentiels traduisent essentiellement des tableaux médicaux orientés sur la santé physique – (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). Nous cherchons donc ici à donner du sens à la pénibilité perçue et ceci en spécifiant l'étude en considérant que l'aide à domicile se caractérise à la fois en plusieurs fonctions, plusieurs missions, plusieurs activités et plusieurs degrés d'intervention auprès des personnes âgées.

2. Hypothèses

L'accès à un état de bien-être complet est contraint chez les aides à domicile du fait de leur activité professionnelle. Ces professionnels présenteraient des vulnérabilités importantes pour préserver, maintenir et promouvoir leur santé. Le bien-être s'atteint au travers de différentes dimensions que sont entre autres l'appartenance à un groupe, la reconnaissance au travail, un corps « sain », et plus largement, la conciliation des différentes sphères de vie. Ces variables nécessaires au développement individuel semblent être contrariées de par leur activité professionnelle.

2.1. Hypothèse générale

Les aides à domicile, par leur pratique du ménage, effacent la saleté. De même, leur activité vise au quotidien à « gérer » ce que l'on ne veut pas voir. Au-delà de cela, l'aide à domicile a un rôle majeur dans l'environnement de la personne âgée, qu'elle accompagne, aide, dans un but de soulagement. Ce soulagement leur demande de porter le poids de la difficulté, ce qui constitue un indice majeur du risque pour ces professionnels de ressentir une pénibilité morale, mentale et psychique de leur métier. La reconnaissance du métier d'aide à domicile semble se cibler sur le geste (technique) et non sur le travail exercé par la relation. Il nous apparaît pourtant que le professionnel attend davantage d'être reconnu au travers de ce qu'il fait au travers de cette relation, et non au travers de gestes que tout le monde sait faire dans son quotidien (en cohérence avec la littérature scientifique sur le sujet à l'image des travaux de Dussuet, d'Ennuyer et d'Amyot par exemple). La question du temps est également une composante nécessaire au bien-être. Parce que le temps pour soi, est celui que l'on peut investir pour se reposer (et re-générer ses ressources) et prendre soin de soi (se faire plaisir). Ainsi, un temps partagé et/ou insuffisant pour soi présente le risque d'avoir des impacts négatifs sur la santé, alors que si le temps du travail empiète qui plus est sur le temps personnel, la nécessaire conciliation des différentes sphères de vie n'est plus possible et renforce les risques psychosociaux et la vulnérabilité des professionnels.

Par ailleurs, le travail, le contexte et l'environnement de travail des aides à domicile présentent des indicateurs de vulnérabilité, témoignant d'une souffrance psychosociale au travail, qui expliquerait l'absentéisme et le turn-over dans le métier, ainsi que son manque d'attractivité (au-delà des représentations du métier). La composante relationnelle et l'éthique du *care* contribueraient à une pression psychologique dans l'exercice professionnel des aides à domicile qui complètent la pénibilité résultant des conditions de travail. Les métiers de l'aide à domicile et les contextes d'exercice sont multiples. Des spécificités existent selon les emplois occupés, du fait de qualifications, natures des activités et responsabilités caractérisant la fonction. Le discours ne sera donc pas homogène entre les différentes catégories professionnelles des aides à domicile, et devrait révéler des spécificités propres à leur activité et statut.

2.2. Hypothèses opérationnelles

2.2.1. Une souffrance majorée des contraintes temporelles et des relations (H1)

Les aides à domicile présentent des risques de souffrance au travail majorés des contraintes temporelles du travail et des dimensions relationnelles du métier (avec les personnes aidées et leur famille, les collègues et les responsables hiérarchiques).

Exposés à plusieurs facteurs de risques contraignant les conditions de leur travail (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012; Loones & Jeunneau, 2012; Devetter & Barrois, 2012; Molinier, Laugier, & Paperman, 2009; Molinier, 2013), on s'attend à relever des indicateurs prioritaires de souffrance au travail, en interrogeant les aides à domicile sur leur rapport à la santé et à leur pratique professionnelle.

Cette souffrance est explicable prioritairement du fait de la composante relationnelle du métier (bénéficiaires, familles des personnes aidées), ainsi que consécutaire de conditions de travail sensibles sur les questions de temps, et relèveraient des conditions organisationnelles du rapport au collectif de travail (collègues et responsables hiérarchiques : nature, qualité et fréquence des échanges).

Les principales variables médiatrices de la relation travail et santé que nous nous attendons à relever chez les aides à domicile sont les suivantes :

- La perception de l'état de santé des personnes aidées (notamment chez les employés et les AVS)
- le manque de soutien social (Lazarus & Folkman, 1984) : notamment chez les agents et les employés à domicile
- le manque de reconnaissance perçue (Siegrist, 1996)
- le sentiment de responsabilité vis-à-vis des personnes aidées (notamment chez les qualifiés)

2.2.2. Des caractéristiques spécifiques pour chaque fonction du métier (H2)

Le vécu professionnel présente des caractéristiques spécifiques suivant la catégorie d'emploi occupée par l'aide à domicile.

La charge émotionnelle apparaissant a priori plus lourde pour les auxiliaires de vie dont les interventions auprès des personnes (très) dépendantes sont prioritaires, ces derniers devraient justifier d'indices de souffrance psychiques plus nombreux que leurs pairs de catégorie professionnelle inférieure. Les employés devraient témoigner d'un manque de reconnaissance plus important du fait de leur statut intermédiaire. Les agents pourraient présenter des indices de souffrance consécutifs de l'instabilité créée par le manque ou l'absence de formation.

2.2.3. Les effets de l'éthique du *care* sur la pratique et les comportements préventifs (H3)

L'éthique du *care* est médiatrice de la relation entre l'environnement de travail et la santé des aides à domicile, et des comportements préventifs de santé.

Les effets des valeurs et images du *care* dans l'environnement de l'individu entraîneraient des effets sur la santé et la pratique professionnelle des aides à domicile, dont la réduction de la souffrance pourrait se traduire par des processus cognitifs et comportementaux, tel qu'un surinvestissement dans le travail et la relation comme observés chez les « employés domestiques » (Moré, 2014) ; ou une minoration de l'importance du vécu personnel au travail. Si l'on prend beaucoup de temps pour s'occuper d'autrui, on en a moins pour s'occuper de soi-même, pour autant, il apparaîtrait, d'après les préceptes de l'éthique du *care* et les fondements de l'action sociale, que ce don du temps est essentiel à la relation d'aide qui donne sens à la pratique professionnelle, voire valorise l'image du métier.

Par ailleurs, l'éthique du *care* (Tronto, 1993) et l'adhésion à la norme de sollicitude (Avril, 2008) pourraient contribuer à ce que les aides à domicile se distancient de leur propre santé. Un *care* représenté par l'aide à domicile comme particulièrement tourné vers les autres, et reposant sur des valeurs morales et de justice sociale (Bouquet, 2003), pourraient conduire l'aide à domicile à nier ou dissimuler des souffrances et/ou des inconforts, afin que leur comportement reste en accord avec l'éthique du *care* (Tronto, 1993).

De même, plus les personnes aidées sont perçues comme vulnérables par les aides à domicile, plus ces professionnels auront tendance à minorer l'importance de leur santé et/ou exprimer leur vécu professionnel. Les comportements pro-santé, visant à une auto-préservation devraient également être minorés dans le discours des professionnels décrivant les personnes aidées comme (plus) vulnérables.

2.2.4. Des stratégies d'ajustement indicatrices du stress au travail (H4)

La souffrance professionnelle des aides à domicile se distingue au travers de leurs stratégies d'ajustement.

A l'image des théories transactionnelles et de la psychodynamique du travail, dans lesquelles la souffrance entraîne des remédiations par les individus pour y faire face (Lazarus & Folkman, 1984; Paulhan, 1992; 1994), le stress au travail pourra être mis en évidence au travers des stratégies d'ajustement, voire les stratégies défensives mises en place (Dejours, 2000). Du fait du manque d'autonomie et de contrôle qui caractérise le travail des aides à domicile, il est attendu que le recours se fasse majoritairement sur des *coping* centrés sur la gestion émotionnelle, comme l'évitement, que ce dernier soit conscient (comportemental : être absent, quitter une maison ; ou cognitif : penser à autre chose, se distraire) ou inconscient (déli). L'auxiliaire de vie, dont la mission se caractérise davantage dans un parcours de *care* « coordonné » à l'équipe (en interne et en externe), devrait avoir recours au soutien social au travail en plus grande proportion.

2.2.5. Liens entre qualification, forme de l'apprentissage et le rapport au travail (H5)

La qualification médie la relation environnement de travail et santé des aides à domicile, en fonction de la nature de l'apprentissage et le caractère social de la formation initiale.

Des liens existent entre la qualification des aides à domicile et leur vécu professionnel. Le DEAVS constituerait un modérateur de la pénibilité ressentie, alors qu'une formation élevée est corrélée à un surcroît de pénibilité perçue (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). Le type de formation devrait fortement impacter le rapport au travail et à la santé des aides à domicile, notamment chez les employés à domicile qui peuvent être titulaires de formations diverses pour réaliser leur travail. Nous nous attendons à relever des spécificités du rapport au travail chez les employés à domicile ayant suivi une formation initialement plus technique (tel le CAP Employé Technique de Collectivité). Par ailleurs, il pourrait également exister un impact de la nature de la qualification suivant qu'elle résulte d'un apprentissage ou d'une validation des acquis de l'expérience.

3. Méthodologie

Après une prise de connaissance des problématiques rencontrées dans le secteur du domicile par l'intermédiaire des étudiants, des professionnels et des dirigeants des structures qui sont intégrés ou

rattachés à la Formation des futurs coordinateurs en gérontologie dont j'ai la responsabilité, nous avons engagé un processus de concertation pour dégager les grands axes de la situation, en plus d'une lecture des différents rapports ministériels développés sur les problématiques du vieillissement et des actifs de ce secteur (CNAMTS, 2008; INSEE BRETAGNE, 2012b; 2012a; Loones & Jeaneau, 2012; Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012; Observatoire régional de Santé, 2010).

A la suite d'un appel à participer à une phase exploratoire auprès d'aides à domicile en Bretagne (en contactant nombre de services acteurs du secteur), nous avons ainsi pu rentrer en contact avec des personnels décisionnaires dans le secteur, avant d'engager une série d'entretien avec les personnels d'intervention.

Plusieurs structures (du secteur associatif et des collectivités territoriales) ont répondu à cet appel. Les motifs généraux portaient sur la volonté de faire lumière sur ces problématiques auprès de leur personnel qu'il percevait en souffrance, ou souhaitant engager une réflexion autour de la santé au travail de leurs personnels d'intervention, dont l'absentéisme les préoccupaient. Les premiers entretiens réalisés avec les dirigeants de ces entités, additionné d'un accès à leurs indicateurs RH (ratio d'absentéisme, de turn-over, caractéristiques des équipes et de l'activité, publics accompagnés, etc...) nous ont permis de préciser l'objet des échanges avec les personnels de terrain. Ceci afin d'envisager la mise en œuvre d'un dispositif de diagnostic du phénomène d'une part, et d'en avoir une lecture globale, en vue de proposer, à la suite des analyses qui sortiraient des entretiens semi-directifs menés, des moyens d'intervenir au mieux pour la prévention des aides à domicile et de leurs managers de proximité dont les premières rencontres formelles et informelles venaient témoigner d'une souffrance psychique étendue à tous les niveaux hiérarchiques, au-delà de problématiques physiques spécifiques des personnels de terrain, mais dont nous n'avons pas poussé l'inventaire, si ce n'est en tant que lien révélateur de problématiques psychosociales au travail, le registre médical dépassant à la fois nos compétences et notre domaine de réflexion.

Le secteur du domicile est aussi composé de structures dites indépendantes, privées et/ou franchisées, qui se caractérisent en plus de leur activité première de service d'aide au domicile d'une composante commerciale, mais n'a pas été approché. L'absence de réponse les concernant est expliquée d'une part par une communication plus difficile auprès de ces structures, souvent de taille réduite et diffuse. Deuxièmement, contrairement à d'autres régions françaises, ces acteurs sont moins représentés en Bretagne. Cela constituera toutefois un manque dans l'analyse du discours en cela que le travail des agents de terrain est différent du fait que ces structures offrent une proportion plus importante de prestations exclusivement tournées vers de l'aide que nous nommerons domestique, auprès de publics souhaitant et ayant les moyens financiers de se soustraire des tâches d'entretien de leur domicile (tel que les milieux aisés par exemple). Les relations aux bénéficiaires (nommés plus fréquemment « clients ») en sont différentes, l'aspect d'accompagnement social étant absent. De plus, ce type de prestations est couverte financièrement par le bénéficiaire (qui peut toutefois en réduire le coût via des réductions d'impôts ; mais donc indirectement), ce qui vient modifier de manière importante le lien au professionnel, qui effectue une mission contractuelle d'une prestation commerciale et non sociale.

De même, les particuliers employeurs (qui sont les employeurs directs d'aide à domicile), dont nous avons envisagé en premier lieu d'approcher quelques aides à domicile pour effectuer un comparatif avec l'emploi prestataire n'a pas été réalisé. Cela s'explique par la même difficulté de pouvoir les identifier et les contacter. Etendre la recherche à ces publics pourrait ainsi être intéressant mais nous avons finalement exclu cette option pour la présente étude, en cohérence avec notre problématique qui cible les actifs du secteur prestataire.

Pour autant, les structures rencontrées nous ont permis de prendre conscience des différences du travail des aides à domicile en fonction des besoins (aide domestique, accompagnement social...) des bénéficiaires, du profil de ces derniers (personne âgée dépendante ou non, famille, personne malade, etc.) et des modalités de règlement (montant de la participation financière du bénéficiaire calculé au regard de ses revenus et du type d'intervention). Cela est permis par le fait qu'elles recensent dans leurs effectifs à la fois des professionnels, salariés, sous la forme d'intervention pour laquelle elle est prestataire (la structure emploie le salarié et en assure toute la gestion et la coordination du travail, des démarches administratives, la rémunération, etc.) ou mandataire (le bénéficiaire est l'employeur mais confie la gestion administrative à la structure mandatée). Précisons qu'un même agent peut à la fois être salarié de l'association en vue d'intervention dite prestataire et assurer en parallèle des interventions mandatées (par sa structure employeur ou non). L'analyse des différences a été toutefois contrainte de l'expression de la personne ne souhaitant pas toujours que soit connu de son employeur le fait qu'elle effectue des heures en dehors de son institution employeur.

A l'issue des premiers échanges et l'étude des données scientifiques et institutionnelles, un guide d'entretien (Cf. CH5A - « sujets questionnés en entretien »)¹¹⁸ a alors été réalisé afin de rencontrer des aides à domicile, dont le statut et donc le niveau de qualification était différent. Nous ferons état des différentes caractéristiques de ces professionnels à suivre, ces dernières impactant la nature de l'activité et les profils de bénéficiaires accompagnés en plus des conditions de travail. Ainsi, au total, sur une période de quatre mois en 2012, 32 aides à domicile ont été rencontrés afin de s'entretenir sur leur travail, en lien avec des problématiques de santé.

L'objet des entretiens visait donc à s'imprégner de la réalité du travail des professionnels de ce secteur, autant au travers de ses plaisirs que des difficultés. Un focus était également réalisé sur le rapport à la santé, physique et psychologique, allant questionner par la même les risques psychosociaux et les émotions ressenties par les salariés dont un échange sur le stress était intégré de manière explicite. De même, le contexte d'exercice était interrogé, ainsi que les relations de travail. L'ensemble visait à recueillir des témoignages permettant de faire le lien entre le travail, le vécu et la santé des salariés, dans un contexte institutionnel et organisationnel. L'analyse première (Disquay & Egido, 2013) de ces entretiens a permis

¹¹⁸ Pour rappel, les annexes sont indexées dans le tome 2.

de vérifier certaines informations déjà présentes dans les rapports officiels évoqués plus haut, mais également d'en approfondir d'autres, et qui feront l'objet du chapitre suivant. Egalement, ces échanges ont conduit à de nouvelles réflexions qui ont permis de reprendre ces mêmes entretiens dans une analyse à fortiori sur une problématique s'étant précisée sur le rapport de l'individu à sa santé au travail, alors que nous y avons par suite étudié la variable du *self-care* comme élément à intégrer dans les modèles de santé au travail préexistants.

Le contexte dans lequel nous avons intégré les services était sensible, en référence à la souffrance et/ou l'absentéisme ayant favorisé les partenariats. Une nouvelle convention collective avait été appliquée 6 mois avant notre appel à partenariat et 9 mois avant les premiers entretiens avec les personnels de terrain. Cette convention était vécue comme moins favorable par les personnels d'intervention, et complexifiait les exigences en termes d'activité et d'obligation du service pour les encadrants et personnels administratifs. A ce jour, une nouvelle convention est en discussion selon les mêmes tensions, pour remplacer la précédente, jugée inadaptée par les acteurs du secteur, et ne permettant pas la reconnaissance des salariés telle qu'il pouvait en être un des objectifs initiaux. L'entretien a été choisi pour mener ces explorations, avec une grille d'entretien portant sur les mêmes thématiques mais dont les questions ou les relances étaient formulées en fonction du cheminement de la parole de l'aide à domicile.

Les méthodologies qualitatives sont plus adaptées pour rendre compte de panels professionnels plus précis, et pour des interventions dans de petites structures dans lesquels les approches statistiques ne sont pas forcément pertinentes ou possibles (Biron, Ivers, Brun, & Cooper, 2006). Toutefois, nous avons complété la phase qualitative d'un recueil de données quantitatives afin de préciser et/ou généraliser certains points révélés en entretien, notamment en ce qui concerne les représentations du métier, le rapport au collègue et au supérieur hiérarchique, ainsi que le rapport à la santé. Ces éléments quantitatifs complémentaires recueillis sont intégrés à la présente étude.

Le recueil qualitatif a été réalisé auprès de 8 agents à domicile, 13 employés à domicile et 11 auxiliaires de vie sociale. Cette répartition fait suite à un appel à volontariat. Toutefois, les effectifs se sont montrés dans chaque catégorie suffisants pour que n'émergent plus de nouvelles problématiques, ce qui nous laisse à penser que le seuil de l'échantillonnage était satisfaisant. Des tendances générales sont apparues dans chacune des catégories. Les profils des répondants sont disponibles en annexe (Cf. CH5B - « caractéristiques des aides à domicile (phase qualitative) ») et ont été codifiés de façon à compléter l'analyse thématique des entretiens par des traitements lexicographiques au moyen des logiciels Alceste 2015, Tropes v8 et Nvivo10. La déclinaison des codifications (variables et catégories) est également présentée dans cette même annexe.

Tropes¹¹⁹ et Nvivo¹²⁰ ont été utilisés à des fins de requêtes ponctuelles facilitant l'accès à un corpus dense (de type : recherche textuelle, modélisation de l'environnement d'un signifiant, nuage de mots, fréquences d'occurrences) pour préciser des résultats de l'analyse du contenu. Alceste a fait l'objet d'une utilisation plus élaborée, qui a nécessité un paramétrage spécifique du corpus afin de compléter l'analyse avec les rapports résultant du traitement du logiciel.

Ce choix méthodologique de coupler l'analyse thématique manuelle permet de réduire les biais de subjectivité que peuvent entraîner la « thématization à la main ». En ce sens, l'utilisation de tels outils permet d'objectiver le traitement des données en minimisant les tendances aux attributions préconçues par l'analyste dans la définition des unités d'analyse. Nous avons utilisé ces outils à deux fins principales : (1) confirmer les résultats émergents de l'analyse thématique manuelle et/ou (2) nuancer et élargir le traitement manuel complexifié de la taille du corpus (plus de 800 pages de transcription). De fait, le recours à l'utilisation de logiciel se développe en apportant une aide à l'organisation et au traitement des données dans le cas de corpus conséquent, « *que les résultats recherchés soient qualitatifs, quantitatifs ou qualimétriques (mixtes)* » (Krief & Zardet, 2013).

Nous utilisons ces outils en complément de l'analyse thématique manuelle et assurons l'interprétation des résultats, en donnant du sens aux modélisations, grâce à un va-et-vient avec le corpus qui permet d'éviter les erreurs d'un traitement numérique dont la composante sémiotique n'est pas toujours juste ou demande d'explorer le contexte du discours. Nous faisons ce choix à l'image des conseils de Bart & Fourmet (2010, p. 5) citant Marchand (1998) : « *les résultats quantitatifs produits par ces procédures statistiques doivent être considérés comme des indicateurs partiels et non comme des éléments de preuve d'une compréhension globale et absolue* ». De même, si les modes de raisonnement et les logiques sociales ne sont pas accessibles à un tel traitement numérique selon Lejeune (2010), cette stratégie de couplage permet d'associer les avantages de chacune des méthodes de traitement. Entre objectivité et attitude compréhensive.

D'un point de vue technique, Alceste effectue une analyse lexicale du corpus et en décline une classification hiérarchique descendante en fractionnant lexicalement le corpus soumis à l'analyse. A partir d'analyses factorielles, le logiciel extrait ensuite du corpus des classes d'énoncés significatives. En premier lieu, à partir de la distribution et la cooccurrence des mots, des classes de vocabulaires sont créés, par

¹¹⁹ Tropes est un logiciel d'analyse sémiotique initialement développé par Pierre Mole et Agnès Landré à partir des travaux de Rodolphe Ghiglione, portant sur l'analyse propositionnelle du discours (Wolff, Burkhardt, & de la Garza, 2005). Ce logiciel permet entre autres une classification arborescente de la référence, le diagnostic du style du texte, la catégorisation des mots-outils, et l'extraction terminologique. Pour plus d'information, le lecteur peut se référer au manuel d'utilisation disponible en ligne qui présente une bibliographie des travaux menés au moyen du logiciel en question (Cf. <http://www.tropes.fr/ManuelDeTropesV840.pdf>).

¹²⁰ Nvivo est un logiciel qui fonctionne sur le modèle de l'analyse manuelle et permet de constituer un classement du corpus tel que peut y conduire une analyse thématique manuelle dans laquelle le chercheur établit ses propres unités d'analyse. Une description détaillée des usages du logiciel est établie par Krief & Zardet (2013).

segmentation du discours. Les classes de mots ainsi obtenues regroupent les mots qui y sont significativement rattachés, au moyen d'une répartition consécutive d'une analyse statistique s'appuyant sur le calcul du χ^2 . Ces rapports réalisés par Alceste et la possibilité d'effectuer des requêtes spécifiques permettent ainsi de modéliser le corpus pour aggrémenter ou développer la compréhension du discours. Ceci est favorisé par une lisibilité du contexte des mots classifiés et un accès au corpus original depuis les modélisations. Ces actions assurent une compréhension objectivée de l'analyste qui peut aller au-delà de la représentation graphique afin d'en préciser le sens.

Par ailleurs, la phase quantitative a permis de donner une lecture étendue des résultats par la soumission d'un questionnaire à 96 aides à domicile (102 en réalité mais dont 6 d'entre eux n'ont pu être analysés du fait de réponses non traitables). Les caractéristiques des répondants à l'enquête quantitative sont également présentées en annexe (Cf. CH5C - « profils des répondants à la phase quantitative ») et ont été traités sous Sphinx iQ.

Enfin, une présentation succincte des aides à domicile rencontrés en entretien a également été écrite pour caractériser les participants de la phase qualitative, mais organisée de façon à respecter leur anonymat (Cf. CH5D - « Présentation des interviewés »). De même, les propos extraits des entretiens et présents dans les deux tomes font l'objet d'attribution de prénoms fictifs.

Le traitement des données qualitatives a permis de valider les hypothèses, avec des nuances que nous mettons en évidence dans le présent point qui porte sur les résultats. Le plan s'organise dans la logique de vérification des hypothèses. Toutefois, certaines d'entre elles demandent de regrouper des analyses présentes dans différents points. Pour ne pas alourdir l'écrit de redits excédentaires, les validations des hypothèses sont présentées au fil du déroulement de l'analyse mais une synthèse est présentée en conclusion de ce chapitre, pour plus de lisibilité. Le premier point initie l'analyse globale du corpus par une description des caractéristiques de ce dernier. Ce premier point révèle les axes thématiques du discours et confirme en premier lieu l'existence de souffrances physiques et morales chez les aides à domicile. Les points suivants précisent les sujets des problématiques temporelles et relationnelles, les spécificités catégorielles mises en évidence (même si des éléments discriminants sont en complément illustrés dans d'autres points pour des raisons de pertinence), le rapport au travail et à leur santé des acteurs du travail de *care*, et dans un dernier point, les caractéristiques de la prévention sur le terrain, précisées des stratégies d'ajustement utilisées par les aides à domicile face aux difficultés professionnelles rencontrées.

Nous introduisons les résultats dans le point suivant et organisons l'analyse et l'interprétation liées aux hypothèses dans le chapitre suivant qui mêlent les résultats qualitatifs et quantitatifs. Ce choix vise à harmoniser la présentation des résultats et les sens à y donner, alors que la scission en deux chapitres distincts (analyse / interprétation) ne nous est pas apparue pertinente.

4. Introduction des résultats : caractérisation globale du corpus qualitatif

Afin de donner un cadre général des grandes lignes issus des résultats du traitement des données qualitatives et quantitatives, nous exposons à suivre les principaux éléments ressortant de l'analyse de contenu thématique complété des illustrations réalisées via l'utilisation de logiciels d'analyses lexicographiques dont l'utilisation nous a guidé dans la nuance et la généralisation de ces résultats qui permettaient en premier lieu de confirmer nos hypothèses dans les grandes lignes.

4.1. Grandes lignes de l'analyse de contenu thématique

Les résultats de l'analyse de contenu thématique tendent à valider nos hypothèses dans un premier temps, via la caractérisation du corpus d'après différentes grandes lignes que concernent premièrement le rapport à la santé et au stress chez les différents acteurs, dont on a relevé des tentatives de masquages et des retenues dans le discours quand il s'agissait d'aborder ces sujets en dehors des impacts physiques sur lequel chacun s'est exprimé, même si c'était parfois pour se défendre d'être en mauvaise santé. Ainsi, la santé au travail est présentée comme se caractérisant en premier lieu comme liée aux affections du corps (douleurs et maladies). Une partie exposera également spontanément en complément que la santé au travail se définit également par sa composante « morale ». Il s'agit de ceux qui se présentent comme perturbés et stressés (ou plutôt « énervés ») au travail. Dans l'ensemble, on a toutefois observé qu'aborder les sujets liés au stress étaient complexe, notamment du fait d'une mise à distance du sujet et possiblement, d'une pudeur/peur à l'aborder. La souffrance est toutefois apparue au travers de nombreuses illustrations qu'ont pu exposer les professionnels sur les difficultés rencontrées au travail et qui pouvaient conduire à de l'inquiétude, même une fois la journée de travail terminée et rentré chez soi.

La seconde grande thématique ressortant de l'analyse thématique du contenu portait sur les difficultés rencontrées au travail, exposées comme relevant d'un rapport parfois complexe et/ou anxiogène à la personne âgée, d'autant quand on intervient chez la personne pour la première fois ou si cette dernière présente une situation de dépendance élevée. Distinguant là en premier lieu notamment les agents à domicile de leurs pairs qualifiés qui se sont davantage étendus sur les situations vécues au domicile des personnes âgées, ainsi que sur les conditions de travail qui sont pour les employés à domicile source d'insatisfaction. Les problématiques du manque de reconnaissance ont également été relevées dans chacun des entretiens, les employés et les AVS étant plus revendicatifs sur le sujet, en réaction à des compétences et des formations non reconnues.

La troisième grande thématique abordée concerne également le rapport au collectif de travail, qui était interrogé en entretien et qui a confirmé les enquêtes épidémiologiques consultées dans la rédaction de la partie théorique en cela que le professionnel est isolé, et ce malgré son exercice en contexte prestataire. La disponibilité du responsable hiérarchique est tout de même apparu en majorité comme existante, dans la contrainte d'un relationnel qui s'entretient par téléphone ou à l'occasion de trop rares réunions auxquelles les pairs que l'on ne connaît pas participent. En découlé de ces carences sociales au travail, il en a résulté également que ces dernières s'étendent pour la quasi-totalité de l'effectif rencontré dans la sphère personnelle, alors que les plannings contraignants et instables empêchent la réalisation d'activités extérieures et d'avoir une « *vie sociale* ».

Enfin, face à ces éléments qui confirment la vulnérabilité et la souffrance que ressentent les aides à domicile, nous avons également constaté que les stratégies d'ajustements sont essentiellement centrées sur la volonté d'éviter l'expression de la difficulté, en l'oubliant et/ou passant à autre chose (en plus de la difficulté à accéder au soutien social des collègues). Le discours des agents s'est par ailleurs caractérisé particulièrement par une « pauvreté » sur le sujet, alors que l'expression en entretien y était difficile et parfois manifestement retenue. Les auxiliaires de vie ont eux abordé spontanément plus de stratégies d'ajustement, notamment au travers de processus cognitifs visant pour eux à réfléchir après-coup aux situations pour tenter de les comprendre et d'y réagir en adaptant leur pratique de *care*. Quelques employés (parmi les plus expérimentés dans le métier) ont également exposé ce même type de stratégies.

Plus transversal à l'ensemble de ces thématiques, on a constaté un rapport distancié à la santé en termes de prévention alors que la pénibilité et la possibilité de tomber « malade du travail » apparaissent assimilées à des composantes du métier, face auxquelles on ne peut rien faire. Ainsi, la tendance était franche au septicisme concernant la possibilité d'amélioration sur ce point, même si désirée souvent et l'attention portée à leur situation parfois saluée.

Les grandes lignes de l'analyse de contenu thématique ainsi synthétisées conduisent donc à valider nos hypothèses. Toutefois, nous avons apporté des nuances à l'ensemble grâce à une analyse de contenu couplée à des analyses lexicographiques et un traitement quantitatif d'une partie du recueil quantitatif complémentaire qui s'est étendu à un échantillon de 96 aides à domicile.

Ainsi, nous avons souhaité compléter ces résultats par des requêtes spécifiques via l'usage d'outils de traitement de données qualitatives, au moyen de logiciels d'analyse lexicographiques tels qu'Alceste 2015, Tropes V8 ainsi que Nvivo10. L'ensemble a permis de généraliser et/ou nuancer les résultats du premier traitement de contenu thématique. De même, nous avons complété le recueil qualitatif à la suite de l'analyse de contenu thématique avec un recueil quantitatif afin de préciser certains éléments ou d'en vérifier la généralisation sur un effectif plus important. L'analyse de contenu thématique première a ainsi guidé le traitement complémentaire effectué via l'utilisation de logiciels ou de recueil quantitatif, par des requêtes plus précises visant à spécifier des relations ou en comprendre davantage les sens.

Les résultats sont ordonnés via les conclusions que nous tirons de ces différentes analyses que nous couplons dans la présentation du prochain chapitre, pour donner un fil conducteur à la présentation des analyses et leur interprétation. Le traitement général lexicographique permet cependant au préalable de confirmer les grandes lignes de l'analyse de contenu thématique, dont nous présentons les illustrations dans le point suivant, avant de rentrer dans les détails dans le chapitre 6.

4.2. L'analyse lexicographique globale du discours

Cette analyse permet une présentation générale du discours, en en caractérisant les types d'expression et les sujets abordés. Une analyse lexicale effectuée sous Topes V8 caractérise le discours comme argumentatif au travers de la comparaison et des critiques. La majorité du corpus est prise en charge par le narrateur (recours important au « je », « moi », « me ») qui exprime une déclaration sur un état ou une action. Il est par ailleurs à noter que de nombreuses notions de doute sont relevées dans le discours (« peut-être », « apparemment »). Le tableau à suivre, rapportant l'analyse sous Tropes, permet de caractériser le corpus en cela qu'il est particulièrement autocentré et dans lequel la personne rencontrée se livre sur des états, des ressentis et des faits, montrant son investissement dans l'entretien. Le recours très important (53%) aux adjectifs subjectifs indique par ailleurs l'expression de jugement de valeur ou des réactions émotionnelles. Les affirmations et les négations caractérisent à 50% le discours, exprimant des positionnements.

Enfin, si le discours est majoritairement autocentré (52% de « je »), le « on » y trouve cependant une place significative dans le corpus (19%). Ce « on » représente bien souvent un corps indéfini dans lequel le locuteur prend place, sans s'engager aussi fortement qu'avec un pronom à la première personne du singulier. L'utilisation de « il/elle » illustre tour à tour les personnes aidées, les collègues et la hiérarchie pour l'essentiel. Une présentation complète de cette caractérisation lexicale sous Tropes est disponible en annexe (Cf. « CH5E - caractérisation lexicographique effectuée sous Tropes »).

L'analyse du corpus sous Alceste permet de compléter cette description par l'identification des principaux thèmes abordés dans un corpus, et en mettant en évidence les lignes directrices du corpus analysé. Les statistiques de formes présentées dans le tableau définissent l'analyse lexicographique du corpus qui est caractérisé par une richesse de vocabulaire de l'ordre de 88% (Cf. « CH5F - Statistiques des formes du corpus analysé »).

L'analyse factorielle en corrélation issue de l'analyse du corpus sous Alceste 2015, modélise les 5 classes du discours qui permettent d'expliquer 55% du corpus, et que nous allons détailler à suivre. Ces classes sont conformes à la grille d'analyse pour 4 d'entre elles. Pour rappel, les grandes thématiques abordées en entretien concernaient : (1) la santé et le stress au travail, (2) les difficultés rencontrées et les stratégies de faire-face mises en œuvre, (3) le rapport au collectif de travail, (4) les plaisirs éprouvés de l'exercice du métier et (5) les activités extraprofessionnelles.

Ces thématiques se retrouvent dans l'analyse factorielle en corrélation à suivre. La répartition des classes étant différente, nous détaillons dans le point à venir les caractéristiques thématiques du corpus, tel que mis en évidence sous Alceste 2015 (figure 10).

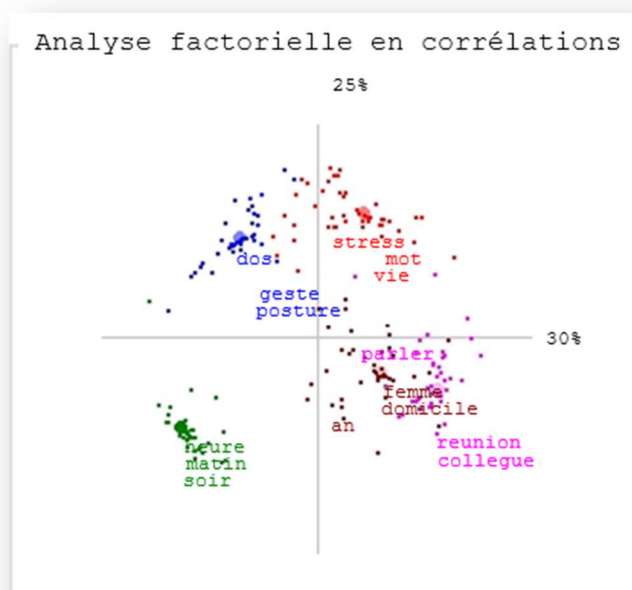


Figure 10 : AFC du corpus global sous Alceste 2015

4.3. Cinq classes explicatives du discours

D'après l'extraction effectuée sur l'ensemble des entretiens (figure 11), au préalable paramétré, 64% des unités textuelles du corpus ont été classées par niveau de pertinence, et 36% ont été rejetées. Les 64% traitées sont respectivement ventilées en 5 classes d'énoncés significatives, tels que présentées à suivre. Les différentes classes sont conformes avec les sujets abordés pendant l'entretien, à savoir les représentations et états de **santé** et de **stress au travail** (classes 1 et 2), **le plaisir procuré par le travail et les difficultés rencontrées** (classe 4), les **stratégies d'adaptation** associées (classe 5), les **relations de travail** (classe 5) et les activités extra-professionnelles. La classe 3 porte sur des **dimensions temporelles** qui étaient spontanées dans le discours, car non interrogées spécifiquement. Elle présente toutefois des vocables évoqués lors de témoignages sur les **conditions de travail et les activités extra-professionnelles**.

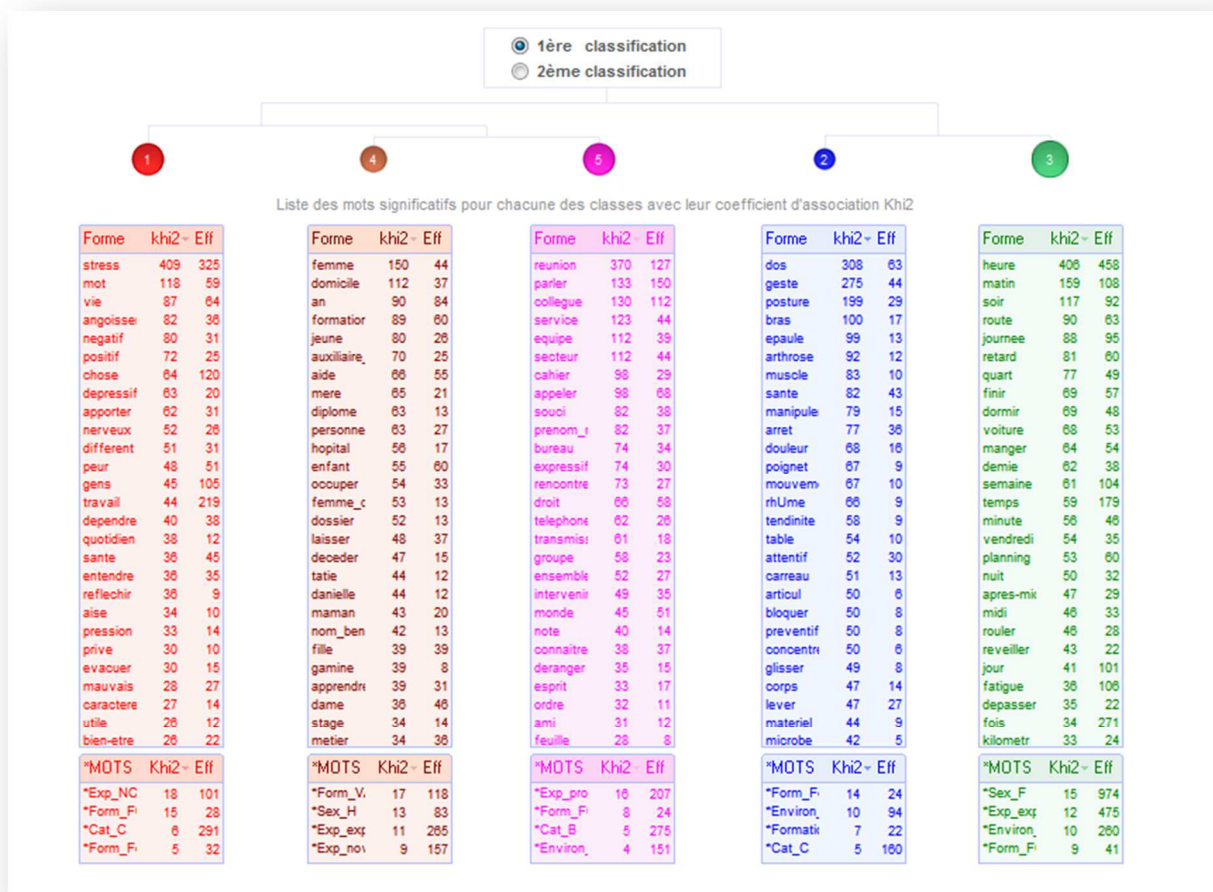


Figure 11 : Les cinq classes explicatives du corpus analysé sous Alceste 2015

Le détail et les grandes caractéristiques de chacune de ces classes sont présentés à suivre, afin d'en cerner les éléments principaux, mais également les subtilités du discours.

4.3.1. Souffrance psychique au travail

La **première classe**, la plus spécifique – c'est-à-dire la première à s'être détachée dans l'arbre des classifications – se caractérise par un vocabulaire homogène et représente 20% des unités textuelles classées. Ses mots caractéristiques sont « *stress* », « *mot* », « *vie* », « *angoisser* », « *negatif* » et « *positif* ». Cette classe est matérialisée en rouge dans la modélisation. Les mots les plus significatifs au sein de la classe se regroupent en deux catégories, (1) les mots paramétrés en majuscule (onomatopées et indicateurs non verbaux) tels que « *eh* », « *silence* », « *ouais* », « *rire* » et « *hein* » ; (2) les marqueurs de modalisation tels que « *pas* », « *oui* », « *non* », « *peut-être* » et « *je pense* ».

Globalement, cette classe correspond aux indicateurs émotionnels témoignant de souffrance. Le réseau de forme associé au mot *stress* (qui présente le Khi^2 le plus fort) est présenté figure 12. La colonne de gauche indique les mots caractéristiques prééminents.

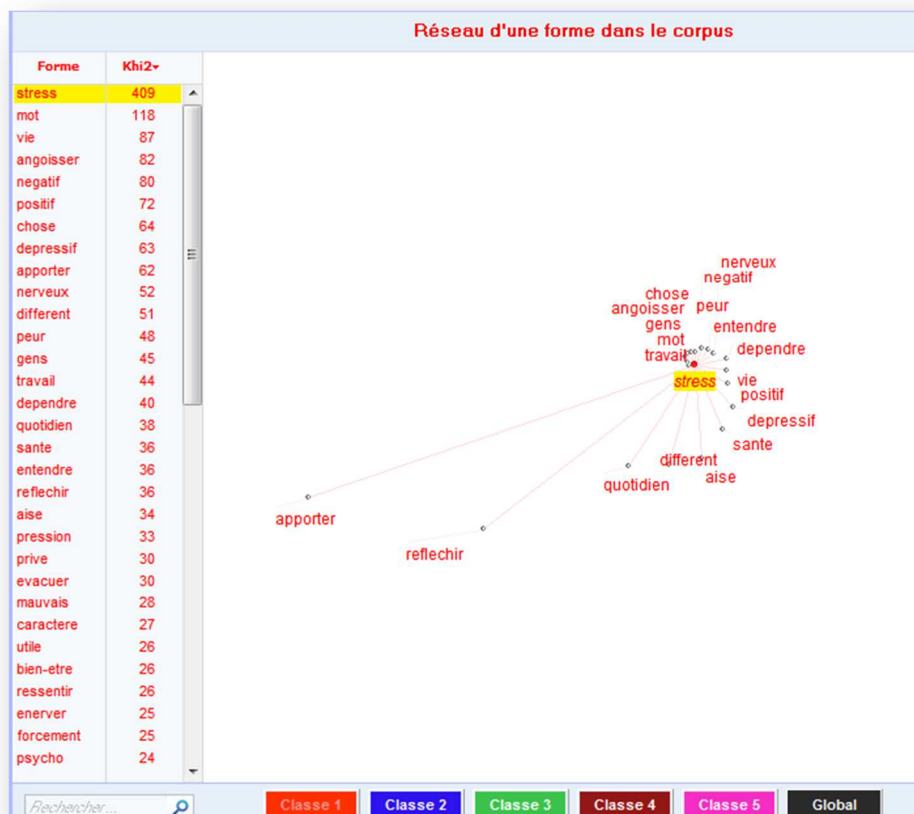


Figure 12 : Réseau de forme et mots significatifs de la Classe 1 « souffrance morale »

Cette classe reprend le discours du corpus qui comprend à la fois les déclarations de souffrances vécues et les descriptions associées à ces états ; d'un point de vue général.

4.3.2. Affection corporelle de la santé

La **seconde classe**, matérialisée en bleu, représente 10% des unités textuelles classées, dont les mots significatifs sont « *dos* », « *geste* », « *posture* », « *bras* », « *épaule* », « *arthrose* » qui représentent donc des vocables liés à la santé physique. Les catégories de mots les plus significatives dans cette classe sont les noms tels que « *dos* », « *fois* », « *geste* », « *santé* », « *arrêt* » et d'autres tels que « *fait* », « *travail* », « *problème* », « *petit* », « *formation* ». Le réseau de forme associé au mot « *dos* », présenté en figure 13, indique que la santé est abordée défavorablement avec des vocables témoignant de douleurs et d'affections. Les mots de la colonne de gauche en indiquent quelques-uns.

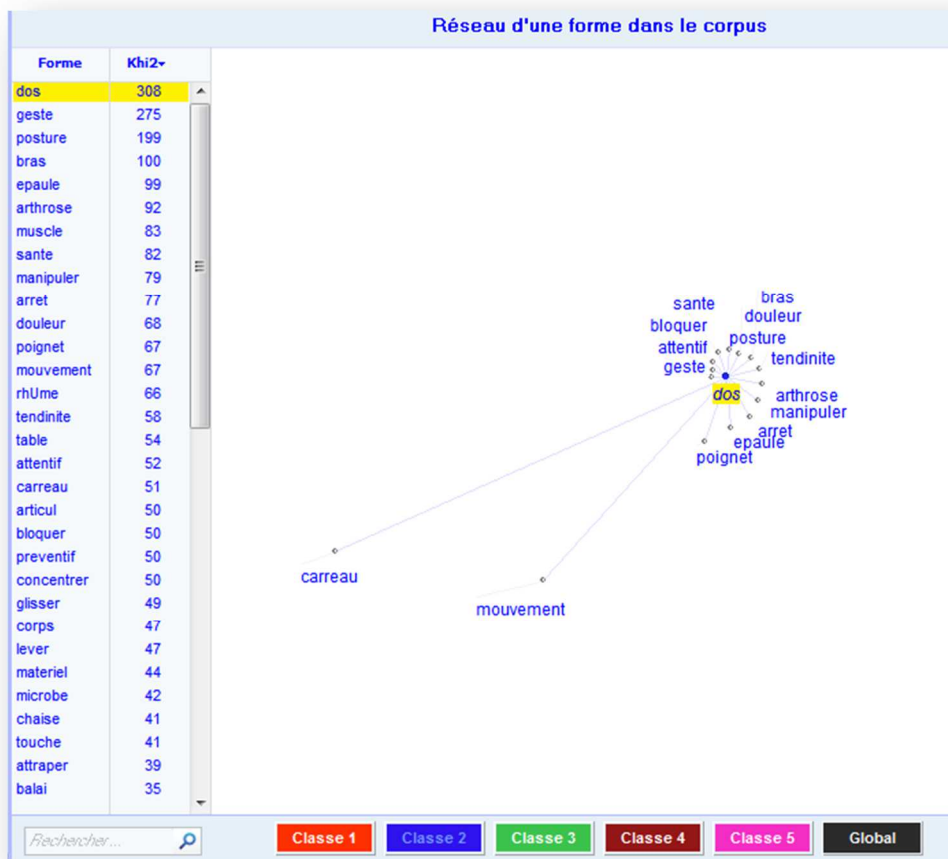


Figure 13 : Réseau de forme et mots significatifs de la Classe 2 « santé physique »

Cette classe thématique regroupe les verbatims caractérisés par la déclaration des effets du travail sur la santé des aides à domicile qui a pour tous été définie au moins (et souvent en priorité) dans sa dimension physique. Cette classe présente également les liens effectués entre la santé et les stratégies préventives liées aux gestes et postures à mettre en œuvre.

4.3.3. Conditions de travail et rapport au temps dans la vie professionnelle et personnelle

La troisième classe, matérialisée en vert, représente 32% (la majorité) des unités textuelles classées. Ses mots significatifs rapportent à des temporalités comme « heure », « matin », « soir », « route », « journée » et « retard ». Cette classe recense des vocables utilisés par les personnes interrogées pour aborder les conditions de travail et les impacts sur la vie extra-professionnelle. Les catégories de mots les plus significatives sont les indicateurs de jours et de mois (« midi », « vendredi », « après-midi », « lundi », etc.) et les noms tels que « heure », « fois », « temps », « journée », « jour ». Le réseau de forme du mot présentant le Khi² le plus fort, présenté en figure 14, ainsi que les mots significatifs de la colonne de gauche, illustrent les vocables majeurs du discours de cette classe. Les signifiants tels que

« route », « voiture », « retard », « manger » et « dormir » témoignent du discours relevant des effets de la pression temporelle sur le quotidien du professionnel.

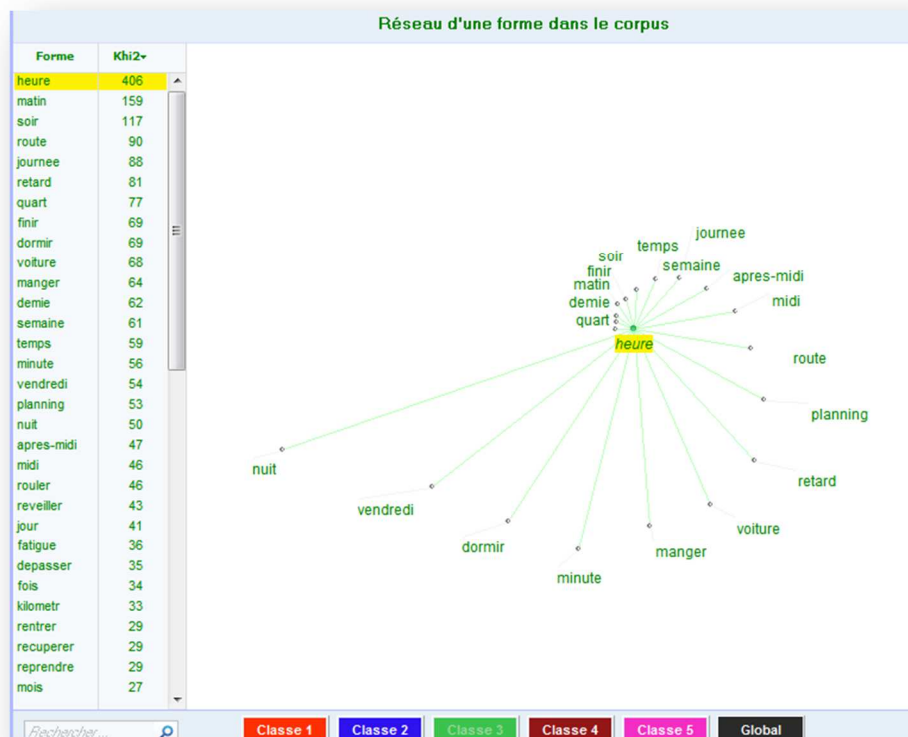


Figure 14 : Réseau de forme et mots significatifs de la Classe 3 « temps et conditions de travail »

Cette prégnance est confirmée par l’analyse de Tropes, dont le premier univers de référence, c’est-à-dire celui qui permet de caractériser le contexte général, est celui du temps, avec 2887 occurrences sur 223431 qui composent le discours (1,29%). Ainsi, les questions temporelles, même si non abordées directement sont centrales dans le discours. Nous verrons à suivre que ces dimensions ont un effet majeur sur la santé au travail, physique certes, mais plus souvent psychique, du fait de la pression qui y est liée.

L’analyse de contenu thématique a permis de caractériser ces références temporelles comme liées aux descriptions et aux conditions de travail, ainsi qu’aux activités extraprofessionnelles. Le sujet du temps constitue un contexte significatif du discours de l’ensemble des aides à domicile.

4.3.4. Métier, formation et activités

La classe 4, représentée en marron, représente elle 17% des unités textuelles classées, marquée par des mots comme « femme », « domicile », « an », « formation », « jeune », « auxiliaire de vie ». Cette classe représente des discours portant sur le métier et la formation. Les catégories de mots les plus significatives se constituent d’indicateurs de famille tels que « mère », « maman », « père », « papa » et des marqueurs

de personne comme « je », « moi », « elle », « il ». Ces catégories illustrent la part relationnelle abordée en référence au métier, dans le rapport spécifique à la personne aidée et l'environnement de celle-ci, comme l'extraction du réseau de forme du mot principal « femme » et le tableau des mots significatifs l'indiquent dans la modélisation suivante (figure 15). Notons que le vocable « femme » peut faire ponctuellement référence à « femme de ménage », quand des points de suspensions ou des hésitations ont empêché le paramétrage en « femme de ménage », du fait d'un nom respect de la casse.

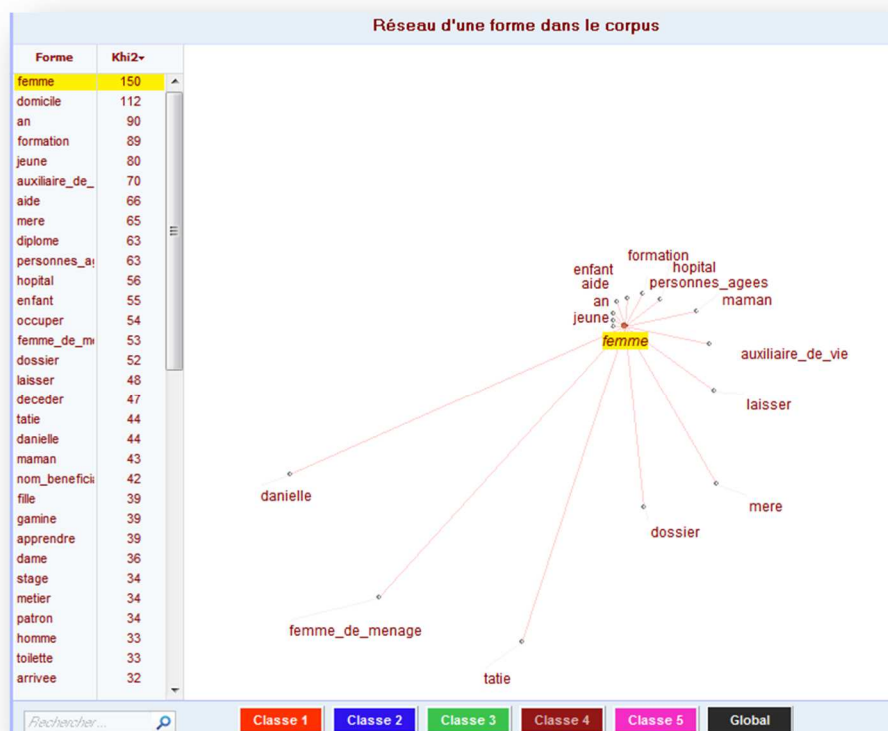


Figure 15 : Réseau de forme et mots significatifs de la Classe 4 « métier, relations et activités »

Cette classe caractérise le discours portant globalement sur le métier d'aide à domicile, au travers des relations à la personne aidée. Le vocable « an » réfère à une temporalité (année) qui participe à décrire le lien à la formation. Les descriptions de situations au domicile sont fréquentes dans cette classe. La question de la reconnaissance au travail y est également sous-jacente lorsque la formation et le travail de *care* ne sont pas reconnus. Dans l'analyse de contenu thématique, des extractions représentent le discours abordé essentiellement lorsqu'il était discuté le plaisir et les difficultés liés au métier ; moment pendant lequel les aides à domicile s'appuyaient sur beaucoup d'exemples concrets du vécu professionnel. Cette classe caractérise donc la thématique relationnelle en lien avec les personnes aidées et leur environnement.

4.3.5. Relations institutionnelles et (non) communication

Enfin, la dernière classe caractérisant le corpus global des entretiens est matérialisée en rose, et représente 21% des unités textuelles classées, marquée par les mots tels que « réunion », « parler », « collègue », « service », « équipe », « secteur », et réfère donc majoritairement aux relations de travail et au soutien social. Les catégories de mots les plus significatives se caractérisent par des démonstratifs, infinis et relatifs tels que « on », « ça », « en » et « voilà », ainsi que des mots outils non classés comme « bon », « avec », « entre », « mal », « madame ». Le réseau de forme du mot le plus puissant de la classe (« réunion ») et les mots significatifs sont présentés en figure 42¹²¹. Les mots regroupent des vocables de personnes et d'indicateurs de communication verbale (« parler », « appeler », « téléphone ») et écrite (« cahier », pour cahier de liaison, ndlr). L'analyse de contenu thématique préalable avait permis de constater que c'est le manque associé aux rencontres et aux réunions qui traduit plus fidèlement le discours des aides à domicile. Ainsi, le partage et la communication sont en fait réduits, et s'illustrent dans l'utilisation importante de formes négatives, ou dans la précision que la fréquence des événements est rare. De manière générale, cette classe traduit des situations et des ressentis associés à la composante relationnelle de l'emploi, mais en lien avec l'équipe de travail, qu'elle soit considérée comme caractérisée par les collègues ou le responsable hiérarchique.

4.4. Profils les plus représentatifs du discours classé

Des profils représentatifs par classe sont également mis en évidence sous Alceste, qui permet d'affiner des spécificités de sujets abordés (figure 16), suivant le profil des aides à domicile, caractérisés selon leur expérience, leur catégorie d'emploi ou le contexte d'exercice (environnement rural, urbain, etc.).



Figure 16 : Profils représentatifs des classes d'énoncés significatives

¹²¹ Cette figure est exploitée plus précisément dans le point portant sur le soutien social et la communication dans le Chapitre 6.

Ainsi, la classe 1, qui rassemble des indicateurs de stress et plus largement de souffrance morale est majoritairement abordée par des auxiliaires de vie sociale (individus n°4, 5 et 31¹²²). L'individu n° 23 est une employée à domicile. Notons qu'aucun novice n'est représentatif de cette catégorie. L'analyse plus précise portée sur les discours à suivre révèle toutefois, grâce à l'utilisation des logiciels lexicographiques que c'est dans le non-dit que s'est souvent exprimée la souffrance des agents.

Dans la classe 2, concernant la santé physique, les individus les plus représentatifs sont exclusivement des agents de catégorie A (n°18 et 20). La classe 3 (temporalités) ne semble pas justifier de critères caractéristiques (les individus les plus représentés ont des profils différents, à l'exception du fait qu'aucun n'est novice). Pas de spécificité apparente non plus pour la classe 4 (métier, relation d'aide et travail), si ce n'est que 3 des 4 individus les plus représentatifs exercent en milieu rural (n° 2, 19, 27).

Ainsi, des tendances apparaissent déjà d'une souffrance morale abordée de manière plus spécifique chez les AVS, alors que la santé physique caractérise davantage le discours des agents a priori affectés à des missions d'entretien auprès de personnes autonomes. Le rapport au temps semble une composante généraliste des métiers, tout comme le rapport à la relation d'aide.

4.5. Sujets abordés dans les thématiques

L'extraction lexicale effectuée sous Tropes V8 permet de préciser les sujets abordés (colonne « thèmes ») et relevés au terme de l'analyse de contenu thématique et de l'analyse lexicographique globale effectuée sous Alceste 2015. Nous illustrons ces thèmes des mots fréquemment associés (colonne « mots »), dont l'ensemble est présenté dans le tableau 7.

Cette fois encore, la thématique du temps est majeure et illustre des situations portant sur les conditions de travail des aides à domicile qui s'expriment souvent perturbés par la pression du temps et l'enchaînement des interventions. Le troisième thème porte sur les relations de manière générale. Les quatrième et cinquième thèmes illustrent eux les sujets de la santé psychologique et du stress au travail dont les vocables traduisent souvent une tendance à la souffrance. L'emploi poursuit la caractérisation thématique du discours qui est renforcé en réalité des signifiants portant sur le ménage (à tort classifié dans le groupe « famille » dans le logiciel). L'emploi représente les sujets liés au métier et aux conditions dans lesquels il s'opère. Le thème « famille » regroupe en majorité l'environnement des personnes aidées (leurs enfants) et parfois la famille de l'aide à domicile elle-même (très ponctuel). Le « groupe social » caractérise les discours portant sur les collègues, les relations institutionnelles mais également les personnes âgées. Dans une moindre mesure, les temps d'échanges avec le collectif de travail complètent

¹²² Nous invitons le lecteur à se référer au tableau de correspondance s'il souhaite identifier les caractéristiques des individus numérotés différemment sous Alceste (Cf. annexe CH5B)

la caractérisation du discours, comme l'expression de composantes physiques de la santé au travail ainsi que les vocables faisant référence au lieu de travail, souvent évoqués dans la description de situation avec les personnes aidées.

Thèmes	Fréquence	Mots illustrant le thème (exemples relevés dans le corpus)
Temps	2887	Matin, jours, journée, mois, temps, heure, demi-heure, années, minutes
Paix (calme)	1655	Silence ¹²³
Gens	1581	Gens, personne(s), monde, untel, quelqu'un
Santé	1299	Alzheimer, dépressif, stress, médicaments, escarre, soin, infirmier, maladie
Sentiment	1176	Plaisir, confiance, douleur, souci, anxiété, bien-être, bonheur, peur, horreur
Emploi	1033	Travail, boulot, conditions de travail, métier, temps partiel, heures sup'
Famille	670	Ménage ¹²⁴ , fille, mère, maman, mari, famille, grand-mère
Groupe social	526	Collègue, association, binôme, personnes âgées
Communication	392	Réunion(s), histoires, infos/information(s), entente, communication, paroles
Corps	384	Genou, front, jambes, tête, main, muscles, bras, articulations, estomac
Habitat (contexte)	323	Chambre, salle de bain, sanitaire, maison, domicile

Tableau 7 : Thèmes principaux du corpus (analyse Tropes)

4.6. Une place au discours non verbal

Lors des entretiens, nous avons été surpris de l'intensité du comportement non verbal chez beaucoup d'aides à domicile dont le discours présentait parfois de nombreux (voire de longs) silences. Cela nous a conduit lors des transcriptions à spécifier les silences et les rires notamment, afin d'en faire une analyse plus précise et d'en identifier les liens. L'analyse de contenu thématique a mis en évidence que ces silences étaient plus importants dans la première partie des entretiens qui portaient sur les sujets de la santé et du stress au travail. L'analyse lexicographique nous a permis plus de finesse dans l'analyse du discours non verbal ainsi retranscrit. Ainsi, l'outil Tropes V8 permet de confirmer l'usage important du silence dans le discours, traduit par le thème « paix » (dont l'arborescence dans le logiciel le traduit par « calme »), alors que ce regroupement est en deuxième position en termes de fréquence. Nous verrons à suivre que ces silences ont des sens différents et peuvent traduire une retenue, une gêne ou un temps de réflexion. Nous avons alors effectué une recherche sur l'environnement du signifiant « *silence* ». Ce dernier est lié à des indicateurs de souffrance, non verbale, au-delà de signifiants tels que « *stress* », « *angoisse* », « *pression* », « *douleur* ».

¹²³ Unique référence associée

¹²⁴ On relève ici que le logiciel traduit le ménage au sens de la famille, hors le terme est utilisé au sens de l'activité domestique, dont le transfert devrait renforcer le thème « emploi » qui le précède.

Nous avons alors spécifiquement porté notre attention sur les indices non verbaux qui ont été transcrits dans les entretiens (silence, long silence, rire, éclaircissement de voix, touche du bois), ainsi que sur les onomatopées (ben, pff, euh...). La référence « euh » étant ignorée sous Tropes, le logiciel Nvivo10 nous a permis de compléter la quantification des références de ces types les plus utilisées d'après une requête effectuée sous Nvivo10 intégrée dans le tableau suivant (8).

Références	Fréquence (nombre d'occurrences)	Couverture du corpus
Euh	9293	2.2%
Ben	2780	1.65%
Silence	1637	0.9%
Rire	929	0.3%
Ah	670	0.1%
Pff	360	0.1%
Eclaircissement de voix	42	0.05%

Tableau 8 : Indices non verbaux dans le corpus (requête Nvivo 10)

Cette extraction indique que les indices non verbaux sont nombreux dans le corpus. L'analyse de contenu a montré que ces derniers pouvaient traduire dans un premier temps de la gêne ou des temps de réflexion qui contribuent à nuancer le discours.



Figure 17 : Nuage de mots du corpus intégral (5 lettre et plus)

En complément, une extraction du nuage de mots caractéristiques des signifiants de 5 lettres et plus du corpus, effectué sous le même logiciel (figure 17), illustre bien la prévalence du silence dans le discours (beaucoup de mots de moins de 5 lettres représentant souvent des mots outils), alors que cette référence non verbale domine le discours ainsi paramétré. La taille définit l'importance des mots dans le discours et sa représentativité. La localisation centrale et plus grande de la référence « *silence* » en illustre sa présence significative.

De plus, d'après une autre modélisation (figure 18) effectuée sous Tropes sur le groupe « *calme* »¹²⁵, on peut par ailleurs identifier que les indicateurs du silence (traduit par *calme* sous Tropes) sont associés à d'autres thématiques dont les références associées permettent d'identifier qu'ils constituent des sources de stress et/ou de difficultés relevant de dimensions relationnelles du métier (à la personne aidée et l'équipe de travail), aux conditions de travail et aux problèmes rencontrés dans le métier.

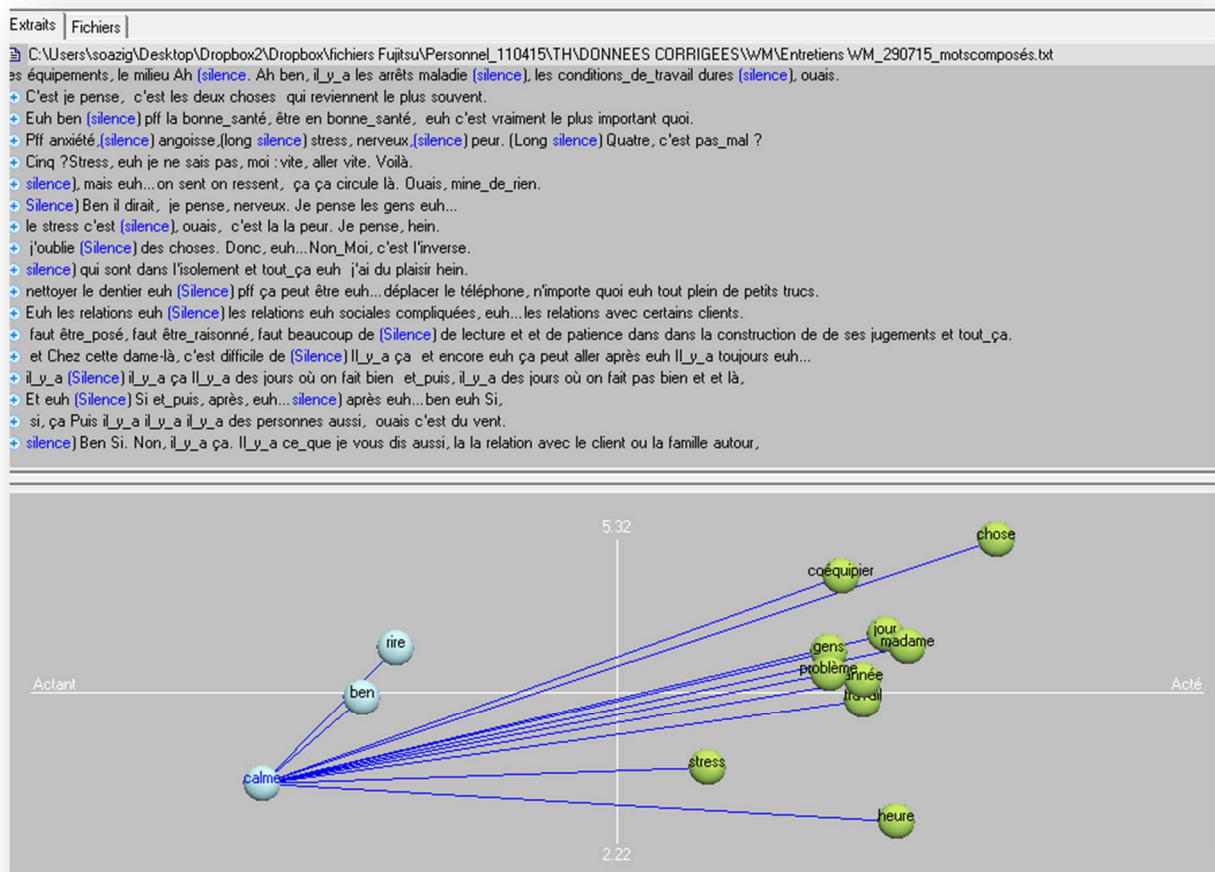


Figure 18 : Le silence révélateur des problématiques relationnelles et du rapport au temps

¹²⁵ Sous Tropes, « *calme* » est une déclinaison de l'arborescence de classement lié à « *paix* ».

Pour indice de lecture, la codification se traduit comme suit : la sphère « coéquipiers » fait référence aux collègues ; la sphère « gens, madame », dans le cas présent, plutôt les personnes aidées et leur famille ; « jours, année, heure » aux marqueurs temporels du discours et des conditions de travail ; « problème » aux difficultés et aux problèmes ; et, enfin, « travail » regroupe des extraits de verbatims portant sur le métier et l'activité. Cette modélisation permet d'identifier les liens entre les signifiants. La proximité schématique représente également la proximité entre les sujets dans le corpus. Le condensé des signifiants relevant des personnes aidées et des collègues, avec les indicateurs temporels et les problèmes, indiquent bien là les sources de souffrance majoritaires des aides à domicile, en rapport à la temporalité et aux relations aux bénéficiaires comme aux collègues.

Les rires constituent également des indicateurs de souffrance, par la gêne qu'ils visent à camoufler, et/ou par l'absurdité de ce qui semble être relaté. Ainsi, pour illustration, on peut relever aléatoirement dans le verbatim :

« Voilà, toutes les interventions comme celle-là, alors là, moi j'arrête (rire). », conclut CORENTIN alors qu'il décrit des difficultés relationnelles avec une personne aidée.

« Ça, c'est de plus en plus vite, euh... plus de moderne, moins de corps humain à travailler, plus de machines informatiques et robotisées et tout. (Rire) Ça, c'est clair. Et après, on dit « les gens sont stressés ». Mais, oui, forcément, (rire) on nous dit toujours « vite ! ». » (CARLA)

« Ben, quelque part, j'ai l'impression que je suis une bobonne, quoi ! (rire) Voilà... voilà. » (ALEXIA)

Par ailleurs, la modélisation à suivre (figure 19) indique que les rires sont liés au silence (bulle « calme »), mais aussi au signifiant « stress », aux indices relationnels « coéquipiers » (fait référence aux collègues de travail) et « gens » (majoritairement les personnes aidées), et au « problème ».

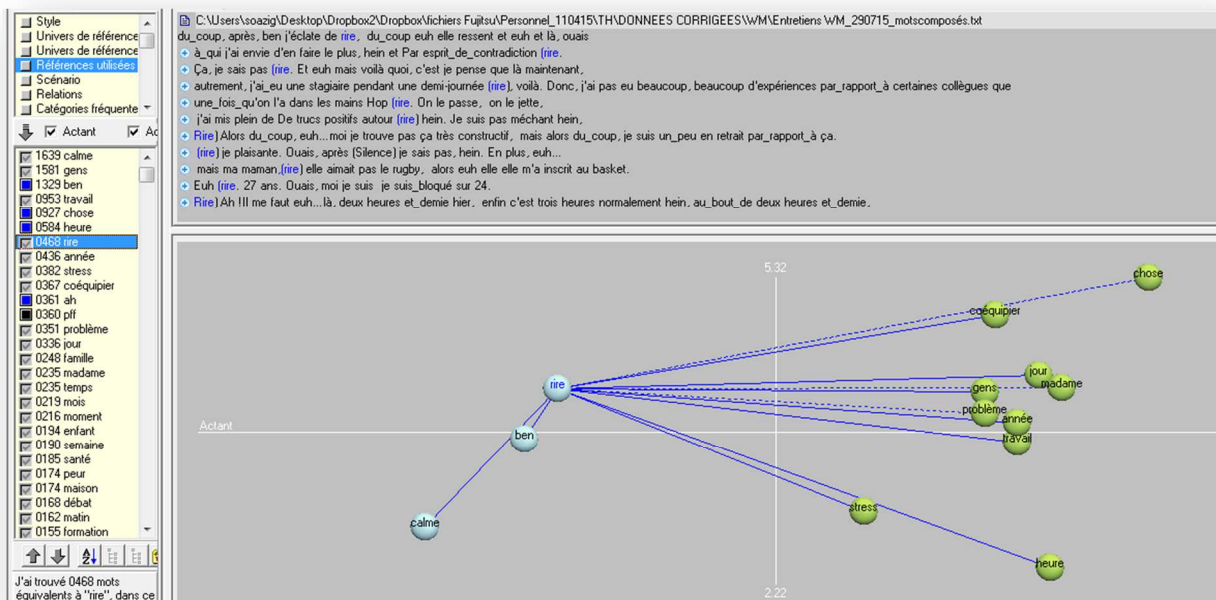


Figure 19 : Le rire qui cache la gêne et la souffrance

Le discours non verbal contribue donc aussi à identifier l'existence de souffrance et de non-dits dont nous verrons à suivre qu'ils sont un (non) moyen d'expression des agents à domicile.

5. Conclusion du chapitre 5

L'analyse globale des données qualitatives permet donc d'initier une analyse plus ciblée des résultats des hypothèses travaillées. Ces premiers éléments permettent toutefois d'ores et déjà d'identifier des tendances confirmant nos hypothèses justifiant la vulnérabilité des aides à domicile dont le quotidien professionnel est contrarié des conditions temporelles et relationnelles du travail.

Des spécificités se dégagent également au travers de la variable de la catégorie d'emploi (ex : les AVS s'expriment davantage sur des souffrances morales). Nous poursuivons le traitement des données en lien avec les hypothèses énoncées dans la méthodologie qui organisent également les résultats de l'analyse de contenu thématique qui a été menée en premier lieu et qui a permis de construire le plan du chapitre 6, la première partie portant sur le lien entre la souffrance au travail et le temps ainsi que les relations de travail que celles-ci concernent les personnes aidées ou l'équipe professionnelle.

Nous précisons les résultats de l'analyse de contenu avec les données quantitatives quand cela est jugé nécessaire et pertinent pour nuancer ou généraliser les résultats contribuant à valider nos hypothèses. De même, l'usage des outils de traitement lexical est associé afin de préciser et/ou illustrer les résultats, au moyen de requêtes spécifiques effectuées sur le corpus qualitatif.

Chapitre 6 : Analyse et interprétation des résultats

1. Le temps et les relations sont facteurs de stress

Le traitement des résultats lexicaux permet d'identifier le temps et les relations comme facteurs de souffrance chez les aides à domicile.

Le recueil de données quantitatives complémentaires par voie de questionnaires auprès d'un échantillon élargi de 96 aides à domicile a de plus permis de préciser que les problématiques relationnelles et humaines étaient les plus importantes, comme illustré dans la figure à suivre (extraite avec le logiciel Sphinx iQ) qui identifie les réponses des 94 aides à domicile ayant répondu à la question ci-dessous (figure 20).

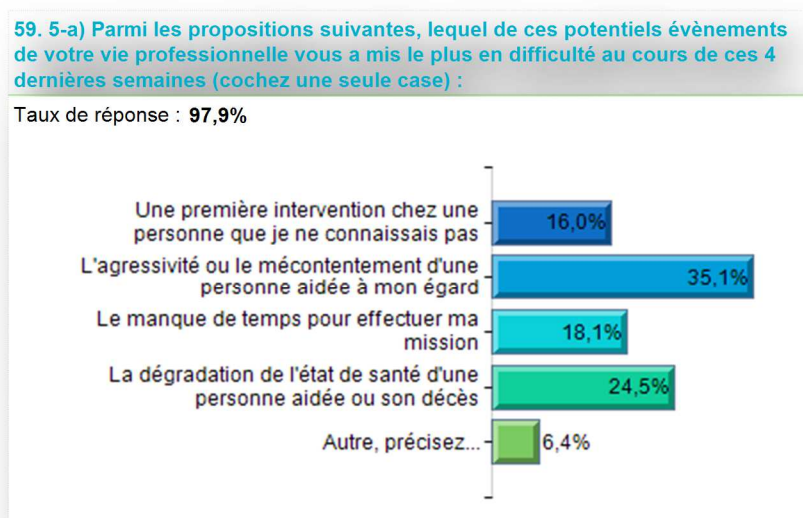


Figure 20 : Evènements problématiques rencontrés par les aides à domicile au cours du dernier mois

Ainsi, la composante interactionnelle complexifie le quotidien professionnel de la moitié de l'effectif, et plus globalement, le rapport à l'aidé en représente les trois quarts si l'on ajoute les conséquences de la détérioration de la santé de la personne accompagnée. La pression du temps ne caractérise dans ce panel qu'un cinquième des sources de difficultés récentes.

Pour autant, les indices temporels sont majeurs dans le discours des aides à domicile rencontrés en entretien.

1.1. La pression temporelle

Les éléments se rapportant au temps sont nombreux dans le discours. L'analyse d'Alceste en a d'ailleurs dégagé une classe spécifique (Classe 3, code vert, 32% d'explication du discours). Les indices temporels recouvrent des notions d'âge (« *ancienneté* », « *âgé* », « *adulte* »), de dates (jours, mois, années), de durée (« *délai* », « *retard* », « *heure* »), de période (« *après-midi* », « *matin* », « *époque* », « *semaine* », « *week-end* »), d'horaire et de temps.

L'analyse de ce même corpus effectué sous Tropes décline le « temps » comme se rattachant par ailleurs à un certain nombre de signifiants évoquant une souffrance morale, comme illustré dans la modélisation suivante (figure 21).

En effet, la sphère « temps » est fortement liée au « stress », et celle du « silence » précède l'évocation de ces sujets, qui peuvent également engendrer des rires qui peuvent signifier une certaine gêne dans le discours.

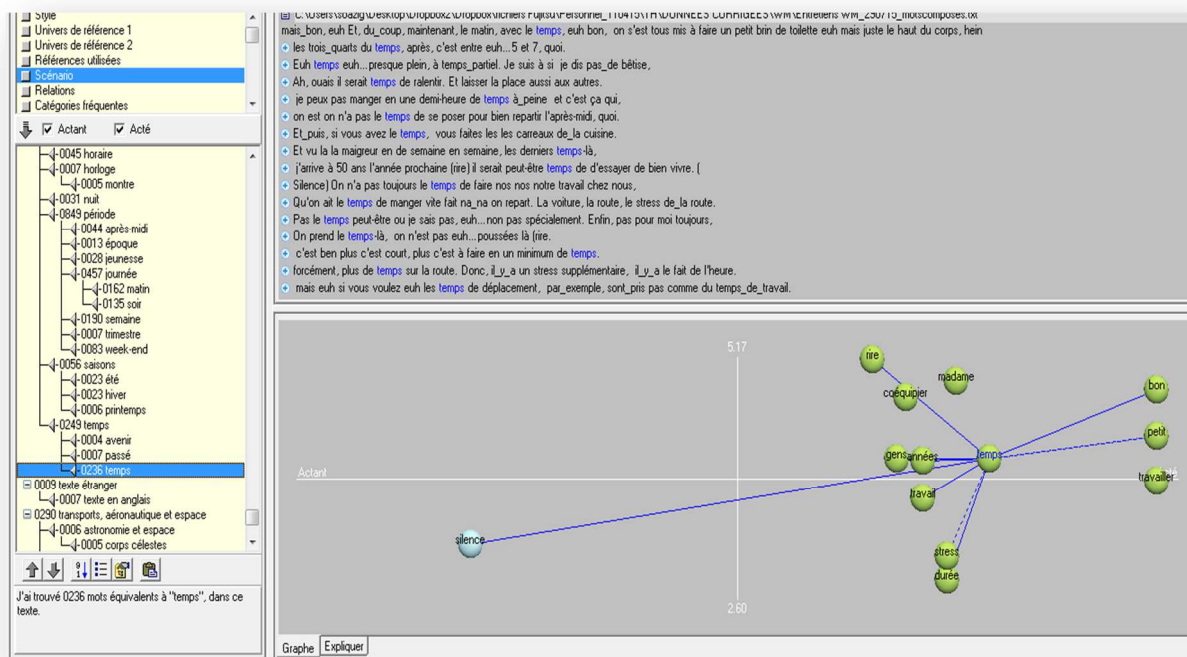


Figure 21 : Modélisation du temps

L'analyse de contenu a révélé que ces indices temporels sont liés aux conditions de travail, et plus particulièrement au poids que peuvent faire peser les planning d'intervention, ainsi que les impacts du temps de travail sur les temps personnels. Ces résultats confirment donc nos hypothèses.

1.1.1. Le planning et les conditions de travail

Le planning est source de stress, du fait qu'il fait l'objet de nombreux changements, notamment des suites de l'absentéisme des collègues et des variations d'activités, qui peuvent alterner entre cadence soutenue et réduction du nombre d'interventions.

« ben, il y a des fois, on est un peu plus que chargé, d'autres fois, on est moins et... c'est vrai que c'est un peu... pff... il y a des moments, c'est stressant, quoi, parce qu'on se dit, là, cette semaine, là, on a beaucoup de travail, et la semaine d'après, on n'en a pas beaucoup. Enfin... on sait que ça varie euh... Mais, c'est vrai qu'il y a des moments, c'est... c'est lourd, quoi. » (BONNIE) [1] [2]¹²⁶

Ces changements contraignent par ailleurs la vie quotidienne des aides à domicile, par les répercussions que ces plannings ont sur la vie personnelle :

« (Silence) Le changement intempestif de planning et le fait que nous n'avons... pas de vie euh... sociale. Un simple exemple, vendredi, mon planning a été changé euh... 5 fois en 1 heure. » (BÉATRICE) [3] [4]

La synapsie¹²⁷ (figure 22), extraite sous Nvivo10 sur l'intégralité du corpus en ce qui concerne le mot « planning » illustre différentes références qui y sont rattachées. Sont annotées en rouge les expressions négativement attachées (pression du temps, manque de contrôle sur le planning, impacts négatifs), et en vert ce qui est vu plutôt favorablement – comme un gain d'autonomie ou un effort d'ajustement par les responsables par exemple. Les références négatives sont plus nombreuses et témoignent de conditions de travail complexifiées du rapport au temps conditionné par un planning qui peut changer sans cesse et qui fait craindre la sonnerie du téléphone. [5]

Les aspects positifs s'illustrent moins souvent mais se traduisent par un effort du responsable hiérarchique à faciliter la planification et leur modification en cas de besoin ; ou bien au travers de l'autonomie laissée sur ce point aux aides à domicile. Certaines structures, à l'activité plus importante, réduisent toutefois cette latitude de modification par l'aide à domicile elle-même, et est plutôt réservée aux aides à domicile qui interviennent en zone rurale où l'activité est moins dense. Une activité du service soutenue du fait de nombreuses prises en charge ou conséquente de l'absentéisme des salariés entraîne donc une souffrance psychologique chez les aides à domicile dont le planning est dense ou régulièrement bousculé.

¹²⁶ Plusieurs citations du corpus sont intégrées au document principal à des fins illustratives des analyses. Toutefois, afin de ne pas alourdir ce chapitre tout en laissant accès à des exemples complémentaires, nous avons rassemblé les citations notifiées sous cette forme [nombre] dans l'annexe CH6.G, du tome 2.

¹²⁷ Les synapsies permettent de rassembler l'ensemble des propos associés au mot (ou l'expression) recherché(e). Les éléments de gauche caractérise le discours qui précède le mot ou l'expression requêtée, et les éléments de droite, celui qui y succède.

1.1.2. Le temps professionnel ménagé et le temps personnel dévoré

L'autre versant du rapport au temps concerne la conciliation des sphères de vie, entre travail et vie personnelle. Il résulte de l'analyse de contenu thématique que le vécu quotidien, tout ce qui a été contenu, rencontré, encaissé conduit à un épuisement du professionnel qui ne parvient pas toujours à se délester de la charge émotionnelle du jour en rentrant chez lui. Les répercussions de la souffrance vécue sur le lieu de travail peuvent être relationnelles, alors que l'aide à domicile renvoie sur les siens ce qu'il n'a pu exprimer aux personnes aidées de leur frustration. [6] [7]

De même, la fatigue éprouvée peut entraîner que l'aide à domicile n'ait plus la force de faire les tâches quotidiennes – et donc de prendre soin ? – de son propre chez soi. [8]

Pour de très nombreux aides à domicile, la question de la conciliation entre la vie personnelle et professionnelle est contrariée voire impossible. Beaucoup n'ont pas la possibilité d'exercer des activités extraprofessionnelles du fait des horaires complexes et changeants, de la fatigue générée par le travail physique et moral, ainsi que du fait de la responsabilité familiale, qui réduisent la prise de temps pour soi, qui s'avèrerait pourtant nécessaire du fait des souffrances identifiées chez ces professionnels. La problématique des plannings changeants ou aux amplitudes étendues font obstacle à la possibilité de se réaliser socialement en dehors du travail. Plus loin même, cela contrarie la vie familiale, du fait des répercussions de la pression de la journée quand on perd patience avec les enfants. Enfin, cela minimise même les comportements de santé personnelle, alors qu'il est difficile de prévoir un rendez-vous chez le médecin. L'extrait de l'entretien suivant illustre bien la difficulté de se prévoir des temps pour soi en dehors d'une activité professionnelle dévorante sur le plan du temps :

« Pourtant, j'ai voulu en faire [ndlr : du sport], mais on n'a pas le temps. Parce qu'on n'a pas de... jour fixe de repos, on finit à 8 heures le soir, donc euh... quand vous rentrez à 8 heures un quart euh... 8 heures et demie, vous avez autre chose à faire. Et puis, la fatigue, donc vous n'avez plus envie. Donc, euh... et puis, le week-end, euh... c'est pareil, vous travaillez un week-end sur trois, euh... vous pouvez pas avoir une activité. Il faut que ce soit quand même régulier donc, euh... donc il y a même pas possibilité d'avoir une activité, euh... [...] Moi, j'aurais aimé avoir, ouais... des journées fixes, quelque chose pour que je puisse euh... ouais, faire quelque chose quoi, une activité et autre. Puis, me dire, ce jour-là au moins, je peux prévoir ce que je veux. Parce que, là, c'est pareil, quand... on veut... prendre un rendez-vous, euh... les... les plannings, on les a... bon, là, c'est un peu mieux maintenant, mais... des fois, le vendredi... on l'a le vendredi après-midi pour le lundi quoi. Donc, euh... vous pouvez rien prévoir. » (CHANTAL)

Au-delà de cette contrainte temporelle, l'aspect relationnel peut aussi empiéter sur la vie personnelle et sociale. Les difficultés rencontrées dans la journée, qui peuvent procurer un stress, éprouvent certains aides à domicile qui ont du mal à ne plus penser au travail une fois rentré :

« Euh... (Silence) les difficultés... peut-être de plus y penser le soir en rentrant à la maison, peut-être. Mais c'est vrai, quand on rentre à la maison aussi, on est toujours euh... (Silence) euh... toujours un petit peu la

tête au boulot, quand même. Ouais. (Silence) Enfin... [...] Euh... oui, quand on a des cas un petit peu plus compliqués. Ou, des fois, des... chez des personnes chez qui ça se passe pas très, très bien. Des fois, ça peut arriver. Alors, des fois, à la maison, le soir, on se dit « mais qu'est-ce qu'on... a fait qui pourrait ne pas être euh... bien ou pas bien, quoi... ? » euh... ouais. (Silence) » (CORALIE)

Pour autant, plusieurs ont aussi exprimé prendre de la distance une fois rentrés à la maison, ou au moins, que c'est nécessaire. Nous verrons à suivre qu'en pratique, les expressions ouvertes laissent entrevoir des problématiques moins simples à gérer. [9]

Enfin, certains vont jusqu'à prendre sur leur temps personnel, pour poursuivre une relation de *care*... bénévolement, pour le bien-être de la personne, et pour soi-même, afin d'apaiser la crainte de l'inconnu d'une nouvelle intervention :

« Nous avons une dame qu'est sous tutelle, qu'il faut lui faire ses courses et... donc euh... je... là, j'intervenais le matin et j'ai vu qui manquait plein de choses, je suis allée hors... euh... pendant ma coupure, chercher des choses à cette dame » ; « chez la personne chez qui je vais... je dois être pour 6 heures, c'est... je vais en binôme exprès pour euh... voir comment la... ma collègue procède. Et ça, je... et je vais de moi-même, hein, je vais hors boulot, hein, parce qu'après je reprends chez une autre dame, j'ai un peu de temps et je vais exprès parce que, demain matin, je m'occupe de cette dame et je serais toute seule. Et je veux euh... dormir tranquille, être sûre de moi demain matin. » (BÉRENGÈRE).

Cette illustration traduit une stratégie de réduction de la peur qu'engendre une forme d'inconnu ou d'incontrôle tel que mis en évidence par Coon (1994) à l'image du policier qui ne peut être assuré au moment où il procède à une interpellation pour un simple contrôle, de ne faire l'objet d'une attaque de l'individu. Ici, l'investissement sur le temps personnel participe à réduire la peur de l'inconnu. Ainsi, si cette initiative constitue une perte de temps ou d'argent (non rémunéré), il traduit aussi un gain en ressources et quelque part un temps pour soi qui ne vise pas à se reposer mais à se préparer. En effet, à l'image des apports de Ruszniewski (2014), l'angoisse agit comme un « *pare-excitation* » qui permet au malade (ici l'anxieux) d'être armé psychologiquement et ainsi faire-face plus solidement aux effets délétères que provoque la surprise.

Ainsi, l'hypothèse portant sur les effets négatifs du temps sur la santé au travail est validée. Ils s'expriment au travers d'une pression de cadence et de contraintes portant sur la conciliation des sphères de vie qui affectent le bien-être des aides à domicile.

Toutefois, la seule pression du temps n'explique pas la souffrance rencontrée par les aides à domicile. L'analyse de contenu a permis de vérifier que les conséquences de l'interaction impactent également.

1.2. Les problématiques humaines et sociales

La composante relationnelle du métier est omniprésente dans le discours. Les relations s'engagent avec les personnes aidées, leur famille, les collègues ainsi que les personnels plus administratifs qui organisent leur travail. Chacun est tantôt source de souffrance, de plaisir et/ou de soutien.

1.2.1. Les personnes aidées

Quand on modélise les expressions liées à « personnes aidées », on retrouve diverses associations qui illustrent bien le discours des aides à domicile. Ainsi, la modélisation suivante effectuée sous Tropes V8 présente à gauche les éléments qui précèdent le signifiant « *personne(s) aidée(s)* », et à droite ce qui les succède (figure 23).

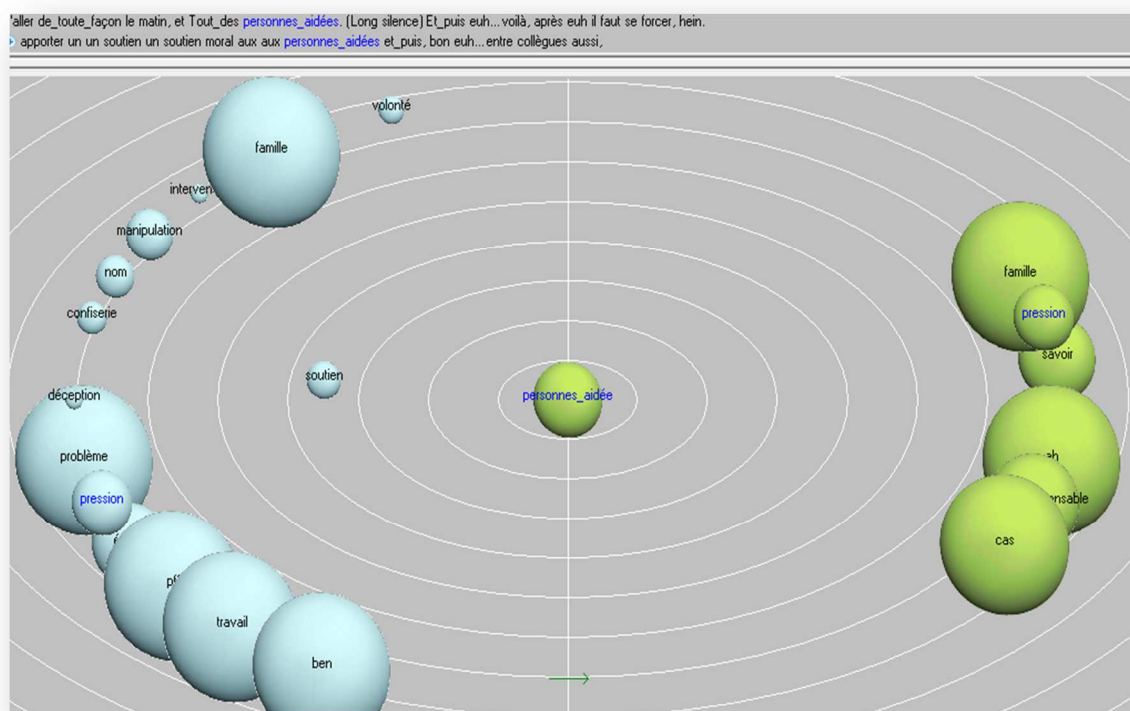


Figure 23 : Modélisation de l'environnement de la référence « personnes aidées » sous Tropes

La taille des sphères indique leur importance dans la relation au mot étudié. Une sphère plus large indique donc que les références de ce type étaient plus nombreuses dans le contexte du discours.

On retrouve avant et après le signifiant central des références à une souffrance morale illustrée par les sphères « pression », « pff » et « déception » (composée de « déception », « insatisfaction »). [10] [11] [12]

De même, un lien important existe entre personnes aidées et problème, illustrant le poids relationnel du métier. La sphère « problème » (établie majoritairement par les références « *problème(s)* » et « *difficulté(s)* »), est très représentée dans le discours, et se matérialise par sa taille importante dans la modélisation. Les références au « *responsable* », à droite (deuxième sphère en bas à droite), sont inhérentes à son intervention en cas de problème. [13] [14]

Par ailleurs, d'autres sources sont sujettes à difficultés. Les personnes aidées sont intégrées dans un discours où l'aide à domicile parle de son travail et de ses activités. Ainsi, la sphère « manipulation » évoque les transferts des personnes, la façon de les (aider à se) déplacer, ce qui est pénible physiquement. La sphère du soutien indique ce qu'expriment les aides à domicile concernant celui qu'ils apportent aux personnes. Représentée de manière plus petite, cela indique que cela est moins fréquemment rapporté dans le discours toutefois, comparé au ménage, identifié par la sphère « famille ».

Nous rappelons ici que la sphère « famille » est incorrectement référencée par le logiciel, les mots du verbatim associés étant quasi-exclusivement en référence au « *ménage* » (indiqué en bleu dans l'extraction présentée en annexe CH6A – « Modélisation de l'environnement de la référence « famille » et verbatim associé (Tropes) », considéré au sens de l'activité auprès de ces personnes et non à celui de l'entité familiale.

Les personnes aidées font donc partie du travail des aides à domicile, et sont à la fois essence de la relation d'aide et facteur de pression. Cela crée aussi de la peur, notamment lors des « premières interventions » où l'on doit rentrer chez « l'inconnu », ou dans la peur de ne pas être à la hauteur des collègues :

« le fait de... devoir s'adapter tout le temps, ça peut être stressant. Quand on arrive chez une personne et qu'on connaît pas, ça peut être stressant, ben... de se dire « ben... est-ce que je vais... réussir ? Est-ce que je vais gérer ? Est-ce que... sur qui je vais tomber ? » (Rire). Ça peut être stressant. » (ANNIE) [15]

1.2.2. L'environnement du domicile

L'environnement du domicile se caractérise essentiellement par les familles des personnes aidées, le parent, le conjoint, et fréquemment, les enfants. Ces dernières sont source de frustration et de souffrance pour beaucoup de professionnels qui ont pointé l'environnement proche de la famille comme porteur de pression, comme l'illustre par exemple une synapsie du corpus, réalisée avec Nvivo10 avec la requête de recherche textuelle « la+filles » (Cf. annexe CH6B – « Synapsie de la requête de recherche textuelle de « la fille »).

On y relève plusieurs indices indiquant que les exigences de la famille sont souvent mal vécues, alors que les aides à domicile perdent alors une part du sens de leur métier quand ils ont le sentiment de ne pas aider ou écouter les demandes des personnes âgées.

1.2.3. Organisation, collègue et hiérarchie

Enfin, les derniers interlocuteurs évoqués par les aides à domicile sont représentés en premier lieu par le responsable hiérarchique (perçu) direct (qu'il y ait lien de subordination ou non), puis, ensuite, les collègues. [16]

Les responsables sont les soutiens de premier ordre pour les aides à domicile. La relation de confiance est mise en avant comme un moyen d'apaiser la pression quand l'aide à domicile rencontre une difficulté. [17] [18] Beaucoup y font référence favorablement, d'autres, qui expriment de la frustration peuvent évoquer des éléments négatifs, notamment du fait des conditions de travail, dont l'organisation leur incombe, au travers du planning notamment. Toutefois, cela nécessite une forme de proximité que n'ont pas toutes les aides à domicile avec leur structure de rattachement. Le soutien s'effectue alors majoritairement par téléphone, ceci réduisant la composante relationnelle à la hiérarchie, qui peut venir à manquer, alors que les collègues sont également distants. Deux aides à domicile exerçant depuis longtemps le métier et ayant connu une configuration institutionnelle dans laquelle des bénévoles organisaient leur travail vivent par ailleurs la professionnalisation des anciens « responsables travail » comme une perte au sens relationnel, alors que le bénévole habitait le village mais que le nouveau manager a son bureau au siège de la structure, distante d'une demi-heure de trajet¹²⁸ :

« On n'a plus la même relation qu'on avait avec les bénévoles. Je dis... je dis pas que c'est pas mauvais, mais, il y a des choses, euh... par exemple on avait notre cellule d'écoute tous les mois avec nos bénévoles. On n'a plus, nous. Si ça va pas, c'est toujours par téléphone. » (CARLA)

S'en suivent donc les collègues – que l'« on » ne voit pas en réalité – et les représentants hiérarchiques décisionnaires, Président, ou autre Directeur de structure. Ceux qui font le plus référence à ces derniers interlocuteurs ont par ailleurs souvent témoigné d'une frustration au travail, d'autres occultant complètement cette « strate » de l'organisation, avec laquelle certains n'ont d'ailleurs jamais de relation.

« Ben... c'est vrai que... ben, les réunions de service euh... ouais, on en a besoin. C'est vrai que... c'est vrai que dans notre métier, on est souvent toute seule, quoi, donc euh... Les collègues, on les voit pas souvent, à part bon, ça va être des messages, des appels, mais on les voit pas physiquement. » (BRIGITTE)

Pour autant, leur rôle est important, car les échanges avec les pairs concourent à la résolution des situations problèmes sur un plan émotionnel – là où le responsable hiérarchique gère le nœud du conflit, de la difficulté ou du désaccord, ce que nous étayerons dans la partie portant sur les stratégies d'ajustement.

¹²⁸ Ce qui dans la région Bretagne représente beaucoup pour les habitants (comparativement à ce que connaissent du temps de route les personnes vivant en agglomération).

Ce sujet est abordé de manière significative par les employés à domicile et les auxiliaires de vie dont les entretiens, comparativement à ceux des agents à domicile, semblent distinguer une nouvelle problématique, associée à la dimension de l'accompagnement. Initié parfois par les agents à domicile, il semble que le sujet devienne source importante d'insatisfaction, voire de souffrance et de démobilisation chez les autres aides à domicile. Ces problématiques soulevées portent sur le sens donné à un métier non reconnu, où l'on considérerait l'aide à domicile, comme une « simple » femme de ménage, faisant fi de sa formation et de son rôle dans les dispositifs d'accompagnement, autrement dit, dans le plan d'aide.

1.2.5. **L'insuffisance de soutien social et la nébuleuse de « réunions »**

L'autre effet des contraintes interactionnelles est lié à l'insuffisance d'accès au soutien social. En théorie, le soutien social peut habituellement se trouver auprès de la famille, des amis et de l'environnement professionnel. L'analyse de contenu thématique a mis en évidence que les aides à domicile échangent très peu de leur travail avec leur famille, préférant faire scission – dans la mesure du possible – entre la journée de travail et le retour au domicile personnel, et avec leurs collègues. Cela peut s'exprimer par un réseau social pauvre (célibat, peu/pas d'amis, collègues non connus), par la majoration du temps de travail qui empiète sur les temps personnels où l'on pourrait créer ou entretenir les liens sociaux, ou par un refus de partager le vécu.

Le recueil quantitatif effectué auprès de 96 aides à domicile a par ailleurs permis de quantifier les fréquences de recours au soutien social de la famille et des amis. Les graphes à suivre (figure 25), extraits du rapport de Sphinx iQ montrent que la famille est privilégiée aux amis. Toutefois, environ la moitié de l'effectif ne parle pas à son environnement personnel, ou rarement. Un quart de l'effectif partage toutefois très régulièrement le vécu professionnel en famille. Cela apparaît peu. Pour autant, les fréquences de ces échanges sont jugées adéquates à 84% avec les amis et 77% avec les familles.

Ces interlocuteurs ne constituent donc pas une cible privilégiée en termes de soutien social en ce qui concerne les problématiques professionnelles, même si l'analyse de contenu thématique permet de préciser que lorsque la charge émotionnelle était trop forte (des suites d'un comportement agressif d'une personne âgée par exemple), le conjoint était malgré tout la personne à qui l'aide à domicile se confiait. Il est ici à distinguer de fait que « parler du travail » est très probablement entendu par les aides à domicile comme relevant du quotidien professionnel et des personnes accompagnées.

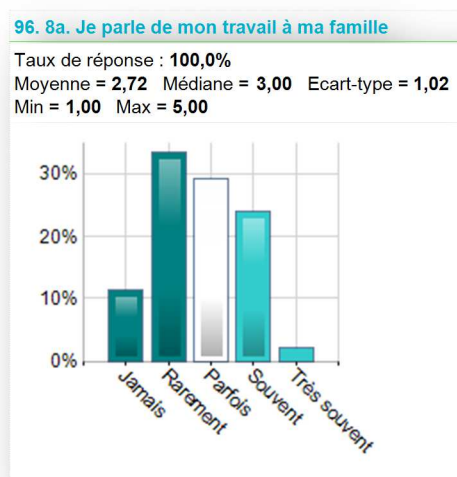
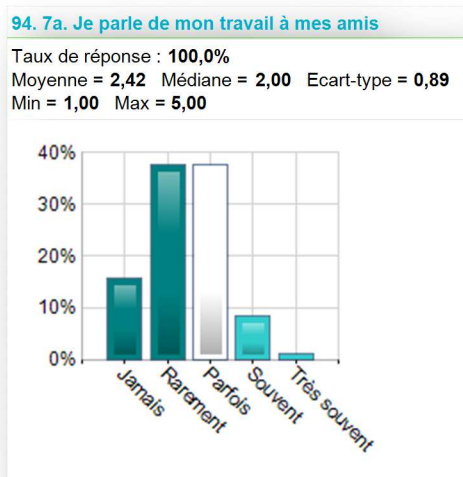


Figure 25 : Habitudes d'échanges sur le travail avec les amis et la famille

De plus, l'analyse de contenu thématique apporte des éléments complémentaires à ces données quantitatives. Ainsi, souvent, les aides à domicile ont expliqué ne pas parler du travail en dehors des collègues parce que cela n'y était pas autorisé. Cette autorisation apparaissant plus morale et parfois fantasmée par les professionnels rencontrés, alors que sur le terrain la règle est de ne pas divulguer d'information personnelle (nom de la personne aidée par exemple, état médical si la personne est connue, etc.), et non de ne pas s'exprimer... du tout. [23] [24] [25] [26]

Il existe donc une norme subjective liée au secret de la relation d'aide qui contraint les échanges que l'aide à domicile ne s'autorise pas, au bénéfice d'une relation privilégiée perçue préservée par cette retenue. L'extraction effectuée sous Nvivo10 sur la requête de recherche textuelle « *pas dire* » permet d'illustrer cela (figure 26). Certains éléments sont encadrés en rouge dans cette synopsis afin d'identifier le type de discours illustrant « ce qu'on ne peut pas dire ». On y constate qu'au-delà du motif de la nécessaire discrétion avec l'entourage, il est des vécus qu'on ne peut pas partager non plus (encore moins) avec la personne âgée, comme sa fatigue ou son énervement.

Ainsi, il reste plus accepté et/ou acceptable d'échanger avec les pairs qu'avec d'autres interlocuteurs pour s'assurer de rester conforme à la norme perçue du secret professionnel. Cette loi du silence qui se dessine pourrait résulter d'une forme d'idéologie défensive (Dejours, 2000), c'est-à-dire une norme à laquelle on adhère sous peine d'exclusion.

De fait, les résultats de l'enquête quantitative à propos de la fréquence des échanges sur le travail avec les collègues sont ainsi plus importants (seuls 20% échangent rarement ou jamais avec leurs pairs), comme illustré dans le graphe suivant (figure 27). Pour autant, cette fois-ci, même si les échanges sont plus nombreux qu'avec le réseau privé, ils sont cette fois jugés insuffisants pour plus de la moitié d'entre eux (52%).

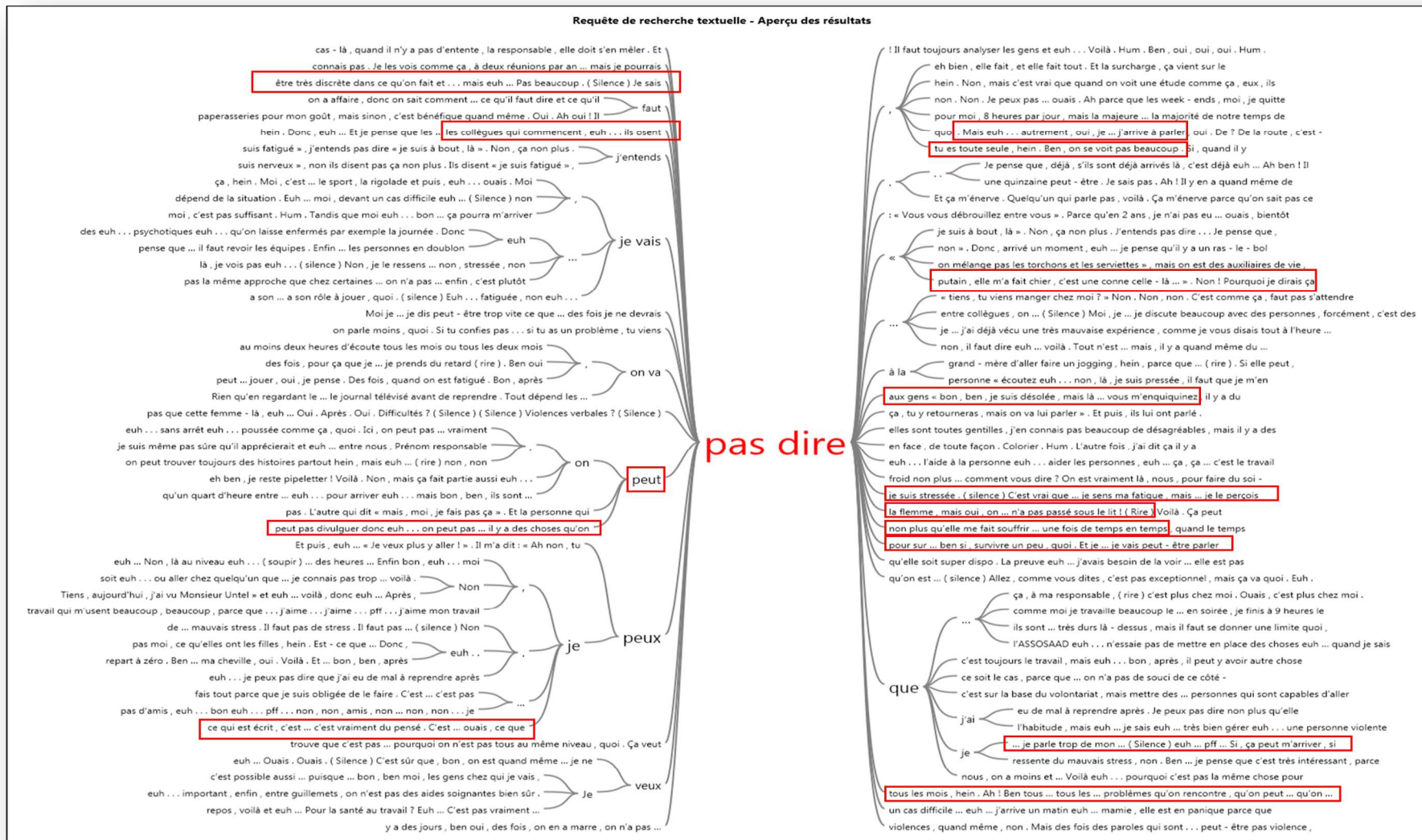


Figure 26 : Synapsie de la requête de recherche textuelle de « pas dire »

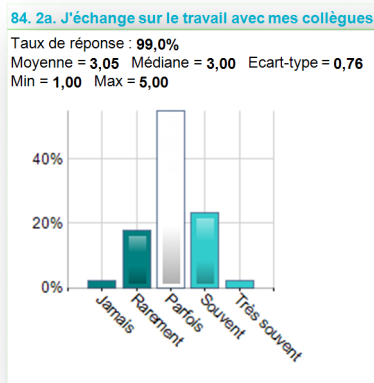


Figure 27 : Habitudes d'échanges sur le travail avec les collègues

Le collègue serait donc l'oreille et/ou le conseiller privilégié mais indisponible. Cela indique que la notion de discrétion à tenir est importante et impacte la nature des attentes et des relations avec les collègues parce que du fait du « secret », ils en deviennent les interlocuteurs privilégiés à qui se confier et avec qui échanger d'une situation professionnelle difficile, sans trahir leur obligation morale perçue du secret. [27] [28] L'échange avec le collègue est donc souhaité mais insuffisant. Ceci s'explique par des rencontres qui sont réduites, ce qui logiquement ne facilite pas les temps pour échanger.

Ainsi, d'après les représentations graphiques à suivre (figure 28), un tiers des aides à domicile rencontre rarement leurs collègues, et plus de la moitié seulement parfois. Moins de 15% rencontreraient régulièrement leurs collègues. Enfin, plus de la moitié juge ces fréquences insuffisantes, ce qui traduit la tendance à un accès au soutien social insuffisant, et un manque ressenti que les entretiens ont spontanément mis en évidence chez l'ensemble des aides à domicile rencontrés, entre la description des situations et la gêne ou la déception à identifier l'isolement professionnel. [29] [30]

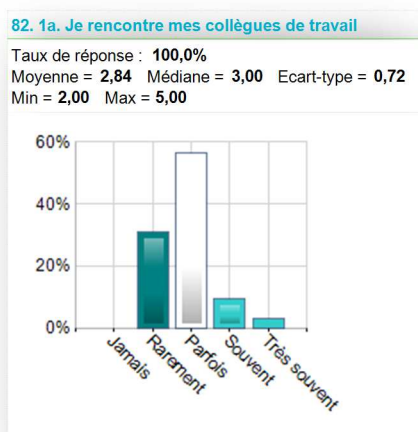


Figure 28 : Fréquence et satisfaction du nombre de rencontre avec les collègues

Or, la rencontre est indispensable à la possibilité d'échange. Les temps de réunion sont vécus comme une possibilité (pour la très grande majorité) de rencontrer et enfin connaître les collègues que l'on peut être amené à croiser. Le fait de la rencontre étant évoqué toujours au-delà de l'apport informationnel qui ne semble pas pour les aides à domicile rencontrés être le premier gain de ces moments de « partage ». Sauf dans le cas où la réunion permet d'échanger à propos des interventions chez les personnes âgées accompagnées chez lesquelles ils rencontrent des difficultés. L'expression des situations sert la pratique professionnelle et la gestion des émotions, alors que les aides à domicile peuvent déculpabiliser de se rendre compte qu'ils « ne sont pas les seuls ». [31]

Ces réunions sont donc socialement et professionnellement importantes pour les aides à domicile rencontrés, alors que quelques-uns ont pu évoquer qu'ils regrettaient que certains de leurs pairs ne s'y expriment pas.

La réunion (« de secteur », « de service », « droit d'expression » (référéncé sous expressif)), est l'occasion de « rencontrer » et « parler » avec les « collègues », comme l'illustre la modélisation effectuée sous Alceste 2015 (figure 29). Ces moments sont majoritairement appréciés des aides à domicile qui dépassent là le lien habituel entretenu par « téléphone », pour connaître leurs collègues et éviter les quiproquos que peuvent entraîner l'usage de l'écrit dans le cahier de transmission. [32] [33]

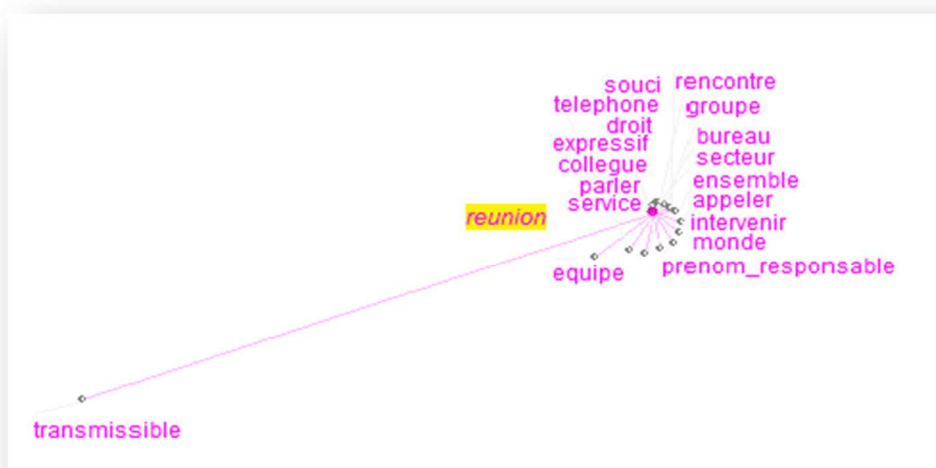


Figure 29 : Réseau de forme « réunion »

Toutefois, l'analyse de contenu thématique a mis en évidence que la clarté des objectifs des différents temps de rencontres n'est pas évidente pour les professionnels, qui en avaient des définitions différentes ou inconnues. De même, l'accès y est inégal alors que les fréquences rapportées divergent entre les différents aides à domicile rencontrés. Face à ces carences de rencontres des pairs, il est toutefois apparu que le transfert social se fait vers le responsable hiérarchique dont les occasions d'échanges sur les situations de travail et de rencontres sont plus élevées (figure 30).

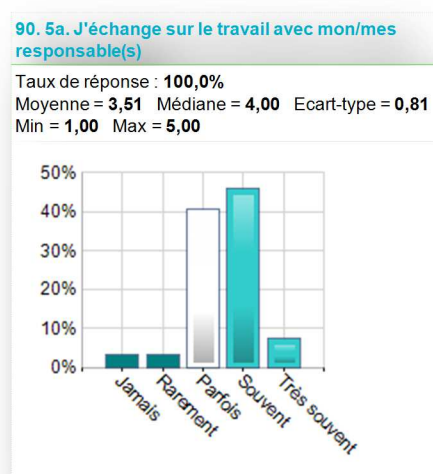
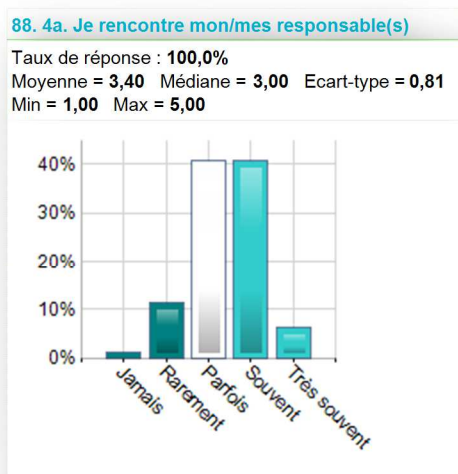


Figure 30 : Fréquence des communications avec le responsable

Ainsi, près de la moitié de l'effectif interrogé rencontre régulièrement (souvent à très souvent) son responsable, et plus de la moitié échange avec lui sur le travail à fréquence similaire. Les fréquences sont jugées adéquates par respectivement 83 et 80% des sondés. Ce qui apparaît élevé alors qu'environ la moitié de l'effectif ne bénéficie pas de ces avantages. Au regard des apports de l'analyse de contenu thématique, cela peut s'expliquer chez certains comme un moyen de se protéger que de ne pas partager ces temps et informations avec le responsable. Parfois du fait de la peur du jugement et/ou des représailles, voire de déranger son responsable. [34] [35] Cela peut constituer un risque de vulnérabilité alors que nous verrons que le soutien social constitue par ailleurs une stratégie d'adaptation aux situations problématiques rencontrées au travail. Ainsi, ces éléments complémentaires des relations professionnelles permettent de caractériser des tendances sur la nature, la qualité et la fréquence des relations avec les collègues et la hiérarchie. En majorité, ces caractéristiques s'illustrent par un manque général de relations et d'échanges, notamment avec les pairs ; ce qui constitue une source de difficultés dans la réalisation des tâches et la gestion des émotions conséquentes des relations à la personne âgée. Nous verrons dans le point portant sur les stratégies d'adaptation que le soutien social constitue pour autant une stratégie de faire face (exprimée) adoptée pour les employés à domicile et les Auxiliaires de vie dans l'enquête quantitative. Pour les autres, la carence entraîne un recours modéré à cette stratégie, que l'on comprend ici du fait d'un manque de disponibilité du réseau que l'aide à domicile pourrait s'autoriser à activer pour parler du travail, le réseau privé étant a priori mis de côté. La différence observée entre le recueil qualitatif et quantitatif pour la catégorie B pourrait trouver sens dans des échanges qui ont lieu mais qui ne donnent pas pour autant satisfaction, distinguant là la disponibilité et la qualité du soutien perçu. Une autre interprétation serait que l'aide à domicile à recours à d'autres supports de soutien social.

Ainsi, la qualité et la fréquence des relations avec les pairs et la hiérarchie sont liées à la santé psychique des aides à domicile. Le point sur les stratégies de coping permettra de préciser la

nature du recours au soutien social professionnel comme élément modérateur du stress au travail, entre une action visant le recueil informationnel, le moyen de résoudre un problème ou le soutien émotionnel.

1.3. Les contraintes interactionnelles

Les difficultés relationnelles touchent tous les interlocuteurs. Des nuances permettent de comprendre les ressentis des aides à domicile entre empathie, stress, colère et démobilisation.

1.3.1. Le rapport à l'aidé vulnérable

Le rapport à l'aidé peut être multiple. Certaines interactions provoquent chez l'aide à domicile un sentiment proche de la pitié du fait de personnes qui vont moins bien que soi et face auxquelles on tait/oublie ses contrariétés, ou accepte la violence. [36] [37]

Face à d'autres, c'est la colère ou la démotivation qui prime, du fait d'un non-respect, d'un manque de reconnaissance ou les besoins d'un bénéficiaire qui ne seraient pas vraiment perçus comme justifiant leur intervention. [38] [39]

1.3.2. La pression des familles

La synapsie associée à « la fille » (Cf. Annexe CH6B) a permis de mettre en évidence des indices de frustrations, et initié l'environnement de la personne âgée comme source de pression supplémentaire. Les conjoints, mais surtout les enfants sont vécus comme des oppresseurs, qui contrarient par ailleurs la relation entre l'aide à domicile et la personne aidée, que certains ont de privilégiée. [40]

La difficulté peut s'expliquer dans ce que cette tierce personne contraint le quotidien professionnel de l'aide à domicile. La famille intervient possiblement alors comme un nouveau donneur d'ordre, alors que l'aide à domicile était déjà potentiellement partagé entre sa hiérarchie (qui dicte le travail) et la personne aidée (souveraine de son intimité et de l'organisation de son logis). Ce donneur d'ordre complémentaire entraîne toutefois une frustration alors que le fils, la fille, la mère, ne sont pas les personnes que le professionnel vient aider.

« Euh... (Silence) ben, des fois, la famille, à côté, qui est pas facile non plus à... à gérer, des fois. Des fois, avec la personne, ça se passe très bien, et puis, la famille à côté euh... les enfants... euh... des fois, les enfants veulent qu'on fasse d'une manière... mais, par contre, la personne veut de l'autre manière. Alors, euh... on sait pas trop sur quel pied danser. Alors, on nous dit qu'il faut faire ce que la personne euh... qui... ben, elle est chez elle, donc on doit faire ce que, elle, demande, quoi. » (CORALIE)

Ce qui est en jeu ici relève d'un dilemme que rencontrent régulièrement les aides à domicile qui sont apparus partagés entre la peur de l'insatisfaction de la famille qui peut se plaindre à la hiérarchie et peut-être insécuriser l'emploi ; et la mission auprès de la personne âgée auprès de qui ils veulent/doivent réaliser le travail de *care*.

Enfin, cet élément que nous pouvons identifier comme périphérique pour l'aide à domicile n'est par ailleurs souvent pas perçu légitime à ordonner ou critiquer les actions de l'aide à domicile, qui craint le jugement sur son travail.

Au final, cette pression relationnelle forte conduit les aides à domicile faisant référence à l'environnement de la personne âgée à les appréhender au point de ne pas souhaiter leur présence quand ils débutent leur intervention (ex : les enfants).

1.3.3. L'absence des collègues

Les relations avec les collègues ont été longuement abordées lors des entretiens, toutefois, il résulte que si le collègue est un interlocuteur qui est représenté comme pouvant comprendre le vécu de son pair, il est en fait peu sollicité car les rencontres sont rares et certains n'identifient par ailleurs pas leurs collègues – notamment dans les structures qui font face à des taux d'absentéisme significatifs, tout comme de *turn-over*. Ce qui caractérise le collègue est bien plus son absence que son rôle dans le discours. [41] [42] [43] [44]

1.3.4. La relation ambivalente à la hiérarchie

Les relations avec la hiérarchie sont multiples. Nous avons vu qu'elle représente le support de choix, mais peut aussi susciter des contrariétés ou de la colère du fait d'une organisation du travail qui contraint la conciliation des sphères de vie. La frustration naît également d'un manque d'écoute du personnel chez certains aides à domicile, en priorité sur ce qui concerne les conditions de travail (celles portant sur les difficultés relationnelles avec les personnes aidées semblant davantage prises en considération). De même, la relation de confiance perçue par l'aide à domicile est nécessaire à l'effet positif du responsable dans la gestion des problématiques de travail. A défaut, la colère s'exprime, ce que l'on peut expliquer par un manque de reconnaissance perçue également. [45] [46]

1.4. Validation de H1 : « auto-boulot-auto-boulot-dodo »

L'hypothèse selon laquelle la dimension relationnelle du métier d'aide à domicile, ainsi que les composantes associées au temps sont liées à la santé au travail de ces professionnels est donc validée.

Le travail d'aide à domicile, situé au sein d'un environnement où il se positionne au carrefour du domicile (où s'exerce le *care*) et des collectivités (où il se décide et se conduit), place le professionnel dans des situations de dilemmes dont la complexité de la gestion peut expliquer les tensions vécues.

Il s'agit là pour l'aide à domicile de trouver des solutions et/ou faire les (bons) choix pour satisfaire les parties. Pour autant, les dilemmes moraux impliquent justement, par les choix, de faire du mal à quelqu'un selon Gilligan (1986), comme par exemple à l'une des parties parmi l'employeur, la personne aidée ou sa famille. Et peut-être aussi à soi-même si le choix ne correspond pas aux valeurs du professionnel. Pour autant, il apparaît forcément des conséquences pour ce dernier à se positionner en faveur soit :

- Des besoins de la personne âgée
- De la satisfaction de la demande de la famille de ces personnes
- Des attentes du supérieur hiérarchique (lui-même garant des enquêtes de satisfaction de son service auxquelles participent la personne âgée ou l'aidant familial quand la dépendance ne le permet plus à son parent)

Le rapport négatif du temps s'explique par la pression entraînée par la cadence du travail et l'enchaînement des « maisons », ainsi que les contraintes que les plannings impliquent sur la conciliation des différentes sphères de vie. Les longues journées fatiguent le professionnel qui ne peut réellement souffler pendant ses coupures, alors qu'il ne peut toujours en profiter pour rentrer chez lui. De même, ces temps découpés aléatoirement contraignent la vie sociale et la planification d'activités ou de rendez-vous personnels, alors que dans un contexte d'absentéisme dans les structures, les plannings sont modifiés au dernier moment et demandent une ultra-disponibilité du professionnel qui en vient à craindre la sonnerie du téléphone. Cette variation des plannings traduit par ailleurs l'expression d'un « management du juste-à-temps » dont De Keyzer et Hansez (2002) ont mis en évidence que cela augmentait le stress.

Enfin, les temps personnels sont également contraints alors que l'on rentre tard le soir, rarement à la même heure, ce qui empêche les aides à domicile de s'engager dans des activités qui demandent une régularité de disponibilité, pour faire partie d'un club de sport par exemple ou s'investir dans des associations. Les temps de travail deviennent alors étendus, alors même que le temps partiel demande une disponibilité supérieure à celle d'un salarié à temps plein. La fatigue procurée empêche la conciliation des sphères de vie et des temps pour soi et sa famille, qui permettraient pourtant au professionnel de recharger les batteries pour débiter une nouvelle journée le lendemain. D'autant que les aides à domicile, même s'ils en ont le désir, éprouvent également des difficultés à profiter de leur répit à leur domicile, du fait que le travail et les situations rencontrées dans la journée perdurent dans les esprits le soir venu.

Par ailleurs, les relations constituent une source de souffrance, qui se traduit par du travail pénible physiquement et émotionnellement auprès de la personne aidée. Le rapport à la famille des personnes est également particulièrement éprouvant, seuls deux aides à domicile ayant rapporté des éléments positifs des relations à l'environnement de la personne âgée, dans le cas d'un deuil par exemple. Toutefois, les relations à la personne âgée sont également source de plaisir et quasi-exclusivement rapportées comme objet de satisfaction dans la pratique de leur métier. Le lien à l'aidé apparaît donc ambivalent, à la fois

source de plaisir et d'épanouissement (par le sens donné au travail), et source de difficultés voire de pression.

Enfin, les relations professionnelles avec le responsable et les collègues peuvent être également facteurs de souffrance dans le cadre de conflit, d'un manque de soutien et/ou de reconnaissance. En effet, en proximité des relations, la question spécifique du manque de reconnaissance et de soutien contribue à renforcer les effets négatifs du poids relationnel. La qualité des relations avec les équipes de travail, les personnes aidées et les familles de ces dernières est ainsi liée à la santé des aides à domicile, sur un plan psychologique. L'environnement des personnes âgées aidées étant très majoritairement évoqué comme source de pression supplémentaire, dans un contrôle de leur travail et émetteur d'injonctions paradoxales au *care* de la personne âgée.

Le manque de soutien social s'initie dans cette première partie, illustré par un accès très restreint aux collègues et un rapport hermétique à échanger sur le travail avec l'environnement privé alors que ce qui se passe au travail est rattaché au secret. Les carences interactionnelles et la pression relationnelle sont donc liées négativement à la santé au travail des aides à domicile. Ces éléments seront développés dans le point portant sur les stratégies d'ajustement utilisées par ces professionnels pour faire face aux difficultés du travail. Le soutien social et la nature des relations à la personne âgée constituent donc des médiateurs de la relation entre l'environnement de travail et la santé. Les carences sont négatives pour la santé, et réciproquement le soutien et les bonnes relations favorisent des discours positifs des aides à domicile sur leur rapport au travail.

Il apparaît comme attendu que des spécificités existent au sein des différentes catégories d'aides à domicile, initiant le besoin d'adapter l'accompagnement de ces professionnels au regard de ces caractéristiques catégorielles, dont les membres entretiennent un rapport différent à leur travail et leur santé. C'est ce que nous mettons en évidence dans le point suivant.

2. Les spécificités catégorielles

Plusieurs spécificités sont apparues lors de l'analyse de contenu thématique effectuée sur le corpus. Nous en abordons les caractéristiques à suivre, que nous corroborons des analyses lexicales et des données quantitatives recueillies auprès d'un panel de 96 aides à domicile ayant répondu à un questionnaire visant à élargir ou préciser des éléments de la première analyse du discours. Nous faisons toutefois le choix de les présenter en partant des analyses lexicales (orientées à la base par l'analyse thématique) pour faciliter la lisibilité des caractéristiques, en justifiant les analyses lexicographiques avec des extraits du corpus, illustrés à la fois dans le corps du texte et dans l'annexe « CH6G – Extraits du verbatim complémentaire pour illustration du chapitre 6 », afin de ne pas alourdir la lecture mais de permettre au lecteur de prendre connaissance d'exemples complémentaires, s'il le souhaite.

2.1. Les sources de difficultés

Nous avons vu pour la première hypothèse que les problématiques relationnelles et liées au temps étaient les plus prégnantes dans le discours. Le recueil quantitatif effectué auprès d'un panel plus large a permis de préciser la proportion des événements qui pouvaient mettre le plus en difficultés les professionnels, à savoir les problématiques relationnelles et humaines. Une analyse plus fine réalisée avec Sphinx sur le recueil quantitatif pour différencier les réponses selon la catégorie d'emploi, a permis de préciser les spécificités des différents métiers (figure 31).

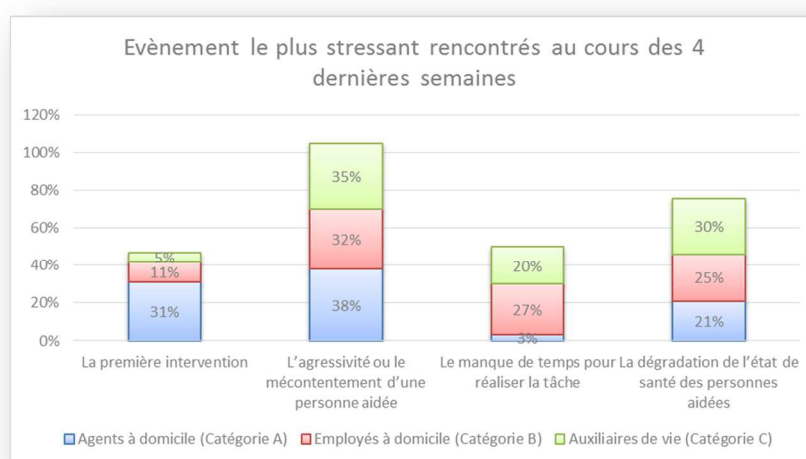


Figure 31 : Sources de stress récentes, ventilées par catégorie

Ainsi, par exemple, les agents à domicile ont témoigné majoritairement être mis en difficulté du fait de premières interventions chez les bénéficiaires. Deux possibilités peuvent expliquer cette distinction. Soit une difficulté supplémentaire à gérer la situation nouvelle, soit du fait que le professionnel est peut-être plus amené à changer les publics d'intervention (sur des prestations d'aide ménagère ponctuelle, alors que les interventions auprès de personnes dépendantes seraient a priori plus régulières et durables), et est donc plus exposé à cette contrainte. Cela peut également traduire une peur créée par un manque de prédictibilité (Nielsen, Rugulies, Christensen, Smith-Hansen, & Kristensen, 2006; Nielsen, Rugulies, Smith-Hansen, Christensen, & Kristensen, 2006; Väänänen, et al., 2008; Ndjaoubé, Vézina, & Brisson, 2012). La sensibilité au mécontentement de la personne aidée ou aux comportements verbaux agressifs sont généralisés peu importe le métier. Cependant, la question liée au temps attribué à la tâche a été rencontrée plus souvent à court terme par les professionnels qualifiés (Cat B et C). Enfin, l'effet de la dégradation de l'état de santé de la personne se majore en fonction de la catégorie d'appartenance, les publics aidés en étant également plus importants selon ce même critère.

Ainsi, de premières spécificités de sources de difficultés apparaissent en fonction des catégories d'emploi, initiant donc que les problématiques doivent être accompagnées différemment auprès des professionnels.

2.2. Le manque de reconnaissance différemment vécu

La question de la reconnaissance au travail est différemment perçue (et évoquée) par les différents aides à domicile. Ainsi, les agents s'expriment peu sur cette question, ou ne bousculent pas les représentations de la population, intégrant qu'ils n'ont pas le diplôme qui apparaît valoriser la mission. Les employés et les auxiliaires de vie revendiquent toutefois un droit à la reconnaissance, du fait même de leur qualification. Le DEAVS instaure une forme de hiérarchisation dans les rapports, ce qui contrarie les employés à domicile, alors que les auxiliaires de vie peuvent être déçus que le travail ne soit pas toujours conforme à un métier du *care*, dans lequel le ménage n'aurait (idéalement) qu'une petite place. Ce sont ici les effets de la distance aux représentations de leur propre métier qui s'expriment et possiblement également les effets des différences entre travail prescrit et réel (Dejours, 2000).

2.2.1. Les agents à domicile intègrent les représentations « réductrices »

Nous avons vu que selon la convention collective, le niveau de qualification conditionne le type d'activités à exécuter par l'aide à domicile. Ainsi, pour rappel, l'agent à domicile, de catégorie A intervient auprès de personnes toujours en capacité d'exercer un contrôle sur l'activité, donc relativement autonomes. Ceci réduit la mission d'accompagnement, en théorie, à des tâches d'entretien du lieu de vie. Cela est connu des salariés, et peut contrarier leur sentiment d'utilité : « *De toute façon, moi, je suis pas auxiliaire de vie, donc, c'est vrai qu'on ne me met pas trop dans les maisons euh... (silence)* » (ALEXIA), comprenons, les maisons où la personne a un besoin d'accompagnement et de soin. Le *care* est alors ici représenté par le public accompagné et la nature des tâches et des activités à mener, comme s'il existait un niveau seuil d'aide sociale, qui conduirait par la même à une reconnaissance du travail.

Cette compartimentation peut également éprouver la perception d'un travail valorisant, qui ne serait de qualité suffisante à partager avec un stagiaire apprenant, la distance à la qualification étant forte comme composante nécessaire d'une reconnaissance légitimée :

« Mais moi, j'ai pas un planning non plus euh... je trouve que, bon, un... stagiaire... ben, surtout par rapport euh... au boulot qu'on fait... moi, j'ai pas... j'ai pas trop de personnes euh... alitées euh... c'est que des gens qui se débrouillent bien, ou qui travaillent encore euh... je trouve que j'ai pas un planning pour euh... elle va rien apprendre, quoi euh... ou faire que du ménage, c'est pas... je préfère qu'elle voie euh... ben, comment euh... lever une personne de son lit ou... être plus euh... pour moi, il y a plus de... à apprendre de ce côté-là que... passer le balai. » (ANTIGONE)

Le malaise engendré par ce que nous percevons comme une déception peut faire l'objet de rationalisation ou de justification liée à l'incapacité à aider correctement l'autre, alors qu'on gagnerait finalement à ne pas réaliser des tâches (perçues) nobles d'accompagnement, en se préservant d'un risque d'avoir « du mal » et en se facilitant la souplesse de pouvoir « *faire le minimum* ».

Dans la pratique, en écoutant nos étudiants rapportant leurs expériences de stages dans diverses structures du domicile, on observe cependant que des agents, non qualifiés, interviennent parfois malgré tout auprès de personnes en perte d'autonomie, théoriquement « réservées » aux auxiliaires de vie ou à minima aux employés à domicile. Cela pose d'une part question quant aux engagements liés à l'accompagnement des personnes âgées, règlementé, et d'autre part la position dans laquelle est mis le salarié. Les éléments évoqués à l'instant peuvent laisser à penser qu'intervenir auprès de l'âgé dépendant constitue une satisfaction pour l'agent qui accède là à un travail désiré et valorisant. Toutefois, cela peut également le mettre en difficulté puisque non préparé et non formé à rencontrer des situations complexes, alors qu'un agent expliquera réaliser des toilettes ; action pour laquelle « *il y a pas besoin d'un diplôme pour laver quelqu'un, hein* ».

Nous ignorons si cette affirmation représente la réalité ou un désir de l'agent à domicile en question¹²⁹. Si nous nous en tenons au désir, cela montre bien alors que même s'il n'y a pas de revendication de reconnaissance chez les agents, ils aspirent malgré tout à s'associer à l'image de l'aide à domicile qualifié (cet agent se présentera d'ailleurs comme « *auxiliaire de vie* »). Ce témoignage vient par ailleurs malgré tout conforter au sein même des effectifs que le travail de *care* serait à portée de tous (telle une intégration des représentations sociales du métier), et réduire le sens des efforts de qualification observés dans le secteur de l'aide et du maintien à domicile. Cela réduit par la même le travail vers la reconnaissance de statut et de compétences des aides à domicile qualifiés, et donc leur mission en général, en donnant raison au discours de la rue qui pense que le métier d'aide à domicile est à portée de tous, alors qu'une aide à domicile évoque même qu'il serait plus simple de ne pas être qualifié pour trouver un emploi dans l'aide à domicile :

« Et puis, euh... et puis, il faut dire ce qui est, j'avais pas de diplôme, donc aide à domicile euh... tristement, même des fois, je dis, mais euh... de toute façon, on n'y arrive plus facilement à rentrer sans diplôme. Hum. Tristement, je vous dis, hein. Mais c'est vrai que sans diplôme, on a plus facilement euh... possibilité d'y rentrer, quoi. » (ANNIE)

Pour autant, on ressent une attente de l'aide à domicile vers une reconnaissance du métier et des compétences associées, alors qu'exerçant le travail, *ALYSÉE* projette dans le futur une forme de valorisation du métier, comme si ce ne l'était encore :

« Je crois que ça va changer, les aides à domicile, que maintenant il va falloir un certain... un certain niveau quand même. » (ALYSÉE)

¹²⁹ L'agent en question, pendant l'entretien, a pu exprimer des propos parfois peu crédibles.

Enfin, sorti des questionnements du besoin ou non de (reconnaissance de la) qualification pour exercer un travail de *care* (qui semble se réaliser de toute façon), il ressort aussi des rencontres avec les agents à domicile que le manque de qualification peut peser sur l'estime de soi, comme cette salariée qui diminue l'intonation de sa voix, comme pour se confesser « *Ben j'ai pas la formation* » (ALICE).

Ce manque de qualification peut également contraindre la perception du salarié de ses compétences à identifier une problématique dans la relation d'aide, tel l'aide à domicile qui décelait une incohérence dans la prise médicamenteuse et alertait le « bureau » d'un potentiel danger pour la personne. Elle ressentira un manque d'attention portée à son discours, alors que la suite des événements donnera raison à sa vigilance. [47] Cela vient par la même montrer qu'au-delà de la qualification et du diplôme, il existe des capacités du *care* résidant dans ce qui est inné ou au moins ne s'apprend pas que des formations, cette capacité à regarder l'autre et à faire attention au comportement et à l'environnement de la personne. Peut-être comme une illustration des qualités féminines décrites par Gilligan, même si décriées par les féministes.

Finalement, contrairement à leurs pairs plus qualifiés, la question de la reconnaissance est peu revendiquée, du fait d'une intégration que leur emploi ne serait comme pas à la hauteur des employés à domicile et des auxiliaires de vie. Ce qui ne signifie pas que l'intégration des représentations défavorables ne les affectent pas. Elles joueraient davantage sur l'estime de soi, la reconnaissance étant plutôt tue que revendiquée, à l'image des aides à domicile de catégorie supérieure.

2.2.2. Les employés à domicile revendiquent l'apport de la qualification

« la manière dont ils nous traitent des fois euh... la plupart sont très corrects avec nous, mais euh... certains respectent pas du tout euh... j'ai... j'ai rencontré le cas, et c'est vrai que... c'est... c'est délicat, des fois. [...] Ben... déjà, par rapport à notre travail. Ils nous prennent... bon ben... la plupart, pour des femmes de ménage, ça, c'est sûr. » (BÉRÉNICE)

Tel est le discours répété d'entretien en entretien par les aides à domicile, en particulier au sein des employés à domicile, formés à leur mission, mais contrariés de ne pas être pour autant aussi reconnus peut-être que les auxiliaires de vie et les aides-soignants, titulaires tous deux d'un diplôme d'état leur conférant statuts et salaires plus avantageux :

« Ben, je sais pas, que... qu'on a quand même un travail assez euh... important, enfin, entre guillemets, on n'est pas des aides-soignantes bien sûr. Je veux pas dire « on mélange pas les torchons et les serviettes », mais on est des auxiliaires de vie, on n'est pas que des femmes de ménage, quoi. Des fois, on a l'impression d'être que ça, quoi. Nous, on est là pour euh... pour faire une aide à la personne, on... on relève des choses. Là, je vois comme je... ben, je disais quand je suis arrivée, ça m'a interpellée. J'étais chez une dame, euh... Madame X, qui boit beaucoup ce matin. Donc euh... on n'est pas des simples femmes de ménage, quoi. A ce moment-là, faut faire venir... j'ai... j'ai beaucoup de respect pour les dames qui font le ménage, mais nous, on a fait une formation, enfin moi je... pense. Moi, je suis qu'assistante de vie puisque je suis pas auxiliaire. » (BABETH)

On notera ici la tension qui existe dans la présentation comme « *auxiliaire de vie* », désirée, minimisant la fonction d'assistante de vie¹³⁰ d'un « *je suis [que]* ».

Les employés sont par ailleurs les plus nombreux à utiliser le mot « *femme de ménage* » dans leur discours (d'après une requête de recherche textuelle effectuée sous Nvivo 10 et dont les résultats sont illustrés dans le tableau 9), qu'ils utilisent pour en rejeter l'identification.

Catégorie d'emploi	Fréquence de l'occurrence « <i>femme de ménage</i> » dans le corpus
Agents à domicile (A)	Aucune
Employés à domicile (B)	19 références
Auxiliaires de vie (C)	5 références

Tableau 9 : Fréquence de l'occurrence « *femme de ménage* » dans le corpus par catégorie d'emploi

Ce manque de reconnaissance se traduit soit par un comportement de domination soit au travers de l'image renvoyée qui demande parfois des mises au point pour rappeler leurs missions et ainsi refuser la dégradation sociale. [48] [49] Toutefois, les professionnels ont bien souvent distingué deux populations face à cette problématique du manque de reconnaissance. Les personnes dépendantes sont peu mises en cause, et entraînent plus de sentiment de valorisation chez les professionnels, contrairement aux familles des personnes aidées ou des personnes bénéficiant de prestation perçues comme de confort. [50] [51] La question de la reconnaissance touche enfin parfois la dite formation alors que certains se présentaient comme auxiliaires de vie, sans le DEAVS, comme un titre attendu et synonyme, lui de reconnaissance, mettant en surbrillance les compétences spécifiques identiques des professionnels intervenant pour des prestations d'aide à domicile. [52] Ces expressions et représentations du métier que les employés à domicile déplorent renforcent leur insatisfaction. [53]

Plusieurs employés à domicile font part de frustration et de colère face au manque de reconnaissance de leur qualification par le public, mais aussi de leurs collègues de catégorie supérieure, dont ils désirent l'image désirable perçue. Le biais de présentation¹³¹ traduit un réajustement du professionnel en vue de réduire la frustration du manque de reconnaissance. L'insatisfaction peut être liée à une démotivation qu'entraîne le manque de reconnaissance d'un métier pourtant à visée utilitaire, malgré la pénibilité. Egido (2009b, p. 165) définit la motivation comme un « *concept psychologique polymorphe* » dans lequel « *la motivation renvoie simultanément à une prédisposition subjective consciente de faire ou de vouloir faire quelque chose, à un souci d'homéostasie du sujet en relation avec son environnement par cessation ou*

¹³⁰ L'employé à domicile justifiant du titre professionnel d'assistant de vie aux familles est aussi appelé « assistant de vie ».

¹³¹ Se présenter comme auxiliaire de vie lorsque l'on ne l'est pas.

recherche de stimulation, à une attitude sociale tributaire de la culture ambiante porteuse d'attentes et d'expectations ». Les contours environnementaux multiples ne permettent donc pas toujours l'homéostasie, et peuvent réduire la motivation. Cela semble s'exprimer ici au travers d'une insatisfaction, alors que l'engagement auprès des personnes aidées demeure, malgré une démobilité apparente chez les employés.

2.2.3. Les auxiliaires de vie : entre aide à domicile et aide-soignant

Le manque de reconnaissance parfois perçu par les employés à domicile vis-à-vis des auxiliaires de vie, est aussi vécu par ces derniers vis-à-vis des aides-soignants, dont la composante uniquement centrée sur le soin, souligne une reconnaissance perçue plus importante. La frustration chez l'auxiliaire de vie résulte également d'un flou des missions du métier dans ses dimensions d'accompagnement et d'un travail réel qui ne correspondrait pas à ce qui est annoncé du métier. [54] [55] Ils apparaissent finalement partagés entre leur métier d'aide à domicile qu'ils ne sont (presque) plus du fait de leur titre conféré par le DEAVS, mais pour autant ne bénéficient pas non plus des avantages réels (véhicule de service, réunions quotidiennes de transmission, rémunération) et perçus de l'aide-soignant (représentation du métier, image du soin), pourtant de catégorie identique à la leur. Si les auxiliaires de vie sont titulaires d'un DEAVS qui semble leur apporter autant d'outils que de valorisation d'un diplôme reconnu dans le secteur du domicile, il apparaît que la reconnaissance n'est pas pour autant plus adaptée par le public. L'auxiliaire de vie est ainsi partagé entre un diplôme qui lui confère des compétences qu'il ne peut pas toujours mettre en œuvre (exemple : lors de prestation unique de ménage), et un sentiment de déclassement par rapport aux aides-soignants. Ainsi, une fois encore, le professionnel souffre d'un manque de reconnaissance qui lui provient tantôt des bénéficiaires, de leur famille ou de la société. Leur métier peut encore être réduit à la seule activité du ménage, qui représente sans doute la partie émergée de l'iceberg, les pratiques liées à l'accompagnement (relation, stimulation, aide au soin, etc.) en étant la partie immergée, non apparente au public :

« je soulignerais trois fois de rouge pour dire qu'on n'est pas reconnu, quoi et ça, c'est malheureux, quoi. On va avoir euh... le... le groupe euh... comment dire euh... les... aides-soignantes à côté de nous, ben... elles sont plus reconnues que nous » (CORINNE).

Pour autant, la reconnaissance est tout de même perçue augmentée au fil du temps, la qualification y étant sans doute pour davantage que la seule raison du temps. [56] Même si s'exprime la frustration du sentiment d'infériorité vis-à-vis des aides-soignants. [57]

L'aide-soignant est toujours perçu comme un accomplissement supérieur, qui bénéficie de la reconnaissance d'un statut de soignant et d'avantages pécuniaires, organisationnels et matériels associés. Ainsi, les aides-soignants ont un véhicule de service, se rencontrent quotidiennement en équipe pour les transmissions, profitent d'un salaire plus élevé et d'un diplôme plus reconnu de part possiblement leur pratique du soin. Certains auxiliaires de vie, comme les employés à domicile et quelques agents à domicile

ont ainsi le projet d'évoluer vers un poste de soignant pour en finir avec le ménage et se centrer sur l'accompagnement qu'ils n'ont pas toujours la possibilité de mettre en œuvre. Pour autant, une aide à domicile expliquera malgré tout que le plus dont bénéficie l'AVS par rapport à l'aide-soignant est la relation, plus proche. Il y aurait donc un gain et une perte à accéder à un statut perçu comme supérieur.

Ainsi, la question du sentiment de reconnaissance est différemment vécue selon les emplois, y compris les AVS qui ont pourtant accédé au plus haut titre de la fonction.

L'analyse du discours spécifique par catégorie précise encore les caractéristiques de chaque emploi afin de valider la seconde hypothèse avec davantage de nuances. La distinction des sources de stress majeures suivant les catégories permettrait d'identifier des adaptations managériales visant à prévenir les risques en fonction des emplois. Ce qui est un peu différent pour la reconnaissance au travail qui, si elle se vit différemment, demande une attention généralisée. Cependant, en complément de ces deux premiers éléments, les analyses comparatives lexicales et thématiques ont permis de distinguer d'autres caractères spécifiques des différentes catégories d'emploi. Nous présentons ces éléments par emploi à suivre, afin d'identifier lors des propositions, des pistes d'adaptation visant à prévenir la santé des aides à domicile en fonction de leurs profils spécifiques.

Ainsi, nous abordons à suivre ces métiers qui se distinguent (1) chez les agents par la difficulté de l'expression qui ne saurait nier les souffrances professionnelles vécues, (2) chez les employés par leur insatisfaction résultant d'un manque de soutien perçu, et (3) chez les AVS plus sensibles au stress au travail du fait de problématiques complexes de leurs missions de *care*, dont chaque profil tend à valider l'hypothèse 2 dans son ensemble.

2.3. L'absence d'expression de l'agent à domicile

Le corpus des aides à domicile de catégorie A analysé sous Alceste 2015 a porté sur 87% des unités textuelles classées par le logiciel. Si cette proportion est très importante, les unités ont été classées en seulement 2 classes d'énoncés significatives (contre 5 pour l'intégralité du corpus) illustrées dans l'annexe CH6C – « classes des discours des agents à domicile ».

La première classe est la plus spécifique et explique à elle seule 62% des unités textuelles classées et se caractérise par des mots tels que « heures », « faire », « aller », « soir », « fois » et « journée ». La seconde classe comptabilise donc 38% du reste des unités textuelles. Les mots spécifiques à cette classe sont « parler », « collègues », « réunion », « entendre », « mot » et « équipe ».

La première classe relève du discours portant sur le travail en lui-même, des conditions dans lesquelles il s'exécute, et sur ce que cela implique en terme de santé, comme la fatigue. La question du temps y est forte. Cette première classe inclut le discours qui défend une capacité à faire le travail demandé. La seconde

rassemble les éléments liés aux relations dans le travail, que cela concerne les collègues ou les personnes aidées. Il s'agit d'un discours plutôt descriptif qui comprend aussi les représentations du métier (vu par les agents et la population) et la question du sentiment d'utilité attaché à la tâche.

Les agents à domicile évoquent peu d'éléments sur leur santé, en restant à une approche générale en lien avec les questions portant sur les représentations de la santé, tel qu'abordé en début d'entretien. Le rapport à leur santé est plutôt exprimé de façon à prouver à l'interviewer, qu'il est en capacité de faire, même si le travail est difficile.

2.3.1. Le travail à faire et les manques relationnels avec l'équipe de travail

Ainsi, la première classe qui comprend des descriptions liées au travail s'entend comme le travail à « faire », mais aussi qui fait « peur » et « fatigue ». « Faire » étant le second mot significatif dans la classe (force du Khi2), après « heure ». La seconde classe se caractérise par un discours portant sur les aspects relationnels du travail, que cela concerne les collègues, le responsable ou les personnes aidées. Les agents à domicile y expliquent aimer le contact et les échanges avec les personnes âgées.

« Autre chose qui constitue... pfff... un plaisir dans le métier. Euh... ben moi, pfff... c'est surtout... le contact des gens. Le contact des... des personnes âgées. (silence) Parce que... elles aiment bien dialoguer. Donc, c'est confidentiel, c'est pareil, hein... On n'enregistre pas, mais c'est confidentiel ! » (AMANDA)

Une manière par là également de rappeler à l'interviewer que ce qu'est en train de dire l'agent à domicile ne doit pas être répété. Les aides à domicile expriment également la nécessité de pouvoir parler et se réunir avec l'équipe de travail.

L'analyse thématique a pourtant montré que le contact avec le collègue est rare, même si désiré et prescrit « important », tout comme les réunions à l'image des réseaux de formes extraits pour cette classe sous Alceste 2015 (figure 32). Les échanges réels sont peu courants, hormis lors de réunions qui se font elles-aussi peu fréquentes et régulières. L'écrit est alors mis en évidence comme fédérateur d'un « esprit d'équipe », dans les « mots » laissés dans le « cahier de transmission ». [58]

Ceci est d'autant contraignant que nous avons constaté à l'occasion de la passation des questionnaires que certains agents à domicile rencontraient de grosses difficultés pour lire et/ou écrire.

De même, la notion de « secret » et de « discrétion » renforce le manque de communication dans l'équipe de travail chez les agents à domicile. Ces derniers apparaissent alors avoir peu d'espaces de parole au réel.

Figure 32 : Réseaux des formes les plus courantes de la classe 2 des agents à domicile

2.3.2. Une souffrance non-dite

- Un discours qualitativement et quantitativement moins riche

Dans ce constat d'une réserve dans le discours, ressentie souvent en entretien (notamment l'un d'eux, dans lequel une agent à domicile est quasi-mutique, et sur lequel nous revenons spécifiquement à suivre), nous avons effectué un comparatif lexical entre les différents entretiens, distingués par catégorie. La parole est différente en fonction de la catégorie, ce en terme de temps (rappelons qu'une heure était planifiée pour chaque entretien) et du nombre de mots exprimés par les aides à domicile, comme illustré dans le tableau à suivre (tableau 10).

Il est ici intéressant de noter que pour une minute d'enregistrement seulement de moins en moyenne entre les agents et les employés, on constate un différentiel de parole par individu de +600 mots. Les employés ont exprimé plus d'éléments en moins de temps. La richesse du vocabulaire est significativement différente entre les agents et les autres aides à domicile. De même, une requête de recherche textuelle effectuée sous Nvivo10 indique que le mot « *silence* » couvre davantage de discours dans les entretiens avec les agents à domicile (0.99%), en comparaison avec les employés à domicile (0.95) et d'autant moins les auxiliaires de vie (0.80). Ceci permet de constater que la richesse du discours croît avec la catégorie d'emploi, le lien à la formation l'expliquant en partie. Mais au-delà d'une diversité de vocabulaire, c'est sur les silences et les non-dits que nous portons notre attention.



Catégorie d'emploi	Nombre de mots du corpus	Nombre de mots moyen par individus	Nombre de mots distincts dans le corpus	Durée moyenne des entretiens par individus
Agents à domicile (A)	51854	6482	2987	56 minutes
Employés à domicile (B)	92074	7083	4195	55 minutes
Auxiliaires de vie (C)	93510	8501	4427	58 minutes

Tableau 10 : Comparaison du débit de parole et de la richesse du discours par catégorie

- Un masquage de la souffrance sur les sujets de santé et de stress

La santé a pu être approchée du stress, spontanément ou suite à l'évocation du sujet. Il s'est observé des formes de masquage, voire d'agacement sur cette question qui demandait aux aides à domicile si elle ressentait du stress au travail, ou ce qu'elle pouvait en dire. [59] [60] [61]

Par ailleurs, plusieurs aides à domicile indiquent ne pas ressentir de stress quand la question était posée de front, mais témoignent par la suite d'épisodes difficiles émotionnellement. Cela se remarque généralement sur l'ensemble des témoignages. Pour tenter de comprendre ce que l'on aperçoit comme une pratique de masquage, nous avons analysé le discours des agents à domicile pour identifier ce qu'ils mettaient derrière ce mot stress, dont le sens commun ne semblait parfois pas évident pour les professionnels rencontrés. Différents termes ont pu être évoqué tels que associé à l'angoisse, la peur, l'énerverment, la dépression ou encore la fatigue. [62]

Cette étape d'élaboration a été difficile pour les aides à domicile de cette catégorie, peu habitués à être interrogés pour « réfléchir », ce qui peut expliquer en partie les nombreux silences et temps de réflexion observés à ces moments-là :

« C'est vrai qu'on n'a pas tendance... on n'a... on n'a pas, je veux dire euh... on n'a pas l'habitude de se... de réfléchir comme ça, justement. Alors, ça fait... ça fait bizarre un peu. Mais euh... si... on se... ça nous permet euh... d'avancer, aussi. Euh... c'est sûr... c'était intéressant. » ; « Je suis contente, alors. Si ça peut vous apporter quelque chose. Après, j'ai pas forcément les mots qu'il faut. Et puis, on est un peu troublé, parce qu'on n'est pas habitué à avoir euh... ce genre de questions euh... donc, il faut en plus réfléchir et euh... apporter ce qu'on peut, mais bon... » (ALICE)

Pour Chauvier (2014), les abus de langage ont minimisé la compréhension des termes théoriques, ce qui pourrait également justifier le silence comme une difficulté à aborder des sujets (perçus) théoriques.

Plusieurs aides à domicile ont eu tendance à reformuler la souffrance professionnelle psychologique, non en utilisant le terme de stress, mais celui de fatigue et/ou d'énerverment (pour les plus fréquents). Selon Egido (2009a), la limite entre la fatigue et les concepts connexes, comme l'épuisement et le stress, est complexe à déterminer. Pour l'individu, nous pouvons faire le lien aux conséquences d'une hyper-conceptualisation des sujets qui peut faire obstacle à la compréhension et (l'auto)identification, ou du fait d'un tabou du stress qui perdure, et pour lequel l'usage de signifiants autres seraient plus acceptables pour

le professionnel. La fatigue serait compréhensible d'un métier physique, et l'énerverment peut se justifier du manque de sympathie de certaines personnes aidées. Dans la fatigue, l'individu exprimerait donc aussi une souffrance qui va au-delà de ses dimensions corporelles et physiques. Il est également possible que ce silence traduise par ailleurs un mécanisme de défense (Paulhan & Bourgeois, Les stratégies d'ajustement à l'adversité, 1995) ou une stratégie défensive (Dejours, 2000).

- Prouver que l'on va bien

La notion d'aptitude et de capacité conditionne le risque de stress pour l'aide à domicile de catégorie A, alors que nous sommes interpellés au fil des entretiens par certains témoignages qui semblent indiquer une peur des professionnels à évoquer un quelconque mal-être ou difficulté de santé.

Un facteur de stress important pour beaucoup de ces personnels sans ou avec peu de qualification résulte dans la peur de ne pas faire correctement le travail qui leur est demandé, en terme de qualité et de quantité, le rapport au temps étant une composante importante du discours également, tout comme la peur de ne pas parvenir à entrer en relation. [63] [64] [65]

Il nous semble parfois que les professionnels rencontrés s'attachent à justifier qu'ils vont bien. Pour s'en convaincre eux-mêmes, telle une stratégie d'adaptation face à la peur de la maladie, ou telle une mesure de protection vis-à-vis de l'employeur qui diligente l'étude de la santé au travail, peut-être pour savoir qui serait apte ou non ? En effet, le témoignage de certains professionnels comme les éléments échangés une fois l'enregistreur coupé nous ont fait réaliser vers la fin du recueil de données que dans une structure en particulier, le cadre de cette étude pouvait être biaisé. En effet, les professionnels vivaient l'étude comme un contrôle lié aux absences pour arrêts maladie, faisant de moi quelque part une enquêtrice peut-être peu neutre et/ou bienveillante... Cette entrée en la matière, qu'elle ait été réelle ou perçue de la sorte par les salariés en question, n'est évidemment pas en accord avec l'objectif de l'étude. Pour autant, cette crainte a entraîné chez certains salariés la justification des absences comme par exemple pour en dégager la responsabilité sur l'Organisation. [66] [67]

Pour autant, les autres agents à domicile, rencontrés dans des structures différentes, vont compléter cette explication de la réalité d'un absentéisme dans le métier par une justification qu'eux-mêmes ne font pas partie de cette réalité sur laquelle on enquête, qu'ils ne sont pas absents et sont capables de travail. Ainsi, cherchant à justifier ce lien étroit entre devoir de travail et devoir de santé, la santé est souvent exposée comme un moyen conditionnant le travail. [68] [69] [70]

Mais plus que la nécessité d'être apte au travail, les salariés vont évoquer des éléments qui laissent à penser l'idée que s'ils évoquent les difficultés, il risque de perdre leur travail, donnant encore là un sens aux silences et aux non-dits :

« J'ai pas de problèmes de santé euh... graves, quoi. J'ai rien de... (silence) qui peuvent euh... m'empêcher euh... qui peuvent m'empêcher de... de travailler, d'avoir euh... des difficultés dans les mois à venir euh... moi, j'ai rien, hein. » (AMANDA)

« Et puis, bon ben, moi, par exemple, personnellement, j'ai quand même euh... 13 interventions derrière, donc euh... [...] Il y a un historique, euh... fais attention. (Silence) Mais c'est... c'est pas une gênance, hein, attention, faut pas entendre ça euh... » (ALYSÉE)

- L'existence d'une souffrance morale

Toutefois, malgré ce qui s'initie de tentatives de masquage qui peuvent constituer en soi une stratégie de préservation de soi, il apparaît que la parole se fait, au moins à demi-mot, chez l'ensemble des membres de cette catégorie, sur les affections liées au travail. D'autres sont même plus explicites. Il est alors question de déprime entraînant le souhait de quitter son emploi. [71]

Cette charge est parfois vécue comme faisant partie du travail en lien avec cette analogie intéressante à l'éponge, outil aussi indispensable à l'aide à domicile que la truelle pour le maçon :

« On en prend... on éponge, on éponge tout le monde... et à un moment donné... ? et à un moment donné euh... ben... on peut s'exploser, ça, c'est sûr. Selon les problèmes de santé de... les personnes chez qui qu'on va » (ALEXIA)

Toutefois, pour la majorité la parole semble peu libérée chez ces professionnels qui vont œuvrer fort aux tentatives de masquage, parfois par le recours silence, parfois décelé au travers d'hésitations, ou encore de la gêne exprimée par la voix, ou même par retournement de question ou autre stratégie d'évitement, en répondant à côté du sujet abordé.

2.3.3. **Le silence des Agents : le mutisme d'ANASTASIA**

L'entretien avec ANASTASIA a été à l'origine d'analyses plus précises sur la question des silences dans le discours. En effet, lors de cette rencontre, on a relevé 40% de l'enregistrement qui se caractérise par des moments de silence de la part de l'aide à domicile, indiquant là qu'elle s'exprimera moins de la moitié du temps, considérant aussi les interventions de l'interviewer. En moyenne, on constate donc environ 2 minutes de silence par 5 minutes d'enregistrement, dont la répartition est hétérogène et corrélée à des thématiques ou à la première partie de l'entretien (18 premières minutes). Nous proposons à suivre un découpage de cet entretien d'une durée de 48 minutes (figure 33). Les variations de paroles sont expliquées à suivre.

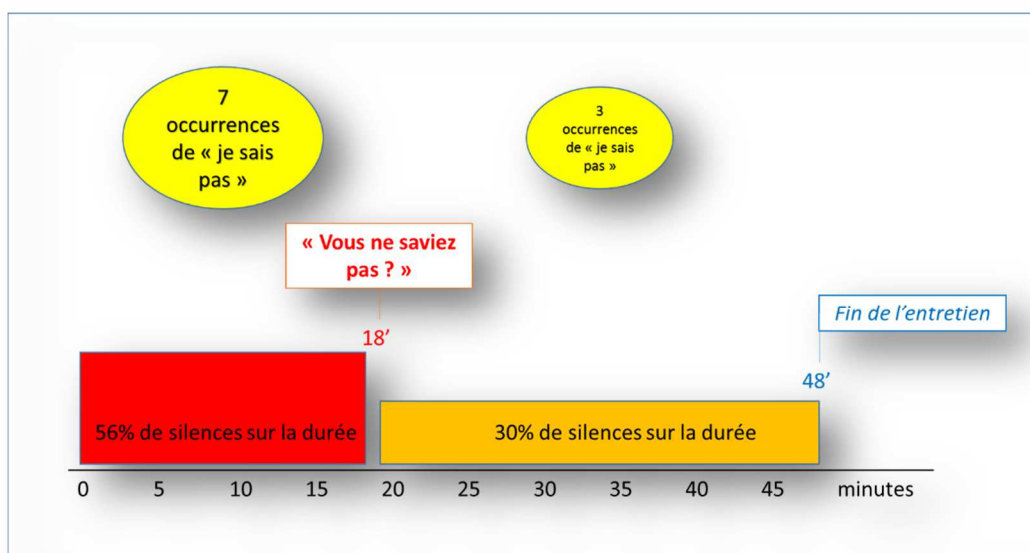


Figure 33 : Organisation de la parole dans l'entretien d'ANASTASIA

- La peur de l'enquêtrice qui saurait des choses : le malaise des 18 premières minutes

Sur les six premières pages de transcription, nous relevons 9 occurrences de « *je sais pas* ». Elle parle très peu dans l'entretien, et dans la première partie, nous faisons quasiment face à un mutisme de la professionnelle interrogée. Qui finira par en dire un peu plus une fois qu'elle réalise que nous n'avons pas d'information sur elle après 18 min d'entretien : « *Ben oui, ça fait déjà 18 ans et demi que je suis euh... Vous ne saviez pas ?* » (ANASTASIA).

Dans ces 18 premières minutes, on relève plus de 10 minutes de durée de silence de sa part (610 secondes). Il semble que les silences témoignent d'une peur de dire qu'elle éprouve des difficultés, ainsi on observe de nombreux moments de silence dans le discours, allant jusqu'à 54 secondes (en une seule fois). A la suite de ce moment clé de l'entretien, le ton change, l'aide à domicile se montre plus à l'aise, dans la relativité d'une réserve et timidité probablement importantes toutefois. Par suite sur les 30 minutes qui restent, nous ne relèverons également plus que 3 « *je sais pas* », et moins de silences (autant en termes de fréquence que de durées). Les silences vont ensuite successivement ponctuer l'entretien en fonction des thématiques étudiées.

- Les thématiques du stress et du soutien social

Par exemple, la proportion et la durée des silences augmentent lorsqu'on aborde le sujet du stress (2 minutes trente de silence sur 5 minutes d'entretien, puis 3 min sur 8 autres minutes lors desquelles le sujet est ré-évoqué). Aborder la question du travail réduit a contrario les durées (et les occurrences) des silences (sur 12 minutes au total dans l'entretien, on relève 3 minutes 20 de silence, dont 20 secondes (en une fois) se concentrant sur le moment où sont mis en évidence l'absence de l'équipe et de son potentiel soutien social).

L'entretien avec l'agent à domicile en question, déstabilisante de discrétion et de retenue a conduit à étudier ce que le silence pouvait rapporter à l'ensemble du corpus, cette caricature nous ayant montré à quel point l'on peut en dire dans le silence, qui n'est pas un vide mais une expression différente de la parole de l'autre. Cette question fait l'objet d'un point spécifique à suivre.

Par ailleurs, au-delà de ces indicateurs (silences, hésitations, onomatopées...) plusieurs passages tendent à montrer que l'aide à domicile se tait, comme initié plus haut. Nous rapprochons ce comportement d'un mécanisme de défense. Peut-être cela peut refléter ce que l'on lui demande dans le cadre de ses fonctions habituellement, être discrète ? Dans ce cas, l'aide à domicile en question aurait justifié dans ses silences une adhésion aux injonctions à la discrétion.

2.3.4. Les révélations des silences

La modélisation (figure 34) effectuée sous Tropes V8 des signifiants liés au silence (sphère « calme ») permet de constater que ces silences, pour l'intégralité des entretiens des agents à domicile, sont liés en priorité aux thèmes du « travail », du « stress » et de la « santé », ces sujets étant donc sensibles pour les agents à domicile et souvent tus, alors que ces notions ressortent peu dans les analyses lexicographiques menées sous Alceste pour cette catégorie, en comparaison des employés à domicile et des auxiliaires de vie. Notons que les recours à des références telles que « pff », « oh », « ah », et « rires » peuvent également témoigner de gênes à échanger sur ce sujet. Les silences mettent ici alors en évidence les non-dits du discours autour des thématiques du stress et de la santé au travail notamment. Ce qui confirme ce qui avait été mis en évidence par l'analyse de contenu thématique de masquages associés à ces sujets.



Figure 34 : Modélisation du silence chez les agents à domicile

2.3.5. Consignes de substitution et libération de la parole

Nous avons par ailleurs constaté qu'avec ces professionnels dont le recours à la parole semble contraint, l'utilisation de consignes de substitution étaient d'autant plus facilitatrices. Ainsi, nous constatons qu'interrogés sur ce qu'ils pensent d'un sujet, ils s'étendent en majorité plus aisément ou plus précisément quand on en passe par des consignes décentrées d'eux-mêmes (comparées à la même technique utilisée avec les aides à domicile de catégorie B et C). Ces questions se formulaient du type : « *que pensent les autres de...* », « *Les gens dans la rue répondraient-ils comme vous ?* », « *Selon vous, qu'en pensent vos collègues ?* », etc. Utiliser des « consignes » de substitution participe à un recueil d'informations complémentaires que l'on peut probablement mettre en lien avec une réduction des pressions normatives (Guimelli, 1998; Flament & Milland, 2010).

« Ben, le... euh... il y a aussi le... si, ouais, je pense euh... ça me revient, là, ça y est... c'est parti ! (Rire) Euh... si quand le stress de... (Silence) euh... comment dire... ben, trop de... trop de travail en même temps, quoi. » (ANTIGONE).

Cet apport complémentaire ou ce déblocage « *ça y'est, c'est parti* » peut s'expliquer par une possible réduction de la crainte du jugement également alors que les agents à domicile craignaient souvent de ne pas bien répondre, même si nous les rassurons dans le sens qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse, et que ce qui nous intéressait était leur propre perception des choses. Cette pratique a également été l'occasion d'évoquer des éléments personnels alors que jusque-là le discours se faisait plus généraliste. De même, au moyen de la consigne de substitution, certains vont compléter leurs propos sur des éléments non évoqués au préalable, possiblement aussi parce que plus sensibles à évoquer telle la peur de ne pas être à la hauteur du travail. [72] [73] La consigne de substitution permet ici à l'agent de se distancier du sujet en tant qu'intéressé, ce qui contribue à faciliter son expression, au nom des Autres. Dans cette optique, il s'exprime tout en se protégeant personnellement, il parle de lui au travers du tiers interposé. Les agents présentent donc des carences en soutien social et plus largement d'accès à la communication qui pourrait contraindre d'autant la gestion des situations anxiogènes provoquées par leur sentiment d'insécurité (garder son emploi, première intervention, ne pas savoir). Pour autant, le silence a traduit pour eux, le temps d'un entretien un « *subterfuge pour communiquer l'incommunicable* » pour reprendre la formulation de Ruszniewski (2014).

2.4. L'insatisfaction des employés à domicile

Le corpus des employés à domicile (B) analysé sous Alceste 2015 a porté sur 38% des unités textuelles classés par le logiciel. Malgré le rejet de 62% du corpus dans cette analyse, on relève toutefois trois grandes classes d'énoncés significatives retenues.

La **première classe** la plus spécifique explique 30% des unités textuelles classées et se caractérisent par des mots tels que « *santé* », « *geste* », « *dépendre* », « *posture* », « *bonne* » et « *maladie* ». La **seconde classe** comptabilise 26% des unités textuelles analysées. Les mots spécifiques à cette classe sont « *enfant* », « *maison* », « *rester* », « *aide* », « *jeune* » et « *ménage* ». Enfin, la **classe 3** est celle qui représente la majeure partie des unités textuelles classées (44%). Ses mots significatifs en sont « *prénom_responsable* », « *parler* », « *réunion* », « *dire* », « *appeler* » et « *bureau* ». L'ensemble est illustré dans l'annexe CH6D (Cf. annexe CH6D - « classes des discours des employés à domicile ») caractérisant le groupe des employés à domicile, à partir de la classification d'Alceste 2015.

2.4.1. La santé du corps

La classe 1 regroupe les verbatims associés au sujet portant sur la santé, plutôt d'ordre physique, à l'image du réseau de forme du mot le plus puissant dans la classe, à savoir *santé* (figure 35). La question de la prévention y est importante, notamment du fait du discours récurrent des employés à domicile sur les formations dispensées sur les « gestes et postures ».

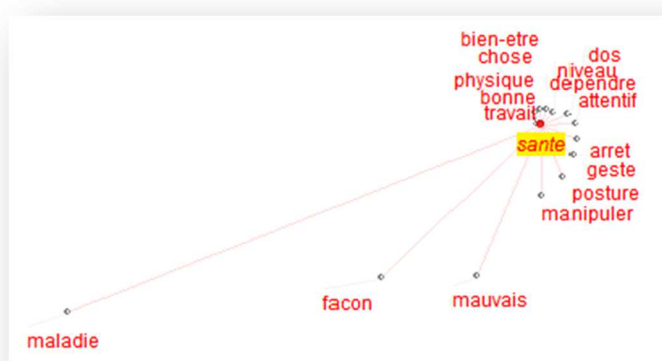


Figure 35 : Réseau de la forme « santé » de la classe 1 (Catégorie B)

Dans cette classe, les mots tels que « *euh* », « *silence* », « *hein* » (au sens d'une quête de confirmation, et non dans son sens interrogatif) et « *rire* » indiquent encore une gêne à s'exprimer sur le sujet de la santé, qui témoigne également souvent d'un temps de réflexion quand on aborde des notions plus conceptuelles liées aux représentations. Les rires y associent plus une forme de dérision à aborder le sujet.

« (Rire) Ils [ndlr : les gens] vont dire que c'est pas compatible ! (rire) [...] Que santé et travail (rire) c'est pas... Et pourtant, on dit le... (rire) le travail, c'est la santé (rire). » (BLANDINE)

Plus généralement, la santé est envisagée comme un outil, un moyen de bien effectuer le travail, au travers d'un corps qui devrait être « sain » et qu'il faut entretenir par de bonnes postures. Etre en forme reste une notion importante pour les employés à domicile mais le discours s'est distingué des agents qui redoutaient

le jugement d'inaptitude. L'existence de la qualification chez les employés peut expliquer cette différence. Dans ce cas, cela pourrait traduire que le discours des agents caractérise une peur d'être inapte qui se rapprocherait davantage de la peur d'être jugé incompetent.

2.4.2. Le poids de la relation à la personne aidée, sa famille et le deuil

La classe 2 concerne elle le discours portant sur le relationnel avec les personnes aidées, ainsi que leur famille (c'est pour cela que le mot « *enfant* » y présente un Khi2 important). On y retrouve des vocables du *care* comme « *aide* », « *accompagner* », « *occuper* », d'après la classification décroissante dans la classe, des résultats du Khi2. Le verbatim de cette classe comprend également ce qui touche à la reconnaissance du métier, alors que le signifiant « *femme de ménage* » y est souvent référencé. Les marqueurs de personne comme « *je* », « *moi* », « *elle* », « *il* » et « *me* » indiquent par ailleurs que dans cette classe, l'expression du vécu y est importante. Notamment quand l'environnement de la personne aidée (les « *enfants* ») considère l'employé à domicile comme une « *femme de ménage* », comme illustrée dans le réseau de forme « *enfant* » présenté à suivre (figure 36).

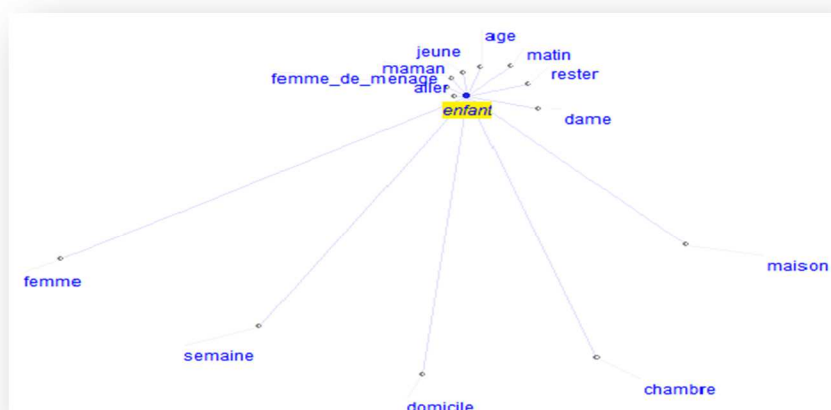


Figure 36 : Réseau de la forme « enfant » de la classe 2 (Catégorie B)

Par ailleurs, en complément, l'analyse de contenu thématique a montré que comparativement aux agents à domicile, la question du rapport à la mort et à la maladie dans le métier y était plus fréquemment évoquée, et ce comme une difficulté, du fait du stress que cela procure.

Une nouvelle approche du métier est significativement apportée par les professionnels de catégorie B. Il s'agit de la composante du métier lié à l'accompagnement de la maladie et aux décès qui s'en suivent parfois. La rencontre avec la mort se fait parfois en direct comme l'aide à domicile dont la personne est « *décédée dans [ses] bras* » (BÉRENGÈRE). Une finalité dont elle percevait déjà l'éventualité, alors qu'elle témoigne avoir eu : « *L'appréhension de la mort. Je ne savais pas si j'allais la trouver morte ou vivante, quoi. (Silence)* ». La mort ne se dit pour autant pas aisément alors que son évocation entraîne la nécessité

d'éclaircir la voix (tousse) comme si cela en avait écorché la gorge de l'aide à domicile. Pour toutes les autres, la mort n'est pas évoquée directement, elle est abordée presque implicitement via la peur de « *trouver la personne par terre* » (BÉRÉNICE), ou parlant de l'accompagnement de « *personne en fin de vie* » (BRIGITTE, BABOU). Une autre enfin abordera le sujet sans mettre en mot la finalité de ce qu'elle a vu, mais expliquant : « *la personne s'est étouffée* » (BLANCHE). D'autres facteurs créent le malaise dans cette difficulté comme les maladies et ce d'autant quand s'opèrent des processus d'identification à la personne aidée. [74] [75] [76]

L'ensemble conduit à des vécus éprouvant, dans « *la crainte du lendemain* » (BRIGITTE) et sa « *nuit un peu perturbée* », alors que la confrontation à la maladie est pénible. [77]. Le vécu de la mort est également difficile à vivre et dépasse le cadre des maisons fréquentées et de la journée de travail.

« *A 62 ans, elle est décédée d'un cancer du sein. Euh... (silence), j'ai passé un mauvais week-end à cause de ça, alors que j'aurais dû sortir de mon travail pour mon week-end, hein.* » (BÉRENGÈRE)

Par ailleurs, s'il ne semble en rien étonnant qu'un tel vécu, dont les situations critiques rencontrées sont inhabituelles pour nombre de professionnels en général, soit difficile à vivre, cette complexité est renforcée par des phénomènes d'incompréhension de certains salariés sur les pathologies et/ou comportements rencontrés. [78]

Une autre réaction exprimée fait lien aux processus relationnels en jeux avec les personnes aidées et leur famille. Ainsi, une employée à domicile, expliquant que face à des difficultés, elle peut en parler à sa responsable ou un psychologue clinicien de l'Organisation, n'aura pas eu besoin de ces dispositifs du fait du lien à la famille aidée elle-même, tel un deuil effectué en famille, dont elle aurait tenu, au moins le temps de l'accompagnement, une place.

« *moi, j'en ai pas eu besoin... euh... parce que, bon, ben... avec la famille et... et tout euh... euh... on... on faisait une euh... une équipe, quand même, autour de la personne... et... on a... ben, j'ai... j'ai... j'ai retrouvé euh... du soutien auprès de la famille* » (BARBARA)

Réciproquement, si cette relation particulière avec la famille a contribué à la gestion du vécu émotionnel pour cette aide à domicile, ce lien qui se forge entre les personnes aidées et l'aidant professionnel est aussi source d'appréhension en soi, alors que l'attachement fait redouter la perte de la personne aidée. [79]

Par ailleurs, cet attachement apparaît indissociable de la relation construite avec la personne, même si elle peut être perçue comme inadaptée d'un point de vue professionnel, à l'image de ce qui est enseigné en formation, à savoir qu'il faudrait garder une distance pour se protéger. [80]

Pour Gilligan (1986), les femmes militent en faveur de l'attachement qui caractérise la communauté. Ainsi, toutes les employées à domicile ont évoqué ce rapport à la « *fin de vie* » dans le métier, au travers

d'évènements illustrés, à l'exception de l'une d'elle qui a perdu un membre de sa famille quelque temps avant et qui se distancie sûrement du décès des autres, éprouvant déjà une souffrance de vivre la mort chez elle. Cette dimension est donc complexe pour ces salariés, mais ils semblent s'y attendre. Ce qui d'ailleurs parfois est à l'origine d'une angoisse d'anticipation. Toutefois, il apparaît que le professionnel devrait être accompagné sur ce point, d'autant que la compréhension des situations n'est pas aisée, même si elles semblent acceptées pour certaines comme une composante du métier, dans une mission d'accompagnement dans laquelle elles ont aussi à apporter, jusqu'au bout.

« Et j'ai eu, euh... et... et comme ça s'est passé, ça s'est peut-être bien passé. Euh... elle était pas décédée quand je suis arrivée. Et... je lui ai demandé comment ça allait et puis je... je lui ai parlé un peu, et puis, bon, ben... j'avais sa main. Et... je lui ai demandé « ça va X (prénom) ? ». Elle m'a fait ça et sa main est tombée. [...] C'était ma première fin de vie, hein. » (BÉRENGÈRE)

Le discours s'oriente donc davantage vers des problématiques portant une complexité psychologique à gérer dans le travail, dans ces rapports entretenus à la personne en fin de vie, ou au moins vulnérable. La charge psychologique et émotionnelle engendrée en ressort également plus « lourde » chez les professionnels missionnés à la relation d'aide, qui nuance là la seule classe d'Alceste référant le discours affectant la santé physique.

« Il y a des personnes qui sont légères, d'autres euh... un peu plus lourdes (rire). Donc euh... Ben, c'est ce que je vous disais, euh... les personnes euh... veulent pas forcément toutes du matériel adapté non plus, donc euh... alors que, maintenant, il y a beaucoup de choses quand même euh... qui pourraient soulager euh... ben le mal de dos, déjà. (silence) » ; « Mais elle est assez... mais je sais pas trop ce qu'elle a comme... maladie, cette dame, mais enfin, on voit bien qu'elle a quelque chose, mais euh... pff... elle est lourde, quoi. Donc euh... quand j'interviens, ben, j'interviens le lundi et le jeudi, c'est vrai que c'est... c'est stressant pour moi, quoi. » (BONNIE)

Ce travail entraîne également des conséquences sur la vie familiale, alors qu'usé de porter dans le métier, il s'agit d'en faire même une fois rentré chez soi au sein de son propre foyer dans lequel l'aide à domicile (homme ou femme) exerce à nouveau le *care* de sa famille. [81] Peu de répit apparaît se présenter pour cette aide à domicile au discours caractérisant un épuisement. Finalement au travers de son langage, BONNIE exprime toute la difficulté de porter la souffrance de l'autre, tout comme celui inhérent à un travail physique et dont l'organisation contraint la conciliation de la vie professionnelle et personnelle des aides à domicile. Le ressenti de BONNIE peut être résumé dans une de ses expressions : « On en a sur le dos aussi, quoi », qui porte à la fois tout ce qui vient d'être exprimé (physique, psychologique, conditions de travail, personnel) ainsi que possiblement ce qui touche à la notion de responsabilités des personnes. Ces excès s'expriment chez d'autres collègues que portent corps et personne : « J'ai pris ça sur moi » (BLANCHE). [82] [83]

La souffrance psychologique complète donc les composantes physiques de la santé affectée par le travail et plus spécifiquement les relations à la personne aidée dont on doit faire avec la maladie et l'éventualité du deuil.

2.4.3. Le manque du responsable

Enfin, la classe 3 met en évidence le manque de rencontres, voire de soutien social perçu de la part du responsable, notamment pour répondre aux problématiques relationnelles rencontrées. Le responsable (« prénom-responsable ») est d'ailleurs le mot caractérisé par le Khi2 le plus puissant dans cette classe. Le réseau de forme (figure 37) de ce mot indique que le responsable est lié aux paroles portant sur le soutien social (« dire », « appeler », « parler ») et tout ce qui relève de la communication (« réunion » (de « secteur »), « cahier »). Les sujets associés à cette communication et cet interlocuteur portent sur le « souci ».

La référence à « bureau », traduit l'autre vocable utilisé fréquemment pour parler du responsable. [84] Ce signifiant caractérise un rôle formel, administratif et un critère d'éloignement du responsable.

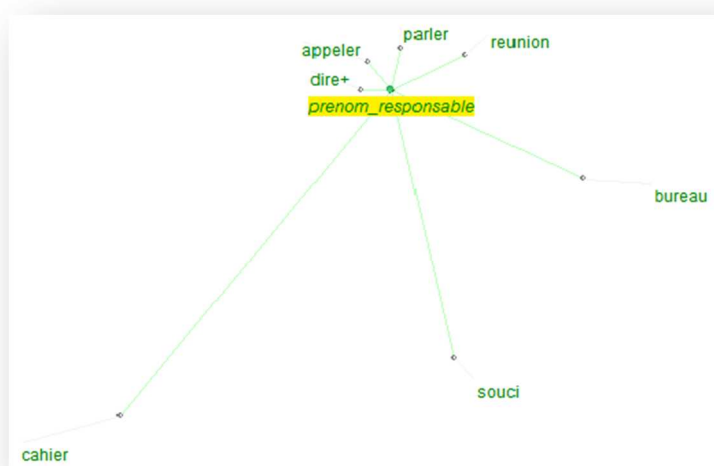


Figure 37 : Réseau de la forme « prénom_responsable » de la classe 2 (Catégorie B)

Toutefois, il ressort de l'analyse de contenu que la forme négative est très fréquente dans le verbatim analysé, il faut donc entendre le soutien du responsable souvent au sens de non disponible pour plusieurs employés à domicile qui en témoignent une insatisfaction de ne pas le rencontrer en dehors des échanges téléphoniques, qui eux restent accessibles. [85] [86] Par ailleurs, une recherche textuelle dans le corpus montre que si le lieu de choix pour évoquer un problème de travail est le bureau, le vocable lié à l'écoute n'est que très peu employé en lien avec le responsable hiérarchique. Il en résulterait que le management soit surtout opérationnel et en même temps sollicité à des fins de recueil d'information ou de résolution de problème. L'analyse de contenu thématique révèle que l'utilisation des vocables liés à l'écoute réfère en majorité dans le corpus des employés à domicile à leur propre personne vis-à-vis de la personne aidée. Ainsi, une seule employée à domicile évoque spontanément une écoute au bureau mais les autres sont plutôt en demande d'une oreille attentive. [87] [88]

Il en résulte que le rôle du responsable tient davantage en une facilitation du travail par l'apport d'informations et la gestion des situations conflictuelles ou d'accompagnement dépassant les compétences du salarié (sous réserve de la relation de confiance) :

« on retourne au... au bureau et puis... (rire) on demande à notre conseillère « bon, on fait quoi dans ces cas-là », mais... et, on suit son conseil. Après, euh... si... les enfants sont pas d'accord, on leur dit « vous allez voir euh... le bureau » et elle... et elle régule ça. Et puis, c'est vrai que, nous, quand on a des conflits, bon ben... on a... une assistante technique qui est vraiment là, disponible pour nous, quoi. » (BABOU)

Les compétences spécifiques du manager sont également parfois mises en évidence indirectement lors de ce que crée leur absence le week-end, comme difficultés pour l'aide à domicile esseulé. [89] [90]

Les avis sont donc partagés sur la question de l'écoute du responsable parmi les employés même si en majorité la résolution de problème s'opère. Toutefois, derrière le manque de soutien affiché, un lien proche s'effectue avec la notion de reconnaissance des métiers et du travail. Ce qui peut donner une lecture complémentaire de ces résultats. Parce que les échanges ont lieu. L'insatisfaction évoquée traduit alors un manque au travers d'eux et non leur absence réelle.

2.4.4. **Qualifiés mais pas reconnus**

Nous avons vu que la question du manque de reconnaissance est plutôt généralisée, même si apparaissant peu revendiquée par les agents à domicile qui semblent accepter les représentations sociales du métier. La reconnaissance est un sujet tout autant présent dans le discours des employés et des auxiliaires de vie, mais ce, avec des spécificités. L'employé à domicile justifie d'une qualification qui lui confère un plus dans sa pratique, mais ce dernier ne se sent pas reconnu. De plus, la qualification ultime reste le sésame du DEAVS, qu'ils n'ont pas.

La qualification est un aspect notable qui caractérise « l'assistant de vie » dans son discours dans lequel elle apparaît significativement. Elle impacte les missions, le statut, mais également le vécu associé. La compétence est riche et diverse, bien au-delà des savoir-faire pratiques liés à l'entretien (c'est-à-dire le ménage). Le métier s'intègre dans une dimension sociale dont la mission d'accompagnement est revendiquée, la pratique du ménage n'étant présentée globalement que comme un moyen à la mission sociale. Ces formations peuvent s'illustrer par les mini-stages de quelques jours qui facilitent l'activité (sur la maladie d'Alzheimer, l'alcoolisme), mais l'impact sur la reconnaissance et l'estime de soi relèvent davantage des acquis de la formation qualifiante.

Toutefois, l'analyse de contenu a permis de repérer que le rapport à la formation des personnels qualifiés d'un CAP ETC semblent être différent. Leurs titulaires se définissent même parfois comme « sans formation », comme si celle-ci ne servait pas la pratique d'accompagnement. Cela questionne donc le rapport compétence-mission pour ces personnels de catégorie intermédiaire.

Les formations plus centrées sur les savoirs faire associés à l'entretien d'espaces apparaissent moins adaptées au professionnel qui peut montrer une forme de malaise lors des entretiens. Cette tendance

s'observe également chez les professionnels ayant validé des titres ou qualifications uniquement par VAE, sans avoir suivi concrètement les modules. Il en résulte là tout le questionnement lié à une validation des acquis, différente de l'acquisition d'un savoir-faire, un savoir-être ou une connaissance, en formation, dans une dynamique réflexive, collective et accompagnée. Tout comme le manager qui peut valider une compétence sans avoir jamais appris et questionné les outils à sa disposition. Accompagner une équipe de travail comme une personne dans une dynamique d'aide n'est pas chose innée, elle est compétence. Il semble que les professionnels mis en situation d'accompagnement de publics vulnérables pourraient le devenir eux-mêmes du fait de cette carence en formation qualifiante adaptée aux besoins du métier. La question de la qualification, du soutien et de la reconnaissance apparaît donc constituer des problématiques centrales d'après le discours des employés à domicile, souvent éprouvés de la dépendance des personnes âgées.

2.5. La pénibilité psychique des Auxiliaires de vie

L'analyse de contenu thématique a révélé des indices de pénibilité plus explicites chez les AVS, ce qui se confirme dans les analyses lexicographiques ainsi que d'après les résultats du recueil quantitatif complémentaire. Le corpus des auxiliaires de vie analysé sous Alceste 2015 a porté sur 65% des unités textuelles classées par le logiciel, sous quatre classes d'énoncés significatives (Cf. annexe CH6E - « classes des discours des auxiliaires de vie sociale »).

La **première classe** la plus spécifique représente 22% des unités textuelles classées et se caractérise par des mots tels que « *heure* », « *semaine* », « *jour* », « *mois* », « *journée* » et « *quart* ». La **seconde classe** comptabilise 32% des unités textuelles analysées (donc la plus importante). Les mots spécifiques à cette classe sont « *stress* », « *santé* », « *gens* », « *mot* », « *vie* » et « *lier* ». Ensuite, la **classe 3** représente 23% des unités textuelles classées. Ses mots significatifs en sont « *réunion* », « *parler* », « *équipe* », « *service* », « *ensemble* » et « *connaître* ». Enfin, la **dernière classe** (23% également) est marquée par les mots « *enfant* », « *occuper* », « *auxiliaire de vie* », « *ménage* », « *aimer* » et « *dame* ».

Ces différentes classes conduisent à développer les spécificités suivantes du discours des auxiliaires de vie qui concernent : le stress au travail (classe 2), l'accompagnement et le sens du métier (classe 4), la communication dans le travail (classe 3) et la pression du temps et la charge de travail perçue (classe 1).

2.5.1. Le stress au travail

La **classe 2** (couleur bleue) porte sur un discours relatif aux sujets de la santé et du stress. Les mots tels que « *euh* », « *silence* », « *hein* », « *rire* » sont encore une fois très liés à ces problématiques. Ces éléments ont traduit à la fois de la gêne et des temps de réflexion. Toutefois, l'analyse du contenu a mis

en évidence que ces silences ne contraignaient pas significativement l'expression comme nous l'avons observé nettement chez les agents.

Le verbatim extrait de cette classe traduit une expression de souffrances psychologiques fortes alors que la question de la santé physique y est peu abordée, concédant que cela fait « *partie du métier* », alors que beaucoup d'auxiliaires de vie sont également plus âgées. Les mots présentant le Khi2 le plus puissant dans cette classe sont « *stress* », « *santé* » et « *gens* », dont nous exposons les réseaux de forme correspondants (figures 38 et 39).

Le stress est ainsi lié à la fatigue et l'angoisse provoquées par les interventions auprès des personnes. Il peut également résulter d'une forme de saturation, de « *ras-le-bol* » généré par une pression au travail, mais également les conséquences de la vie privée.

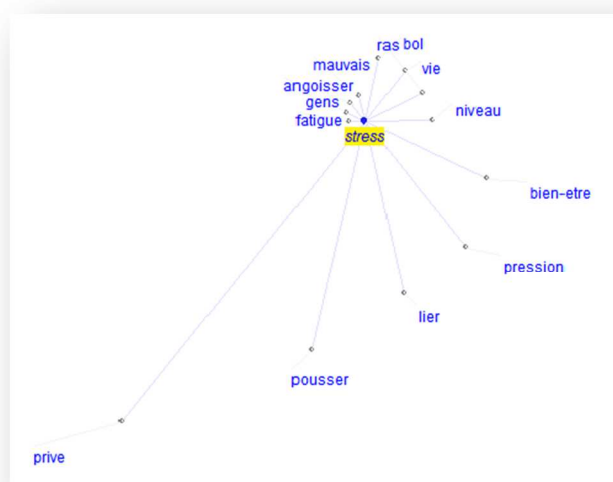


Figure 38 : Réseau de la forme « stress » de la classe 2 (Catégorie C)

Le stress est donc abordé négativement et comme provoquant des sentiments désagréables du fait du poids du quotidien et des interventions auprès de publics fragilisés et dont la reconnaissance n'est pas toujours à hauteur de l'attendu. Le réseau de forme « gens » (figure 39) qui représente les personnes aidées et l'organisation illustre bien comment la composante relationnelle est source de « *pression* », de « *ras-le-bol* », conséquence d'une fatigue d'être « *poussé* ».

Enfin, le stress est distingué de la santé. En effet, la question de la santé, d'après le réseau de forme du même nom (figure 39), reste centrée sur la santé physique et dont le travail procure de la fatigue et des affections qu'il conviendrait de prendre soin par l'exécution de « *bons gestes* ».

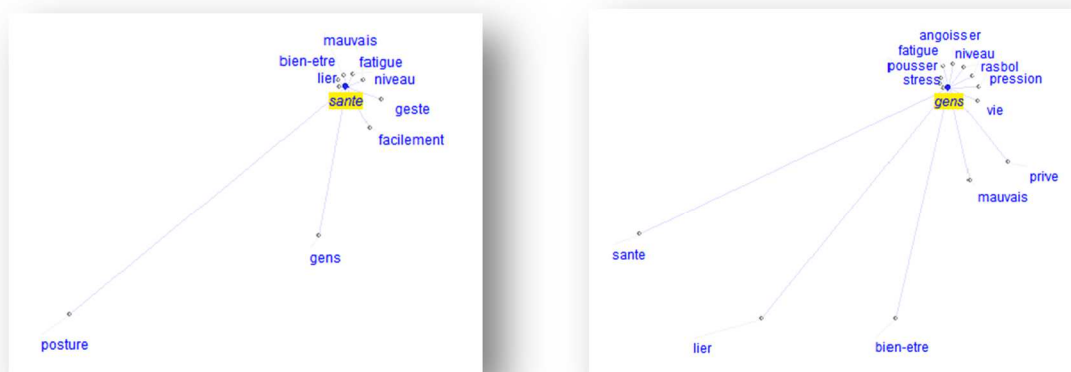


Figure 39 : Réseaux des formes « santé » et « gens » de la classe 2 (Catégorie C)

On a par ailleurs constaté que les références étaient plus nombreuses au sujet de la souffrance psychique que physique¹³², comparativement à leurs pairs. Cela peut s’expliquer par une expression ressentie plus aisée chez ces professionnels à aborder le sujet, peut-être du fait de leur qualification plus élevée ou du fait que leur discours traduit une acceptation plus importante de cette réalité d’un travail difficile du *care* auprès des personnes vulnérables ; que le diplôme participe sans doute à reconnaître également en partie.

2.5.2. La pression du temps et la charge de travail

La classe 1 se traduit essentiellement par un discours tourné sur la charge de travail et notamment la pression temporelle rencontrée par les auxiliaires de vie qui interviennent dans plusieurs maisons sur des temps parfois courts, et qui font également face aux remplacements des collègues en arrêt de travail. Ces éléments contribuent à la souffrance morale ressentie.

Les interventions s’enchaînent dans la contrainte complémentaire des temps de route parfois exprimés comme sous évalués, et aussi plus nombreux du fait que les prestations d’accompagnement sont plus courtes et donc plus nombreuses. Ainsi que les temps du *care* qui se prolongent sur le pas de la porte et que l’auxiliaire de vie considère ne pas pouvoir réduire au temps de la prestation.

« Maintenant euh... on travaille plus par une heure ou une demi-heure. Donc, ce qui dit euh... qui dit euh... une demi-heure, c’est... ben... plus c’est court, plus c’est à faire en un minimum de temps. Donc, euh... forcément, plus de temps sur la route. Donc, il y a un stress supplémentaire, il y a le fait de l’heure. C’est un métier, en fait, qui est physique, mais qui est stressant aussi. (Silence). C’est quand même beaucoup de demi-heures »
(CHANTAL)

¹³² La santé physique est aussi abordée en premier lieu, avec les effets concrets du travail clairement identifiés mais au final presque banalisés dans le discours, au bénéfice de la « santé morale » dont le sujet est plus abondamment abordé au travers du travail et des activités.

« Par exemple, on fait 6 heures dans une journée, mais c'est vrai qu'avec le temps de route et tout, on fait plus. Et puis, des fois, les gens, ils nous retiennent, on papote et tout ça, donc euh... on peut pas partir comme ça, quoi. C'est vrai que... des fois, les gens... [...] [ndlr : on ne peut pas dire] Euh... « c'est l'heure, je m'en vais. » Bon ben... « je reviendrai demain. » Ouais, donc des fois euh... c'est vrai que... Et puis, moi, je parle beaucoup donc, les gens... des fois, sur le pas-de-porte, on est dans la cuisine, on arrive dans le couloir, elle continue, on arrive à la porte d'entrée, elle continue, je vais jusqu'à la voiture, ça continue. Donc euh... il y a des gens, ils... ils se rendent pas compte et l'heure tourne et... » (CORINNE)

Le temps du *care* n'est pas au réel conforme à un planning et la relation de *care* nécessite par ailleurs pour le professionnel de prendre ces temps pour justifier de son *care* qu'il ne peut refuser au vulnérable.

Ainsi, les AVS présentent des situations plus explicites de souffrance morale du fait de leur métier auprès de personnes dépendantes associé à des conditions de travail temporelles et des exigences perçues supérieures du fait de leur qualification.

2.5.3. L'accompagnement de la dépendance et le sens du métier

La classe 4 intègre les éléments liés à l'accompagnement des personnes, et plus largement à la pratique de *care*. Les trois premiers mots significatifs de cette classe sont « *enfant* », « *occuper* » et « *auxiliaire de vie* ». Les « *enfants* » représentent dans le verbatim les enfants des personnes aidées, voire des personnes aidées qui soient jeunes elles-mêmes (exposé en théorie dans le discours, ou du fait d'expériences antérieures). Comme chez les autres aides à domicile, l'environnement familial des personnes aidées est une fois encore source de pression. Le fait d'être à l'interaction de la personne aidée et la famille complexifie la relation de *care* et peut même conduire à une perte de sens de l'emploi qui vise à se centrer sur la personne âgée. L'analyse de contenu thématique révèle que la place du discours portant sur la relation de *care* est plus importante chez les auxiliaires de vie sociale, avec un discours enrichi, et des pratiques réflexives mises en évidence qui apparaissent également en modifier le rapport à la santé ; ce que nous aborderons plus spécifiquement dans le point suivant qui porte sur les stratégies d'ajustement. La relation de *care* est traduite par le fait de « *s'occuper* » (2^{ème} mot le plus puissant de la classe dont le réseau de forme est illustré figure 40) de la personne auprès de laquelle on assure un travail que l'on aime, et qui se traduit par le ménage ou l'entretien que l'on veut bien faire, à condition que ce ne soit pas « *que du ménage* », ce qui crée une frustration pour nombre d'auxiliaires de vie lorsque c'est le cas.

Au contraire, cette modélisation indique la richesse étendue du discours de *care* des AVS au travers de vocables comme « *promener* », « *jeu* », « *entretien* », « *aide* », « *ménage* », « *aimer* » et « *donner* ». Ces deux derniers signifiants illustrent l'engagement dans la relation d'aide. Toutefois, « *occuper* » est aussi lié à « *user* ». Ce qui est mis en évidence ici, c'est une usure qui provient de l'exercice de ménage, qui n'est pas considéré comme une traduction de *s'occuper* de l'autre. Ainsi, ne pas exercer un *care* relationnel serait usant pour l'aide à domicile, malgré la charge mentale associée à l'accompagnement de la

dépendance. Ici, c'est le sens du travail, qui n'est pas trouvé dans des tâches exclusives d'entretien, qui procure l'insatisfaction.

« Je ne veux pas... Euh... je veux bien faire de l'entretien, c'est aussi dans mon travail de le faire, hein, mais euh... quand on a des maisons, on leur donne un droit, un... un... une aide pour l'entre... pour la... pour s'occuper de la personne et on fait autre chose à côté pendant 3 ou 4 heures ou 2 heures, c'est un peu usant, quoi. Alors qu'on vient pour aider la personne. Oui, je veux bien euh... faire de l'entretien, je m'occupe de la personne, on discute, on fait des jeux, des activités de mémoire. Oui, OK, c'est dans mon travail, mais je veux pas... On te donne des heures... d'entretien, je fais l'entretien, ça, d'accord. On te donne des heures, du Conseil Général... » (CHLOÉ)

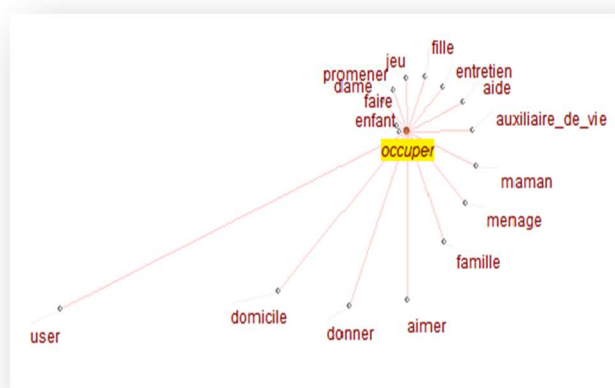


Figure 40 : Réseau de la forme « occuper » de la classe 4 (Catégorie C)

Enfin, le troisième mot le plus fort de cette classe est le titre « *auxiliaire de vie* » lui-même. Il exprime un statut conféré par un diplôme, au-delà de la formation. Cette notion de qualification est importante pour les AVS qui, à l'image des employés vis-à-vis d'eux, expriment également régulièrement un sentiment d'infériorité vis-à-vis des aides-soignants. Ainsi, une tension existe avec les aides-soignants, avec qui ces professionnels peuvent rentrer en concurrence par la différence de reconnaissance du DEAS et du DEAVS :

« ... on mélange pas les torchons et les serviettes, d'ailleurs on me l'a dit une fois. Ça, au moins, c'était au clair. Donc, j'ai dit « bien. Ben, c'est bien parce que, nous aussi, on fait des toilettes. Moi aussi, je fais des toilettes, hein ». C'est sûr qu'on n'a pas le diplôme, mais bon euh... on fait beaucoup de choses, quoi. » (CORINNE)

Le dernier réseau de forme « *auxiliaire de vie* » (figure 41), met par ailleurs en évidence la question du discours lié au diplôme qui légitimise le statut et les tâches d'accompagnement, qui se distingue du ménage (plus éloigné).

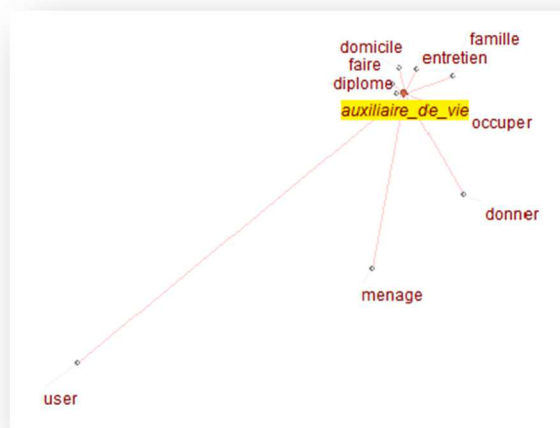


Figure 41 : Réseau de la forme « auxiliaire de vie » de la classe 4 (Catégorie C)

De même, certains AVS expliqueront qu'on leur en demande plus du fait de ce diplôme :

« Même si, voilà, même si on s'organise bien, hein, c'est pas une question de... mais, c'est... on nous demande de plus en plus. Euh... parce qu'au début, c'était euh... le ménage et voilà. Maintenant, c'est vrai quand... on a un titre d'auxiliaire de vie sociale, donc on nous demande beaucoup plus. Donc, euh... c'est déjà la toilette, c'est... mais c'est aussi la personne. Voilà, il faut... Il faut penser à son bien-être, il faut euh... penser euh... qu'elle puisse aller vers l'extérieur, tout ça euh... Voilà, c'est... On nous en demande euh... de plus en plus au niveau du travail et voilà. Après, c'est intéressant. Mais, c'est... c'est plus de... plus de stress aussi. » (CHANTAL)

Le titre, que nous pensions source de reconnaissance n'apparaît l'être finalement que partiellement, le Graal étant chez les soignants qui font les toilettes et les transferts. De plus, l'accès au diplôme conduit pour certains à une pression nouvelle s'illustrant dans la perception d'exigences supérieures du fait de ce titre qualifié. Ainsi, nous avons interrogé en complément les aides à domicile sur les exigences mentales de leur métier, afin d'identifier leurs perceptions en fonction de la catégorie. Il résulte que ce n'est pas tant la charge de travail qui pèse que les conditions dans lesquelles ils doivent l'exécuter :

« On nous demande d'aller dans des maisons... il y a beaucoup d'entretien... ben, oui, mais bon... Où est le rôle d'auxiliaire de vie ? L'entretien. Alors, j'ai dit « je vais faire femme de ménage », c'est pas ce que je recherche. Non, moi, c'est plutôt le... les conditions de travail qui m'usent beaucoup, beaucoup, parce que... j'aime... j'aime... pff... j'aime mon travail, je peux pas dire euh... l'aide à la personne euh... aider les personnes, euh... ça, ça... c'est le travail » (CHLOÉ)

Une extraction des réponses du recueil quantitatif complémentaire, portant sur des éléments permettant de pondérer l'exigence mentale d'un travail (à l'image de l'outil de Karasek) confirme que la perception de la charge mentale est bien plus importante chez les auxiliaires de vie. Sont intégrées dans ce tableau (tableau 11) les proportions d'aides à domicile s'étant positionnés en accord avec les affirmations suivantes.

	Agents à domicile	Employés à domicile	Auxiliaires de vie
« on me demande de faire une quantité de travail excessive »	45%	40%	29%
« mon travail nécessite que je travaille très rapidement »	59%	62%	62%
« mon travail nécessite que je travaille très fort mentalement »	46%	56%	81%
« mon travail nécessite de longues périodes de concentration »	34%	38%	62%
« mon travail est souvent mouvementé »	54%	49%	67%

Tableau 11 : Evaluation des exigences mentales du travail des aides à domicile

La quantité de travail n'est pas perçue excessive chez les AVS, mais les autres items mettent en évidence une charge mentale importante du travail, en comparaison des évaluations de leurs pairs, la notion de cadence étant toutefois similaire à chaque catégorie. La souffrance morale supérieure témoignée par les AVS pourrait donc se justifier d'exigences mentales supérieures et de celles associées à l'acquisition d'un nouveau statut qui conduit à une nouvelle représentation du métier.

2.5.4. L'importante communication dans le travail

La classe 3 du discours des AVS met en évidence la composante communicationnelle du métier. Que cela se traduise par des collaborations de travail avec le collègue ou dans le cadre de réunions. La notion d'équipe de travail semble exister réellement pour la première fois, dans un contexte où la nature des interventions effectuées demande une coordination avec les binômes (voire trinômes) et parfois même avec les aides-soignants. De même, il apparaît plus fréquent que des temps de concertation soient organisés, notamment pour adapter l'accompagnement à l'évolution de la situation de la personne aidée, ou pour échanger sur les moyens de faciliter la pratique auprès de personnes aidées parfois agressives. Ces éléments constituent semblent-ils une vraie distinction avec les pairs de catégories inférieures, plus isolés. Les trois mots les plus fortement représentés dans cette classe sont « *réunion* », « *parler* » et « *équipe* »¹³³, dont les réseaux de formes (figure 42) confirment ces éléments.

Ces temps de rencontre sont ainsi plus fréquents et davantage évoqués par les AVS dont la nature des échanges apparaît indispensable à la pratique et la régulation des interventions, plutôt centrés sur l'accompagnement. Du point de vue de l'accès au soutien social, les AVS semblent donc privilégiés comparativement à leurs pairs des autres catégories, sur la possibilité des rencontres. Il est probable que la nature des interventions et de l'accompagnement incite davantage le professionnel à l'échange. La dégradation de l'état d'une personne demandant de réguliers aménagements qui ne peuvent s'affranchir de coordination.

¹³³ Le réseau de forme de « *équipe* » n'est pas représenté puisque n'apportant pas d'éléments complémentaire aux deux premiers, desquels il est très similaire.

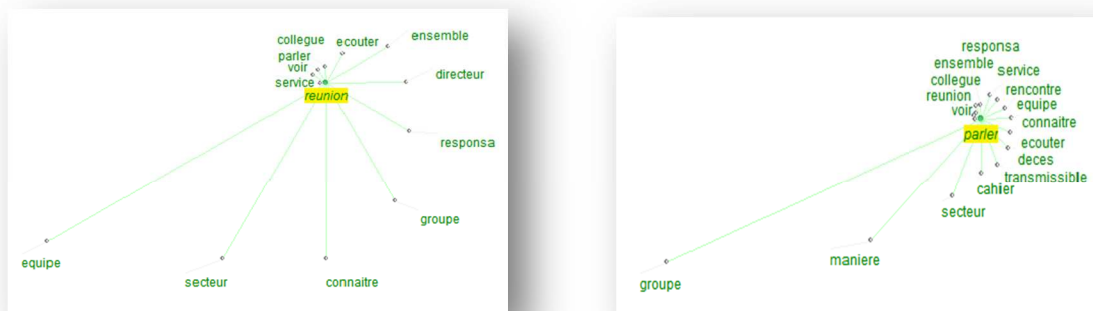


Figure 42 : Réseaux des formes « réunion » et « parler » de la classe 3 (Catégorie C)

En conclusion, cette typologie des problématiques spécifiques aux emplois, dont les métiers et missions sont finalement spécifiques et parfois singuliers, met en évidence que le vécu n’est pas généralisable dans un métier « générique » d’aide à domicile.

L’hypothèse 2 est donc confirmée de ses spécificités multiples. Les AVS témoignent d’une souffrance mentale significative. L’expression plus importante de leur catégorie ne saurait toutefois minimiser le vécu perturbé et fragile des agents (qui se taisent) et des employés (qui expriment un mécontentement). De même, si les problématiques de reconnaissance sont fortement exprimées par les employés, les AVS le ressentent aussi malgré la qualification reconnue au sein du métier par les aides à domicile.

2.6. Validation de H2 et H5 : spécificités catégorielles et de qualification

L’hypothèse 2 selon laquelle des spécificités selon la catégorie d’emploi existent dans le vécu professionnel est validée. Ces spécificités portent d’une part sur les problématiques mettant le plus en difficultés les aides à domicile et leur vécu du manque de reconnaissance au travail. D’autre part, des profils spécifiques ont également été mis en évidence selon la catégorie d’appartenance.

- **Les sources de difficultés sont spécifiques aux catégories d’emplois**

Premièrement, concernant les sources de difficultés, on constate que les agents à domicile (catégorie A) ont très peu rapporté le manque de temps pour effectuer le travail comme une source caractéristique de difficulté au travail, comparativement aux employés à domicile (catégorie B) et aux AVS (catégorie C).

La nature des interventions peut possiblement expliquer ces différences, alors qu’une prestation de ménage (telle que demandée aux agents) devrait s’organiser plus aisément auprès d’un public autonome. En effet, les employés et les AVS partagent leur temps de travail avec les tâches ménagères et les échanges à la

personne âgée, dont certains sont même parfois retenus sur le pas de la porte, alors qu'en partance vers une nouvelle maison sous 15 minutes. De même, les tâches des AVS, qui peuvent être missionnés sur des transferts, des levers, des temps de repas, exercent dans un cadre plus serré en termes de temps, ce qui peut être facteur de pression. Il ne serait pas acceptable de lever une personne à 10h ou la faire manger à 13h30, alors que le ménage peut être décalé, et ces types de tâches peuvent être priorisés et organisés sur différentes interventions. En effet, une pièce que l'on n'a pas eu le temps de nettoyer pourra dans l'absolu l'être la fois suivante, ce report n'étant pas possible dans un accompagnement à la personne qui induit le respect de ses rythmes biologiques. De même, les interventions portant sur l'accompagnement des personnes aidées hors ménage sont généralement plus courtes (interventions de 30 minutes et 1 heure) que celles des prestations de ménage (2 à 3 heures). La cadence est donc plus soutenue chez les professionnels qualifiés, du fait de leurs missions auprès de personnes dépendantes qui modifient la nature des interventions à réaliser.

Une seconde spécificité des agents concerne la problématique de la première intervention comme source de difficultés, voire de stress et de peur. En effet, si ce motif représente celui le moins évoqué par les employés et les AVS, il constitue le deuxième facteur de pression chez l'agent – après la situation de mécontentement et/ou d'agressivité qui pour chaque catégorie est la plus grande source de difficulté. La peur de l'inconnu traduit la crainte de l'agent à intervenir auprès d'un nouveau bénéficiaire, dont on redoute l'entrée en relation, la première séance permettant généralement de réduire l'angoisse alors que l'on sait ensuite où l'on va et qui l'on a en face de soi réduisant un manque de prédictibilité qui s'explique par des carences informationnelles. Les employés et les auxiliaires semblent ainsi se caractériser par une adaptabilité plus importante à la nouveauté, là où l'agent craint de ne pas être en capacité de répondre aux exigences de la personne. Nous verrons à suivre que le fait que cette problématique soit quasi inexistante chez les AVS peut s'expliquer par le fait qu'intervenir auprès de la dépendance dans le cadre d'un plan d'aide individualisé conduit également à une transmission d'informations avant intervention plus importante. Ceci permettant à l'AVS de préparer son intervention, sachant au préalable la mission qu'il aura au sein de la nouvelle maison en question, qui il va rencontrer, etc. De même, l'accompagnement de la dépendance demande une coordination et une intervention par binôme voire trinôme qui permettent les échanges avec les pairs qui interviennent au sein de la même maison. Peut-être également, la qualification et la formation que possèdent les AVS et les employés permettent de rassurer davantage le professionnel sur sa capacité à répondre au besoin, là où l'agent craint de ne pas être à la hauteur.

La question de la qualification et de la confiance en ses capacités semblent ici un motif d'explication plausible et constituent des ressources individuelles importantes.

Enfin, la dégradation de l'état de santé de la personne aidée (ou son décès) comme motif majeur de difficulté à court terme augmente avec la catégorie d'emploi. Ce qui apparaît cohérent, puisque les interventions auprès de la dépendance en sont une caractéristique (prioritairement attribuées aux AVS puis employés, en fonction de la nature de la dépendance et des tâches à réaliser). Le risque est donc plus

important de rencontrer ces situations pour les AVS et les employés, comparativement aux agents. Ce qui interpelle toutefois dans les résultats concernant cette source de difficulté est la proportion que l'on rencontre concernant les agents sur ce point. En effet, un cinquième des aides à domicile de catégorie A ont évoqué cette problématique parmi le panel de l'enquête quantitative. Or, ces professionnels ne devraient être positionnés auprès de personnes dépendantes au sens de la convention collective. Il est ainsi mis en évidence ici une différence entre le travail prescrit et le travail réel que rencontrent les agents à domicile. Le fait de réaliser des tâches de ménage (et non de l'accompagnement social) n'empêchant pas la charge mentale associée au fait d'intervenir auprès d'une personne en situation de dépendance, dont les comportements peuvent subir des conséquences de la maladie, alors que l'agent ne dispose pas de formation lui permettant d'en comprendre le sens, les sources et les conséquences relationnelles.

Ainsi, la nature des problématiques rencontrées est différemment vécue selon l'emploi et en arrière-plan, la qualification des aides à domicile, et peut-être la perception de leurs compétences à bien agir en réaction. Un accompagnement spécifique devrait alors en découler de la part de l'encadrement afin de sécuriser la pratique professionnelle des différentes catégories d'emploi.

- **Le vécu du manque de reconnaissance entraîne plus d'expression d'insatisfaction chez les personnels qualifiés**

Le deuxième point qui constitue un élément caractéristique des emplois concerne les effets du manque de reconnaissance au travail (alors qu'il est avéré que cette problématique est majeure dans le métier). Si les apports théoriques permettent de conclure que le manque de reconnaissance a des effets négatifs sur la santé et la satisfaction au travail, nous avons toutefois constaté que le vécu de ces problématiques se traduit différemment selon l'emploi occupé et la qualification qu'il valorise (ou non).

Ainsi, nous avons relevé que le manque de reconnaissance chez les agents à domicile est moins abordé que dans les autres catégories d'emploi, qui bénéficient d'une qualification, et dont la référence est importante dans le métier. Les entretiens avec les agents ont ainsi mis en évidence chez eux l'expression d'un sentiment de dévalorisation (de gêne) à ne pas être formés, à l'image de leurs pairs, leur apparaissant peut-être de meilleurs pourvoyeurs de *care*. Nous avons constaté une forme d'intériorisation de l'image d'un métier qui ne nécessiterait pas de formation pour « faire le ménage ». Ainsi, l'on relève moins de revendications de la part des agents quant à la reconnaissance de leur métier. Toutefois, il apparaît que les représentations du métier ainsi intériorisées pèsent sur leur estime de soi, dans une vision défavorable de leur capacité à exercer le *care*. Ces effets nous apparaissent renforcés du contexte institutionnel d'une structure prestataire où les différences de catégories sont plus visibles que si l'on exerce en mandataire, intégrant une hiérarchisation des rapports entre les aides à domicile, au moins perçus d'une compétence à.

Là où les agents n'ont pas beaucoup remis en question le manque de reconnaissance, cette question a pu s'exprimer sous l'émotion de la colère et de l'insatisfaction chez les employés à domicile, qui nous ont parus être les professionnels les plus affectés de cette carence. Le lien à la qualification dans ce contexte s'est montré très fort, alors que la formation réalisée n'est pas perçue reconnue bien que témoignée comme

rendant compétent à une relation d'aide qui se joue en dehors du ménage et des compétences techniques que cette tâche périphérique implique. D'ailleurs, la perception de la formation a un effet y compris au sein du groupe lui-même. En effet, des titulaires du CAP ETC se sont présentés comme sans formation (s'il n'avait pas acquis en parallèle le titre professionnel d'assistant de vie). Comme si la compétence que nous supposons déjà comme plus centrée sur la technicité n'était pas ce qui permet d'exercer un *care* dans le métier d'aide à domicile. Le faible effectif de ces employés ainsi formés étant peu nombreux, cela ne nous permet cependant que d'évoquer une tendance sur le rapport à la formation technique pour ces métiers. Toutefois, les référentiels actuels de cette formation étant étendu à un accompagnement relationnel, il est possible que les conséquences évoluent en se minorant, du fait même que les nouveaux diplômés de la sorte se sentiront sans doute plus compétents sur ce point, car préparés à.

Enfin, il est à noter que le sentiment de reconnaissance ne se dirige pas uniquement vers l'extérieur (majoritairement de la part des familles des personnes aidées) chez les employés à domicile qui révèlent une carence de reconnaissance en interne, qui s'exerce par l'Organisation au travers d'une reconnaissance financière inférieure, ainsi que vis-à-vis des AVS dont ils présentent un sentiment de dévalorisation du fait que sans le diplôme d'état, ils bénéficient d'avantages inférieurs alors que perçoivent effectuer le même travail. Les employés à domicile sont donc éprouvés d'un manque de reconnaissance qui provient de l'extérieur et de l'intérieur, ce qui leur procure un sentiment d'insatisfaction majeur, voire de démotivation et dont on conclut des effets négatifs sur l'estime de soi.

Chez les AVS, on retrouve un profil similaire aux employés à domicile, les professionnels de catégorie C étant toutefois plus affectés d'un manque de reconnaissance externe, alors que reconnu en interne du fait de leur diplôme par leur Organisation et leurs pairs dont ils possèdent un niveau de qualification et de rémunération supérieurs. Pour autant, nous avons noté des expressions de frustration liées à un sentiment de dévalorisation qui s'exprime cette fois vis-à-vis des aides-soignants, de catégorie similaire à la leur, qui font des missions similaires (comme les levers) mais ne bénéficient pas de la reconnaissance d'une tâche de soin, valorisée socialement dans le secteur manifestement. Ici encore, on assiste à une souffrance morale relevant d'une image d'un métier réduite à la technicité du ménage qui se marchande, alors que la reconnaissance est attendue de la compétence émotionnelle et relationnelle, invisible, au sens de Dussuet (2008).

- **Les profils distincts de leur catégorie d'emploi**

Enfin, des profils se sont dégagés comme représentatifs des catégories d'emploi avec des agents qui avalent leur souffrance en silence, des employés qui souffrent d'un manque de soutien et de reconnaissance face aux problématiques relationnelles et des AVS qui témoignent d'une pénibilité psychique majorée de l'accompagnement de la dépendance (par la même désiré et satisfaisant), malgré un accès au soutien social plus favorable que leurs pairs.

Les agents à domicile se sont distingués par leur recours important aux silences témoignant de non-dits justifiés par de la gêne et de la peur à aborder les sujets du stress au travail et la mise en évidence d'un manque de soutien social. Le discours était moins riche pour cette population où l'on s'autorise moins à

dire les choses sur soi et le travail alors que l'exercice d'élaboration est apparu plus difficile à ces professionnels qui ont eu à cœur de prouver qu'ils allaient bien et étaient en capacité de « faire » le travail, illustrant sans doute également un sentiment d'insécurité de l'emploi. L'analyse des données conduit à expliquer ces silences par (1) la peur de perdre son emploi si l'on venait à se dire que les agents ne font pas correctement leur travail et (2) la perception de règles professionnelles contraignantes comme celle qui postule qu'on n'aurait pas le droit de « dire » dans le métier, rapport au secret et à la discrétion indispensables au travail qui s'apparente à une idéologie défensive (au sens de la psychodynamique du travail). La difficulté d'expression s'explique par ailleurs par un isolement plus important des agents qui ne voient pas, voire ne connaissent pas leurs collègues dont ils craignent la comparaison en termes d'efficacité. De même, la (non)qualification peut expliquer les difficultés d'expression écrite et orale, qui renforcent l'isolement ; ainsi que le sentiment d'incompétence perçu par les agents à domicile.

Les employés ont un discours qui se caractérise par des références plus importantes aux poids relationnels du métier, renforcés par un manque de reconnaissance généralisé et de soutien organisationnel qui se traduit par un accès difficile au responsable hiérarchique réduit à des contacts majoritairement téléphoniques quand il n'est pas absent, malgré la description facilitante de ses interventions pour régler les problèmes quand la relation de confiance existe. Les employés ont un discours plus revendicatif en lien avec le manque de reconnaissance du travail de *care* émotionnel qu'ils réalisent dans des conditions complexifiées du rapport au deuil et à la maladie. La question de la qualification est souvent abordée pour justifier que leur action dépasse un travail technique de ménage. Il apparaît que ce qui explique les effets plus délétères des carences sociales chez les employés relèvent de leur sentiment de dévalorisation vis-à-vis de leurs pairs AVS. Enfin, les employés à domicile étaient également ceux qui exercent le plus en termes de temps de travail (tendance du groupe), ce qui peut expliquer un épuisement dans le travail plus important qui se répercute sur le moral et la satisfaction au travail, alors que leur sentiment de responsabilité vis-à-vis des personnes aidées est important.

Enfin, les AVS se sont davantage exprimés sur leur stress ressenti au travail et parfois sur des sentiments d'épuisement traduits par un « ras-le-bol » qui s'explique par un temps et une charge de travail perçus contraignants, alors que l'accompagnement de la dépendance peut être pénible et que le sens du travail n'est pas toujours identifié dans les tâches de ménage effectuées. Enfin, si le DEAVS apporte une reconnaissance en interne, il est aussi source de pression supplémentaire alors qu'il engendre une perception majorée des exigences mentales du travail, qui pèsent sur le moral, malgré un accès au soutien social plus important pour cette population qui inscrit davantage son action dans un parcours coordonné où l'on construit les prestations d'aide en interaction avec les pairs et la hiérarchie.

Cette souffrance morale exprimée de manière plus importante chez ses publics peut s'expliquer par une exposition plus importante à la dépendance du fait de leur diplôme, ce qui conduit à leur attribuer plus de prestations d'accompagnement social (qui n'empêchent pas les activités d'entretien).

L'ensemble de ces spécificités suivant la catégorie d'emploi appelle à des pratiques spécifiques d'accompagnement du point de vue managérial alors qu'il faudrait :

- (1) S'attacher à aller accueillir la parole « non-dite » de l'agent, certes discret (transparent ?), mais pas pour autant à l'aise dans l'exercice de ses missions et dans le vécu des interactions
- (2) Considérer les motifs de l'insatisfaction (qui traduit une usure de l'exercice) des employés à domicile, dont les missions sont perçues similaires aux AVS mais dont ils ne profitent des avantages ; tout en assurant un accompagnement des problématiques psychologiques de l'accompagnement comme le deuil.
- (3) Assurer un accompagnement spécifique des AVS quant aux problématiques de la dépendance, qui leur procure une souffrance mentale conséquente, majorée d'une pression perçue amplifiée en termes d'exigences mentales.

La qualification associée à la catégorie d'emploi joue aussi un rôle majeur dans le rapport au travail, en termes de capacité à exercer le *care* et la reconnaissance symbolique du travail émotionnel dont on devrait pouvoir bénéficier.

3. Aide à domicile, rapports au *care* et à leur santé

Ce point vise à valider l'hypothèse selon laquelle l'activité et les représentations du *care* impactent l'exercice du travail et entraînent des effets sur la santé des pourvoyeurs de *care*. Nous abordons ce point en commençant par caractériser le *care* tel qu'opéré par les aides à domicile, afin d'y identifier à suivre les liens à la santé.

3.1. Caractéristiques et conséquences sur la santé de ces métiers de *care*

Le rapport au *care* de l'aide à domicile impacte son travail et le temps qu'il y passe, et donc, quelque part, le temps personnel qu'il y sacrifie. Les résultats montrent que les perceptions du *care*, du public, et les représentations des métiers du *care* étendent les effets des pratiques professionnelles sur le rapport à la santé des aides à domicile. Nous les identifions à suivre et en étudions les conséquences sur la santé et leur rapport à la santé des aides à domicile.

Lorsqu'on a demandé aux aides à domicile de décrire les missions de leur métier dans le recueil quantitatif, les réponses obtenues ont permis de dresser le nuage de mot suivant sous Nvivo10 (figure 43).

Il permet de guider les vocables qui lient le métier d'aide à domicile au *care*. La taille des mots indiquent leur importance dans les descriptions des aides à domicile à propos de leur métier en termes de missions. On identifie clairement que le vocable le plus fréquent est « aide », suivi de « personne(s) », faisant donc prioritaire la relation d'aide dans le travail. Le ménage est également central et traduit alors les tâches comme « toilette », « repas », « entretien », « courses ».

Il est par ailleurs intéressant de voir que l'entretien est une façon différente de (ne pas) parler du ménage effectué dans le cadre du travail. De même, cela incorpore sémantiquement un lien avec la relation, l'entretien dans un autre contexte caractérisant également l'échange. L'emploi de ce vocable participe alors à humaniser et rendre social une activité technique dévalorisée. Enfin, d'autres termes courants et relevant cette fois d'un rapport explicitement social caractérisent leur métier par « *l'accompagnement* », « *le soutien* » ou encore « *l'écoute* » qui caractérise là un travail social. Tous ces vocables traduisent donc un public (les personnes), une finalité (aider), des activités (ménage, toilettes, courses) et une essence (éthique ?) sociale (soutien, accompagnement) d'un travail qui nécessite des qualités humaines (écoute, confiance, agréable, présence, respecter, communiquer) pour assurer un *care*. Nous analysons à suivre le corpus qualitatif à partir de cette description du panel de l'enquête quantitative, afin d'identifier dans un second temps les liens qui existent entre la perception de leur action de *care* et leur rapport au travail et surtout à leur santé.



Figure 43 : Nuage de mots des missions décrites par les aides à domicile

3.1.1. Les vocables de l'accompagnement

L'analyse des vocables de l'accompagnement utilisés permet d'identifier les tendances caractéristiques du *care*, de ses pratiques et de son éthique.

a) Personnes aidées

Il existe différentes façons d'identifier les personnes aidées suivant les situations. Les références aux personnes aidées sont nombreuses. La façon de les évoquer également. On retrouve entre autres des termes génériques tels que « *personne(s)* » (1249 soit 1086 hors mots-composés), « *dame(s)* » (186), « *personne(s) âgée(s)* » (85 occurrences), « *personne(s) aidée(s)* » (67 occurrences), « *personne(s) handicapée(s)* » (11 occurrences). Toutefois, des vocables plus familiers peuvent être employés comme « *mamie(s)* » (22), « *papi(s)* » (19), « *grand-mère* » (8), « *grand-père* » (1), allant plus exceptionnellement jusqu'à « *mes petites vieilles... mes petits vieux* » (AMANDA).

Enfin, certains y préfèrent une approche plus soutenue tel que l'emploi de « Madame X » (50), indiquant un espace relationnel plus distant. Les aides à domicile qui interviennent auprès de publics variés – dont les familles – évoquent quant à eux des vocables élargis comme « dossier » (23), « cas sociaux » (2), dématérialisant la relation et orientant la pratique d'aide dans un contexte plus social. [91] [92]

Certains indiquent une proximité dans la relation qui permet de préciser les différentes pratiques du *care*. La familiarité s'entend davantage comme une relation rapprochée à la personne âgée (mais parfois au risque d'être infantilisante). D'autres indiquent par ailleurs une distance, voire ôtent une partie de la dimension humaine, tel avec « dossier ». De même, nombreux sont les aides à domicile à parler des « maisons » comme des individus, le logis de ces personnes devenant une part de la relation en soi, plus qu'un contexte de travail. On y lit la prise en considération de l'environnement plus global de la personne. La maison est aussi la scène où je fais le ménage, et un rapport technique formalise le lien entre les deux vocables. Toutefois, l'usage de « maison » se substitue parfois à « personne » lorsque le discours décrit le travail (de ménage) ou quand le professionnel y rencontre des difficultés. [93] [94]

Pour Djaoui (2014), dans la société traditionnelle, maison, domicile et famille pouvaient se confondre. Ainsi, la maison regroupait à la fois la bâtisse et le lieu, les gens qui y résidaient, le patrimoine, voire plus généralement la communauté. La « maison » peut donc recouvrir sens, relations et territoires multiples autres que la simple enveloppe de parpaings qu'elle constitue autour d'une famille ou d'un groupe de personnes.

Par ailleurs, l'un des aides à domicile effectue une différenciation dans la perception du rapport à l'autre quand il exprime que sa responsable « prend des dossiers » (ndlr : de nouvelles personnes à aider). Toutefois, s'exprimant sur son propre travail, il évoquera pour lui les « personnes aidées ». [95]

Les vocables diffèrent donc suivant les publics aidés et la perception qu'en ont les aides à domicile. Nous verrons à suivre que la distinction tient dans la représentation que se fait l'aide à domicile de la relation d'aide, visant plutôt à l'intervention auprès de gens qui en ont besoin, tel que perçu par l'aide à domicile. De même, les vocables relevés dans le discours portent également sur des dimensions visant au prendre soin, à l'attention et à l'amour, ainsi que du travail plus technique.

b) Les missions de care

En complément de l'impact des caractéristiques du public sur le rapport au *care* et à la relation d'aide dans le travail, la nature des missions illustre les mêmes problématiques, à savoir une perception de ces missions (au-delà du métier donc) qui modifie la relation à la personne aidée, la pratique et l'investissement dans la relation de *care*. Le travail de *care* s'est distingué dans le discours au travers de différents éléments que sont (1) le souci des autres exprimés au travers de vocables affectifs comme l'amour et l'attention, (2) le « travail » de ménage, (3) le temps de la pause relationnelle et (4) les caractéristiques de la relation d'aide.

Le souci des autres

Le *care* comme souci et attention affective s'est illustré au travers de l'utilisation de mots généralistes dans l'ensemble du discours, comme les signifiants « *aimer* », « *aide* » et « *occuper* ». Le premier, dont nous présentons le réseau de forme à suivre (figure 44), s'inscrit aléatoirement dans l'ensemble du corpus.

Cette caractéristique se matérialise par des alliances à des mots de classes différentes (d'où les couleurs multiples). Ainsi, l'amour réfère à celui du métier et du fait d'aider les gens, ce qui est une des premières sources de plaisir du métier. Plusieurs ont également exprimé que ce métier nécessitait d'« *aimer* » les gens pour pouvoir l'exécuter. Attaché à la classe du corpus matérialisant la thématique de la souffrance psychique, cet amour est souvent associé comme un moyen d'y faire face ou au moins de rationaliser le stress engendré par les difficultés relationnelles. Sans doute dans une idée sous-jacente que si j'accepte ce stress, c'est par amour de l'autre et de mon métier. Peut-être comme le prix à payer du métier social ?

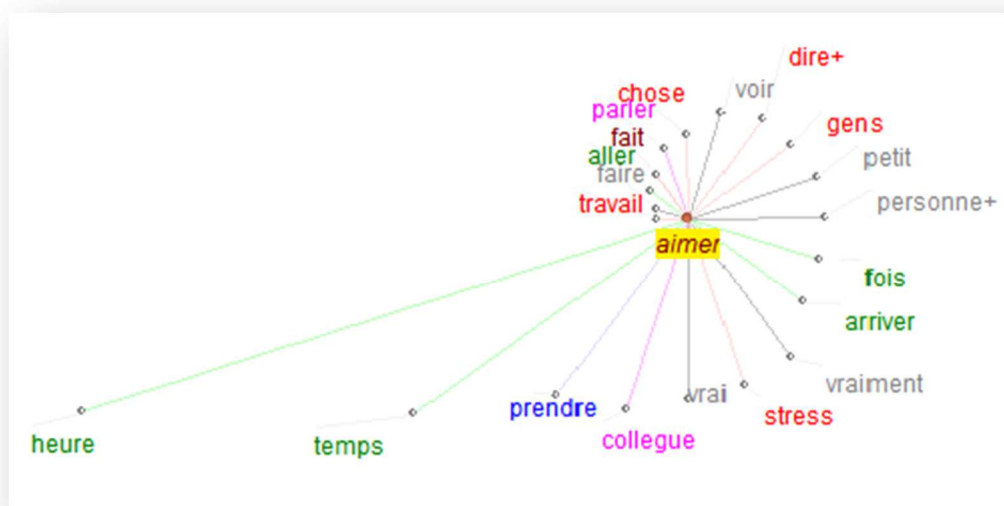


Figure 44 : Réseaux des formes « aimer »

Molinier (2013) parle d'une éthique de l'amour comme la traduction d'une forme de résistance contre la souffrance au travail. Aimer son travail et les gens qu'on accompagne constitue donc en soi une forme de protection au travail lorsque l'on y est chahuté. [96] [97]

Par ailleurs, nous avons relevé des références au don, dans le contexte où étaient abordés les plaisirs apportés au travail. Ainsi, certains aides à domicile « *donne[nt] de [leur] personne* » par amour du métier et des gens. Si, au sens de Mauss, au don s'associe un contre-don, il existe dans cette offre de soi(n), une visée de partage. Cela peut être approché de la théorie des sentiments moraux (Smith, 1999) qui postule que nous ressentons du plaisir à constater que les autres partagent nos sentiments, ce qui en soi peut constituer une ressource ou un dédommagement face à la souffrance du travail.

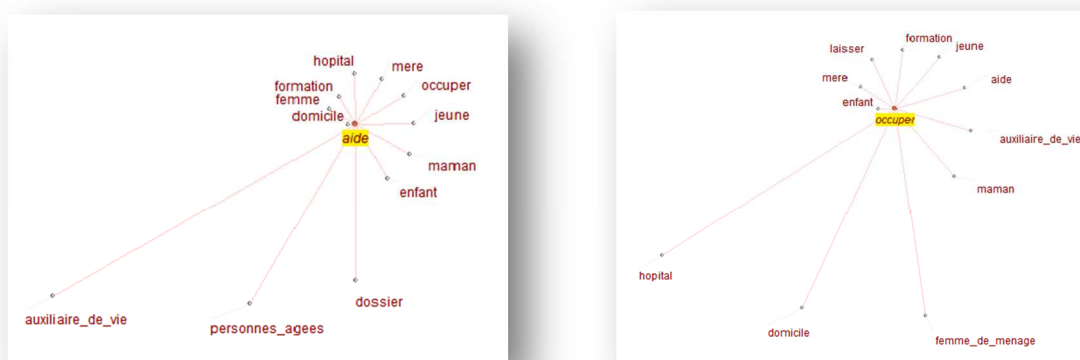


Figure 45 : Réseau de forme « aide » et « occuper »

Les deux autres formes (illustrées figure 45) sont, elles, liées à leur classe portant sur l'accompagnement des personnes. Elles sont plus spécifiques à un discours parlant du métier et du rapport à l'autre. En comparant les deux réseaux, on voit combien « *aide* » et « *occuper* » se traduisent par des liens similaires, comme deux mots-clés du corpus, et plus précisément de la classe portant sur l'activité de *care*, qui s'exerce au domicile, au retour d'un séjour à l'hôpital, grâce à une formation et en interaction avec l'environnement de la personne âgée.

Le travail de *care* est également une activité qui se porte (physiquement et mentalement), alors que les aides à domicile exercent leur *care* au-delà de la technique par un accompagnement où il implique son corps et son esprit. On ne saurait distinguer toujours si on ne peut faire l'analogie de la charge à des composantes mentales au-delà du physique, à l'image des extraits du corpus présentés ci-dessous.

« (Grande respiration) Ben, on prend sur nous, hein. » (BONNIE)

« nous... on travaille avec nos mains, mais on porte les gens, on... on les manipule, on les... donc euh... si on le fait pas dans de bonnes conditions... on se fait mal. » (CHARLOTTE)

« On sait pas ce qui peut se passer, hein, on sait pas au niveau du... de la... de la santé de la personne, hein... parce qu'il y a des personnes fragiles... qui s'énervent, et puis... han ! Donc, après on dit « on regrette », parce

que nous, euh... dans notre travail, des fois... on est obligé d'avalé, on avale, on avale, on avale, c'est nous qui prenons. » (CHLOÉ)

« Avaler » le vécu professionnel du *care* n'est donc pas toujours simple, alors qu'il a tendance à rester en tête même s'il peut être exprimé un détachement tel ici où la formule – qui nous fait penser à « ça rentre par une oreille, ça ressort par l'autre », traduisant un détachement à l'information reçue – est exprimée à l'envers, comme si au contraire, ce qui était entendu ne pouvait être oublié et revenait sans cesse en tête :

« je me suis dit « maintenant... » euh... euh... je me suis dit « bon allez, fais ton travail, si on te parle mal, prrt! Tu avales », ça sort, ça rentre. » (CHLOÉ)

De même, l'on pourrait lire ici que ce qui sort provient de la personne âgée (une souffrance, une agressivité, un manque de reconnaissance) et est absorbé par l'aide à domicile, dont les effets peuvent être néfastes. Le travail de *care* se traduit donc par un engagement émotionnel dans la relation à la personne aidée. Cette mission est d'ailleurs désirée de reconnaissance par les aides à domicile. Pour autant, il semble que cette revendication ne soit pas pour autant profondément intégrée pour faire face au poids de l'histoire d'un métier d'aide-ménagère, de don de soi (Fustier, 2000), voire de servitude (Fraisie, 1979), alors que les expressions des aides à domicile, quand ils utilisent le terme « *travail* », réfèrent à la tâche de « *ménage* ». Bref, ce qui se voit, à l'opposé de ce qu'engagent les compétences « *invisibles* » (Ennuyer, 2003; Dussuet, 2008).

Le travail : faire le ménage

Les autres activités de *care* se traduisent donc par l'action visible comme l'entretien et le ménage. Les deux termes sont employés, le premier apparaissant plus valorisant, et décrivant un moyen d'aider la personne, là où le ménage est souvent bien davantage relié à des notions de servitude des prestations de confort que s'offrent les privilégiés. Le ménage est pour les diplômés connoté souvent négativement, alors que cela les renvoie au titre de « *femme de ménage* », ce qu'ils ne sont pas et/ou refusent d'être. Comme déjà évoqué, ce terme est davantage utilisé par l'environnement de la personne âgée, qui elle reconnaît le professionnel comme une « *auxiliaire de vie* » (que les professionnels diplômés ne sont pour autant pas toujours). Le terme de « *femme de ménage* » pour parler des aides à domicile est mal perçu alors que ces derniers ont souvent suivi une formation les préparant au travail d'un *care* perçu plus noble, dans lequel on s'occupe des personnes, et non des meubles et la saleté.

L'expression « *femme de ménage* » réduit ici tout le travail de l'aide à domicile à une seule tâche qu'il ne désire souvent pas effectuer mais accepte si cette activité est justifiée par le fait que la personne aidée n'est pas en mesure de le réaliser seule, (re)donnant là le sens à l'action et plus largement au métier comme travail social.

Le ménage est justifié comme un outil au travail de *care*, et non une fin en soi. Nous verrons à suivre que si le fait de réduire le travail des aides à domicile à cette activité est perçu défavorablement, il en est pour autant considéré par chacune des aides à domicile comme le (vrai) temps du travail, que l'on arrête pour parler avec la personne. Comme si le temps d'échange n'en était pas un, mais traduisait la « *pause-care* »

(sic). Cela révèle les tensions inhérentes au temps de travail, dans des structures de l'économie sociale et solidaire dans lesquelles la frontière est brouillée entre travail rémunéré et don de soi (Moulevrier, 2015). Ainsi plusieurs temps ne sont pas payés dans le secteur du maintien à domicile (Ennuyer, 2006).

Par ailleurs afin de traduire la façon dont chaque métier se représente son travail, nous avons élaboré des nuages de mots distinctifs, portant sur la description de leur travail en termes de mission. Les nuages de mots (figure 46) suivants ont été élaborés à partir de l'enquête quantitative à laquelle 96 aides à domicile ont répondu en décrivant les missions de leur métier. Il ressort que la place du ménage est plus réduite chez les employés à domicile et bien plus présente chez les agents qui le décrivent comme une composante importante du métier, après le vocable « aide » que chaque catégorie a cependant indiqué en tête. Les assistants de vie (B) ont détaillé leurs missions au travers de mots tels que « toilette », « entretien » et « accompagnement », à l'image des auxiliaires de vie également, dont les présentations sont similaires. L'usage du terme entretien est moins significatif chez les agents dans l'enquête quantitative. Pour autant, l'inverse a été constaté en entretien avec la moitié des agents qui utilisaient cette expression contre 4/13 employés et 3/11 AVS. La façon de décrire son métier et ses missions est donc spécifique à chaque catégorie. Les réelles différences apparaissent entre les professionnels de catégorie A et les deux autres, dont les descriptions sont plus proches.



Figure 46 : Nuage de mots des missions décrites par les aides à domicile (comparatifs par catégorie)

D'autre part, l'abord du sujet du ménage est parfois renforcé de l'usage d'une comparaison du métier ou du corps personnel aux outils du ménage lorsque l'épuisement, la souffrance ou l'insatisfaction en ressortent. Ainsi, les aides à domicile en deviennent des « éponges », des « serpillères » et sont touchés par « la maladie du balai ». [98] [99] [100]

Cela renvoie à la description de Molinier (2009) qui faisait une analogie symbolique entre les professionnels du *care* et les personnages de la Belle et la Bête, où l'identité et sa représentation graphique deviennent identiques à la fonction (telle la tasse, la carafe, etc.). Nous pouvons alors mesurer ici le sens du discours des agents qui exprimaient en parlant de leur santé la nécessité que cette dernière soit « *bonne* », pour (« *bien* ») travailler. Ces deux éléments illustrent que l'aide à domicile (et son corps) s'assimilent alors à un outil. Cependant, une nuance conduit à distinguer le rapport au *care* des AVS notamment, qui intègre une représentation plus large de la démarche d'accompagnement. Cela se traduit dans le discours au travers de l'usage de signifiants spécifiques au travail social.

En effet, nous avons vu que le vocabulaire s'enrichit au fur et à mesure de la catégorie d'emploi. Il en est de même sur le vocabulaire propre à l'accompagnement et plus largement du concept de *care*, qui n'est pour autant jamais nommé tel que.

La caractéristique des AVS réside dans leur recours à des vocables plus larges quant aux dispositifs d'accompagnement. On y trouve des références à « l'APA », l'allocation perte d'autonomie, l'intégration d'acteurs institutionnels tels que le « conseil général » qui valide des « plans d'aide » (CARINE, CHLOÉ). L'action des auxiliaires de vie s'intègre également dans un environnement élargi de la personne âgée, dans lequel l'accompagnement social évolue vers des références évaluatives (des outils) : « *c'est un Monsieur GIR1* » (CORENTIN), mais également systémique, considérant toutes informations disponibles comme un moyen de parfaire l'accompagnement proposé :

« Et après, je lui ai fait plaisir parce que... elle a sa maman qui est pas loin, mais à pied elle peut pas, euh... ça fait quand même 6 kilomètres et euh... après chaque intervention, c'était aller voir la maman. Et en même temps, moi, ça me faisait... plaisir parce que j'apprenais des choses euh... du vécu, donc j'analysais tout le dossier, en fait. » (CARLA)

Ce temps donné à la personne constitue là un engagement particulier dans la relation. Doniol-Shaw (2009) a expliqué que le dévouement à la personne aidée participerait chez les employés domestiques à renouer avec la dimension d'aide de leur métier. Cela illustre également cette forme d'accompagnement complémentaire au ménage. De même, le plaisir est pris par l'aide à domicile qui donne sens à son action en prenant connaissance et conscience de tout le dossier tout en instaurant la relation par le don (du temps). Le contre-don étant ici cet apport d'informations intimes ; et donc support de la construction d'une relation de *care*.

Par ailleurs, ce travail de rapprochement illustre le modèle des « relations épaisses » qu'identifie Molinier (2013) et qui participe à se protéger de la répulsion que peut engendrer chez l'aide à domicile le contact du sale ou de l'affecté. Instaurer cette relation constitue donc le moyen de tolérer le ménage et ses représentations perçues défavorablement socialement. Ainsi, le rapport à l'accompagnement s'étend chez les aides à domicile qualifiés, qui revendiquent ces missions même si l'une (l'unique) finira par rappeler (sans jouissance) que finalement, on a beau présenter ce métier comme de l'accompagnement, il se réduit essentiellement au ménage :

« Euh... on présente un peu ce métier-là comme un accompagnement, euh... moi, je leur dis « 99 %, c'est du nettoyage ». Ça, il faut... il faut pas se leurrer. Il est grand temps que les profs, là-bas... moi, j'aimerais bien

avoir des profs en... en stage, hein. Il est grand temps que les profs, là-bas, euh... changent leurs mots. Parce que... une ga... une gamine de 18 ans, qu'on dit que c'est de l'accompagnement, eux, c'est de l'accompagnement. Elles, pour elles, l'accompagnement, c'est aller se balader, aller faire des courses, hein. Et ça euh... vous le faites pas beaucoup. » (BECKY)

Ce recadrage sémantique constitue par ailleurs une bonne transition au rapport que les aides à domicile entretiennent aux temps de travail, dont ce dernier est illustré très fortement par les tâches qui se voient – il est plus facile de mesurer le passage du sale au propre que l'évolution du bien-vieillir et les sentiments qui y participent – ; alors que les professionnels expliquent « s'arrêter » pour investir un temps relationnel et d'échange avec la personne âgée, souvent... à la fin, s'il reste du temps.

c) Le temps de travail manuel et la pause relationnelle

Le temps du *care* se découpe ainsi en deux grands éléments, l'activité technique et le temps que les aides à domicile essaient de préserver pour échanger avec les personnes. On observe une scission de la représentation du temps « manuel » pendant lequel on fait le ménage ou les courses, le travail qui se voit, et le temps où l'aide à domicile « s'arrête ».

« C'est... il y a pas de pause, c'est comme ça, c'est... nous, nous on n'a pas forcément de pause, mais on... on peut en avoir chez des dames qui vont nous offrir quelque chose. C'est de plus en plus rare, mais bon (rire). Mais ça fait partie de notre métier. Si elle, euh... elle nous offre un café au fur et à mesure des interventions parfois la dame qui a des difficultés où elle parle à personne, elle va se confier. Donc, il faut savoir être à l'écoute et entendre ce qu'elle dit aussi. Donc, euh... on peut s'arrêter 5 minutes pour l'écouter, ça... c'est... ça fait partie des fonctions. » (CARLA)

« Quand ils voient, ben, que j'ai fini avant l'heure... ben, ils sont là « ben... euh... vous allez faire quoi ? » « Ben, je sais pas. Peut-être boire un café, discuter ensemble euh... faire quelque chose ». Et puis, du coup, ben... ça fonctionne à peu près ! (rire) Voilà, on arrive à faire du relationnel à la fin. » ; « en fin de compte, c'est... je trouve que c'est... c'est un joli métier, mais... il y a quelque chose, je sais pas... pas mal organisé non plus... mais... je sais pas, c'est... enfin, pour moi, hein. Moi, je trouve aussi que ça va... ça va trop vite, quoi, c'est vraiment euh... boulot-boulot... enfin... [...] Là, je trouve c'est... en semaine, on peut pas. Le week-end, il y a un peu moins, parce qu'il y en a qui prennent pas, donc là, des fois euh... là, je mets le même nombre de temps avec moins de personnes... mais je dis « tant pis », s'il y en a une qui pipelette, eh ben, je reste pipeletter ! » (ALEXIA)

Ce qui est intéressant ici, c'est qu'il est admis, même par l'aide à domicile, que le temps d'échange n'est pas du travail. Ainsi, parler, échanger avec la personne aidée devient « pipeletter », signifiant derrière lequel raisonne une forme de superficialité et rompant avec la tradition de discrétion de la profession, comme si le travail était mis à distance (le week-end pendant lequel le planning est moins « serré »), alors

que sémentiquement pipeletter¹³⁴ se rapproche de l'expression d'une personne qui parlerait sans arrêt et aurait « *le goût des commérages* »¹³⁵. Au point que le week-end, alors qu'elle a moins de personnes à visiter, elle passe le même temps avec les personnes. Elle allonge donc son temps de travail (dont nous doutons que la rémunération du temps d'intervention soit considéré à la hausse), comme pour se nourrir elle-même de la relation dont elle n'a eu dose suffisante en semaine, pressée à « travailler » la poussière...

[101]

Ces éléments font ici référence à la reconnaissance symbolique désirée par les aides à domicile qui devrait porter sur le travail émotionnel. Pour Dussuet (2008), la frustration naît de l'invisibilité de ce travail émotionnel qui ne traduit pas la dimension économique que porte l'activité de ménage. Selon Moulevrier (2015), les travailleurs sociaux sont partagés entre le besoin de rémunération d'un travail (aussi social soit-il) et la charité de l'engagement social et solidaire. Finalement, chez les aides à domicile, nous comprenons que le travail correspond au temps productif, c'est-à-dire, l'activité du ménage qui est rémunérée. Et l'engagement, le sens du travail se retrouvent dans la « pause » relationnelle, que l'on réalise en « arrêtant » le travail, en discutant sur le pas de la porte après avoir terminé l'intervention, ou le week-end en prenant plus de temps que celui rémunéré.

3.1.2. **Les caractéristiques du care dans l'aide à domicile**

Le temps de la relation est le moment de plaisir des aides à domicile, qu'ils partagent avec l'aidé. Ce temps de pause et de bonheur se caractérise finalement par l'investissement de la relation dont on appelle pourtant le professionnel à se dégager à distance, lui dont la question du positionnement n'est pas élément aisé dans la quête de la relation privilégiée. **[102]**

a) La relation privilégiée

Dans une très large majorité, les aides à domicile ont exprimé que leur métier était source de plaisir, du fait même de la composante relationnelle de ce dernier, qui se construit dans le temps et dans laquelle on doit trouver sa juste place. Il nous apparaît qu'une difficulté résidant dans la relation d'aide consiste justement à la trouver, sans devenir l'enfant, sans devenir le parent, d'autant plus difficile quand le rapport à l'aidé s'approche d'une dimension familiale. **[103]**

¹³⁴ Le mot n'existe pas dans la langue française, nous nous rapprochons donc de la racine, le nom « pipelette ».

¹³⁵ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pipette/61066>, consultée le 07/05/2015.

Ces relations vont se construire au fil des interventions, chacun pouvant clarifier le rôle qu'il entretiendra dans la dynamique d'accompagnement à construire :

« Au début... ben, j'étais... ben, elle... ben... c'était pour le ménage, elle parlait pas beaucoup, elle disait rien. Alors, ça me stresse, parce que... les gens qui me parlent pas du tout ! Han... j'étais là « qu'est-ce que... ». Bon, après, ben, je prends mon temps pour euh... je vais prendre mon temps ! Après, c'est une maison qui est très, très, très propre. Alors après... « déjà fini ? Encore une demi-heure ? Mais vous allez... ». Ben, je dis « je sais pas, moi, qu'est-ce que je peux faire... et tout... euh... voilà »... Je dis « mais si, et si vous me payiez un café ? » « On a le droit de faire ça ? » « Oh oui », j'ai dit. Voilà. Et puis, du coup, maintenant, on fait ça à chaque fois qu'on est chez elle. Du coup, elle aime bien, parce que maintenant, du coup, ben, elle demande des nouvelles de mes enfants... qu'est-ce que je fais le dimanche... euh... voilà. Donc, du coup, j'ai un petit... euh... voilà. Mais, c'était dur. J'ai dû mettre un mois... pour essayer de mettre ça en place ! Ouais, ouais, ouais. Des fois, c'est pas toujours évident, hein. Certaines personnes, on est là pour le ménage, quoi. Hum. » (ALEXIA)

Au-delà, il apparaît qu'il faille être dans la maison en discrétion : « *c'est quand même secret... privé* » (ANTIGONE) ; « *confidentiel* » (ALYSÉE), auprès de la personne avec qui l'on travaille à entrer en relation, au milieu d'un espace qui rappelle une sphère familiale (le foyer au sein duquel on « fait le ménage », donc la famille). Se préserver dans la relation est donc difficile mais exprimé nécessaire, alors que garder sa place et ses distances n'est pas forcément chose aisée et désirée. [104]

Dans la perspective du *care*, Laugier et Paperman (2008) ont identifié le détachement comme un problème moral, là où dans le paradigme de la justice, il est signe de maturité morale. On lit alors ici la différence de perception du travail de *care* qui est au carrefour de la morale et de la justice où celui qui assure un *care* « en hauteur » donne injonction à être conforme à des règles prescrites, et où le pourvoyeur de terrain lit lui dans le détachement une forme de non *care*.

L'injonction à être en « bonne » relation sans s'attacher ne constitue donc pas une pratique et un positionnement faciles. Les liens évoqués rendent pourtant humain l'accompagnement apporté, loin d'une distanciation (complexe à réaliser) demandée aux professionnels dont la relation peut conduire à une forme d'attachement, même si opérée dans un cadre professionnel. Cette réalité est illustrée par une aide à domicile, dont l'expression est difficile sur ce point, sans doute partagée entre l'injonction à la distance du formateur et du responsable dans un rôle utopiquement prescrit, et la pratique du quotidien. [105]

Cela interroge par ailleurs sur ce que signifie « ne pas s'attacher » d'une part, et deuxièmement, à la façon d'y travailler, puisque la fréquence des rencontres, et les phénomènes d'empathie inhérents à la relation d'aide, font de cette demande de distanciation un effort (contre-nature ?) pour le professionnel. La relation d'aide à domicile contraint la prise de distance que peut a contrario exercer un soignant, qui d'une part effectue sa mission dans un cadre institutionnel sur un temps donné (souvent limité dans le temps, court), et d'autre part réalise des tâches spécifiques et médicales. Alors que l'aide à domicile intègre le logis et réalise les tâches du quotidien des personnes aidées, et met donc en œuvre des pratiques dans lesquelles chacun trouve un point de similitude, modifiant sans doute de fait le cœur de la relation, et renforçant la proximité,

surtout quand le professionnel et l'aidé s'appellent par leurs prénoms respectifs, ce qui singularise cette relation. [106]

La relation est importante dans la pratique de *care*, dont l'aide à domicile retire un plaisir. Appeler à la distance constitue donc un paradoxe et même un frein au bien-être des professionnels. La sollicitude, le maintien des contacts humains et l'attachement ayant une place pourtant essentielle dans le développement de l'individu (Gilligan, 1986). L'équilibre se trouvera alors dans la transgression, à l'image d'un surinvestissement sur des temps personnels.

b) Des compétences nécessaires

Ces employés à domicile sont donc partagés entre une règle qui viserait à garder une distance avec les personnes aidées et le rôle que cette proximité joue dans la relation de *care*.

Pour autant, d'autres voient cette distance comme un moyen nécessaire pour se préserver de ces mêmes relations. D'où toute la complexité associée à la prise de distance qui doit être adaptée pour suffire à l'instauration d'une relation de *care*, tout en se préservant une distance raisonnable pour ne pas s'y perdre. Dans le cadre de la relation et des rôles occupés, les aides à domicile conscientisent ainsi le besoin de tenir une forme de distance avec l'aidé pour se protéger : « *faut prendre du recul* » (ALICE), mais aussi pour préserver la relation et l'environnement écologique de la personne âgée, telle cette aide à domicile qui exprime la nécessité, le devoir de « garder ses distances » et interagit en médiatrice de la relation entre la personne âgée chez qui elle intervient et son enfant :

« Souvent... on a tendance à nous comparer, à... à une fille de la maison. Donc, il faut bien garder son... son rôle. Son rôle d'intervenante. [...] Les gens nous parlent euh... plus facilement qu'à leurs enfants. Et c'est vrai que des fois, il y a des conflits entre eux... et... on peut pas euh... bon, on est obligé d'entendre les... on a les... on entend les deux versions. Donc c'est pas facile non plus. Donc, il faut rester dans le positif. J'essaie de... rester dans le positif. [...] euh... montrer que, par exemple, les enfants euh... viennent, les enfants font ceci, les enfants cela... mais que les enfants ne peuvent pas... ne peuvent pas être toute la journée avec eux, tous les jours avec eux, comme ils le souhaiteraient... pour combler leur solitude. C'est pas possible, quoi. Ça, c'est... mais c'est pas pour autant qu'ils se... sont pas aimés par leurs enfants, quoi. Donc euh... il faut... garder une distance. Faire son travail... et puis, bon, en dehors du travail, ben, on n'est plus là, quoi. Savoir aussi se limiter... même si euh... c'est vrai qu'ici on est... on est près de nos usagers. Alors c'est vrai qu'en distance, on n'est pas très loin, donc on les... on... on peut les côtoyer euh... ou côtoyer la famille, hein. Mais, il faut essayer de garder euh... bah ses horaires de travail euh... rester dans son domaine euh... dans son domaine, ouais, voilà. Dans son travail, et pas euh... pas prendre plus de liberté et de... voilà. » (ALICE)

Il s'agit là de compétences illustrées de l'intervenante à domicile, d'écoute, de bienveillance et de médiation, alors que possiblement, elle préférerait ne pas accéder à certaines informations : « *on est obligé d'entendre* » (ALICE), qui peuvent aussi impacter son propre environnement social quand le professionnel

connaît (voire fréquente) la famille de la personne aidée, ce qui peut renforcer la difficulté à travailler dans un endroit où tout le monde se connaît.

De même, il en ressort une façon de faire auprès des personnes, que cela se traduise en techniques d'intervention ou une singularité de l'entrée en relation dont les compétences peuvent parfois s'illustrer chez certains aides à domicile et pas d'autres. [107]

Ces compétences sont perçues complémentaires entre professionnelles. La possibilité de relai avec un collègue permettrait par ailleurs de soulager l'aide à domicile qui ne trouverait sa place et sa pratique de *care*. [108]

Il s'agit là de compétences nécessaires à la relation d'aide et à la préservation de soi. Des éléments complémentaires caractérisent par ailleurs les AVS dont la pratique réflexive semble aussi servir leur rapport à leur travail et à leur santé. Cela traduit des compétences spécifiques de cet emploi.

Le travail est revendiqué comme une palette de missions et d'activités à réaliser. Missions pour lesquelles un certain nombre de compétences voire de valeurs apparaissent nécessaires pour les mener à bien. Si les aides à domicile des catégories précédentes en ont exposé quelques-unes, le recours à ces références se fait plus important dans le corpus des AVS, dont la réflexion sur leur métier semble coutumière, comparativement aux autres précédemment cités.

Ainsi, les AVS réfèrent bien davantage à la nécessité de savoir « *s'adapter* » dans ce travail. De même, la présence du professionnel prend part en soi à la démarche d'accompagnement, il s'agit alors d'être là, tantôt pour discuter ou rassurer, de trouver sa place encore, et non d'être une machine à ménage. [109]

De même, l'AVS a une approche plus utilitariste de son action et prend conscience de ses compétences par rapport à un aidant naturel par exemple. Il a les clés et la possibilité de prise de distance pour favoriser ou maintenir l'autonomie des personnes, en ne faisant pas à la place de mais en apprenant à (re)faire, en soutenant l'action à réaliser, en laissant une marge d'action à la personne aidée elle-même, ou encore en essayant de former l'aidant naturel à des pratiques apprises d'une formation, comme les manutentions à opérer pour prendre soin du « patient ». [110] L'AVS endosse alors un rôle de guide, de figure parentale, d'éducation, bref, est accompagnant d'une démarche où l'individu est responsable de lui-même.

Le discours des employés et des auxiliaires de vie se rejoint sur l'attention portée à l'autre et l'engagement dans la relation de *care*. Ainsi, l'aptitude vise en partie à faire bien le travail, probablement d'entretien mais aussi à contribuer à une prise en soin adaptée des personnes aidées : « *c'est vrai que... je me disais, des fois, peut-être on la prend mal, on lui fait mal euh... et tout ça, quoi.* » (BECKY), la capacité de remise en question sert ici la pratique d'accompagnement. Parce que la responsabilité est grande : « *Faut pas... faut rien louper, quoi ! (Rire)* » (BÉNÉDICTE).

Les valeurs également portées sont de l'ordre de la responsabilité d'autrui et de l'engagement dans le travail et dans la relation d'aide. Une autre composante révèle une tendance au don de soi, référence à l'ancrage et aux origines du métier possiblement, le don et des comportements « *naturels* » (CORALIE)

menant parfois à la volonté du contre-don, dans l'idée encore que la relation s'engage de façon dynamique et réciproque : « *ce que je donne aux gens, je veux le recevoir* » (CHARLOTTE).

L'engagement dans la relation de *care* que l'on peut également relier au don de soi pourra entraîner de la part de l'auxiliaire de vie une tendance à l'oubli de soi, voire à une prise de risque (au volant, sur la neige) ou une précarisation de son emploi pour pouvoir accompagner mieux. Ainsi, quand CARINE diminue son temps de travail, cela a des effets sur le salaire mais en même temps lui permet une meilleure conciliation des vies personnelle et professionnelle et facilite le vécu des charges émotionnelles devenant trop lourdes à porter sur un temps plein comme l'identifient certains employés (BÉNÉDICTE et BECKY).

Par ailleurs, une notion de seuil acceptable d'accompagnement est évoquée par une AVS qui explique que s'il n'y avait que cela, elle arrêterait. Considérant toujours que sans accompagnement, leur travail ne leur donne plus sens. L'ensemble laisse donc penser qu'il existe un degré suffisant et nécessaire de prestations d'accompagnement à réaliser dans le cadre de leur métier, mais qu'il existe également un seuil maximal acceptable pour supporter la charge émotionnelle engendrée de ce travail complexe, dans lequel on doit s'adapter et faire face à l'inconnu, dans un contexte où l'on est confronté à la vulnérabilité, la « *fin de vie* » et/ou la maladie à laquelle on peut s'identifier, comme le « *cancer* » (BONNIE).

Finalement, pour reprendre Amyot (2008) et son analogie au Petit Prince de St Exupéry, le travail d'accompagnement consisterait là à s'approprier conjointement, c'est-à-dire, avoir besoin l'un de l'autre ; ce qui crée ici une forme de dépendance à l'autre qui peut toutefois contraindre chacune des parties.

3.2. Effet de la perception du public sur le travail et le rapport à la santé

L'analyse de contenu thématique du corpus a permis de mettre en évidence que les vécus des aides à domicile sont différents en fonction de la typologie du public accompagné, selon que ce dernier soit perçu comme se caractérisant par sa vulnérabilité (du fait d'une forte dépendance par exemple), son statut de privilégié (comme les personnes qui payent le prix pour une prestation de ménage), son exigence ou sa souplesse. De même, les ressources des personnes aidées impactent cette perception et la relation instaurée. Ainsi la nature même de l'intervention caractérise une relation de *care* spécifique et les rapports interactionnels qui les composent :

« *Déjà, quand ils commencent à... à vous appeler par le prénom, c'est déjà un lien (silence). Parce que, les personnes moins âgées qui sont moins dépendantes, c'est surtout le ménage. Là, c'est beaucoup « Madame », et les personnes dépendantes, c'est beaucoup par le prénom. (silence) Ils vous... ils... ils ont un approche complètement différent. [...] Et on sent qu'eux, ils ont de la reconnaissance. [...] Ah, non, non, non, euh... chez les autres personnes, c'est l'aide de ménage... la femme de ménage qui vient, c'est pas l'auxiliaire de vie hein. »* (BÉRENGÈRE)

On constate une tendance franche à ce que l'empathie s'illustre dans la relation d'aide à la personne fragilisée, alors que la colère est soulevée si l'exigence provient d'une personne qui dans l'absolu n'aurait

pas besoin d'une « aide à domicile » (voire une AVS, même quand on ne l'est pas soi-même) mais d'une « femme de ménage ».

3.2.1. L'empathie pour les faibles

La dépendance inspire du respect et de l'empathie et cadre de fait une relation d'aide compréhensive, qui conduit cependant parfois à en affecter le professionnel qui peut être contrarié des situations d'inconfort que vivent certaines personnes aidées. [111] [112] [113] [114]

Pour autant, cela donne également sens au travail et au métier, alors que les aides à domicile ont la possibilité de se sentir utiles à leur côté, dans la possibilité d'exercer un *care* à un public qui a besoin de leur intervention, de leur présence. La question du sentiment d'utilité est prééminente dans le métier. [115] [116] Cette utilité, différente de ce que produit la force de travail ne se vend pas (Moulevrier, 2015). C'est sans doute pour cela que se distinguent les temps de labeur.

La frustration observée précédemment par plusieurs employés à domicile pourrait s'expliquer d'une absence de ce sens, consécutif de certaines interventions auprès des personnes non dépendantes, pour effectuer du ménage, pour lequel leur formation dépasse la demande. Et ce, même si ces interventions complémentaires participent à « combler » ponctuellement le planning. La question de la reconnaissance du métier et des compétences est ici en jeu. Elle passe par la réalisation de tâches et de missions qui soient en accord avec le *care* de « valeur », ce qui participe à préserver l'image du métier, le travail, et finalement, sans doute, l'estime de soi. Sont alors apparues des distinctions entre celui qui paye et celui qui a « besoin de nous » :

« On est là, euh... on [ndlr : la personne aidée] paye, on veut du... du résultat, quoi. Tandis que les personnes... chez les personnes dépendantes, c'est différent. On est chez eux, ils ont besoin de nous ; nous, on a besoin d'eux aussi, mais d'une façon différente, bien sûr. Mais eux, ils sentent que si on serait pas là, ben, ils seraient en foyer, ils seraient en... en structure. Et... bon, toutes ne... ne le ressentent pas de la même façon parce que certaines personnes ont... n'ont plus du tout euh... leur tête, mais ceux qui ont vraiment leur tête, euh... ils nous disent merci. Ah, oui, on le sent bien, hein. « Sans vous, comment on ferait ? » (Silence). C'est vrai, et ça fait plaisir à... à entendre quelquefois euh... parce que... bon ben, ça nous valorise notre travail quand même parce que notre travail n'est pas valorisé, hein. Parce que j'adore entendre, moi, euh... quand j'arrive chez quelqu'un « Ma femme de ménage arrive ». » (BÉRENGÈRE)

Dans cet exemple, les personnes favorisées ou ne reconnaissant pas le travail ou le statut du professionnel sont ici évoqué par « on », « quelqu'un » ; alors que les personnes « en besoin » sont plus identifiées comme « les personnes dépendantes », « ils ». Il existe une forme de valorisation de l'intervention auprès des personnes vulnérables, avec qui on entretient une relation. Alors que l'emploi de pronoms indéfinis met à distance ce « on » qui « paye ».

Par ailleurs, la qualification est liée à la « qualité » du *care* dont les tâches de valeurs nécessitent un diplôme. [117]

Toutefois, la valeur d'un *care* du faible a un coût, celui du poids à porter de l'accompagnement, pour lequel le soutien du collègue est important :

« Le fait d'être à plusieurs euh... ça permet quand même de... de pas tout prendre pour euh... sur nous. Ouais. Ça permet de soulager... de nous soulager quand même. » (ALICE)

Ainsi, exercer le *care* auprès du dépendant est valorisant (parce qu'il donne sens) mais lourd moralement. Le public et la nature des missions ont donc un double effet sur les aides à domicile. Le sentiment d'utilité qui naît d'une pratique d'accompagnement de la vulnérabilité favorise le maintien de l'estime de soi par la valorisation de l'identité sociale-professionnelle. A contrario, la complexité de ce *care* est parfois source de souffrance pour le professionnel qui doit pouvoir trouver le soutien de ses collègues pour partager la charge à porter. Ce rapport à la dépendance apparaît donc à la fois être une stratégie d'ajustement (pratique et émotionnelle), et un élément qui peut contrarier le *self-care* du professionnel, car il peut avoir tendance à mettre de côté ses propres souffrances du fait qu'il ait en face de lui, quelqu'un qu'il considère comme davantage en difficulté. [118] [119]

Par ailleurs, l'aide à domicile apparaît plus susceptible d'être confronté au problème de localisme défini par Tronto (2009a) qui consiste à surestimer les besoins de ceux qui sont proches de nous, ceci renforçant les liens affectifs et de responsabilité dans les relations mais aussi entraînant une tendance à s'oublier soi-même, l'autre allant bien plus mal que moi et ayant besoin de moi, plein et entier, donné intégralement physiquement comme mentalement et psychologiquement. Nous développerons cette tendance à l'acceptation supérieure de l'agression comme une stratégie défensive qui sert tout autant la pratique de *care* dans le point portant sur les stratégies d'ajustement.

3.2.2. La colère contre les « *emplois-confort* »

Ceux ne justifiant pas d'un état de vulnérabilité « suffisant » entraînent a contrario des expressions de frustrations et de colère. Parmi l'ensemble des vocables utilisés pour décrire le travail et l'emploi des aides à domicile, il en est un qui a retenu notre attention, car semble-t-il distancié du travail de *care* dans l'esprit de l'aide à domicile qui l'exprime. Comme si le *care* se traduisait en fait par un travail utile, au service de celui qui ne peut pas/plus. Ce vocable qui ne semble pas trouver sa place dans le travail de *care* de l'aide à domicile est celui de « *l'emploi-confort* », évoqué par BECKY. [120]

La prestation « *emploi-confort* » est un travail se caractérisant par du ménage, que la personne « *paye* ». [121] Ce qui vient là changer le rapport entre l'aide à domicile et la personne chez qui elle intervient – ils ne diront pas là qu'ils les aident, comme pour les personnes qui sont « *en besoin* ». Cette approche réductrice de leur métier leur procure du désagrément qui est lié à un manque de reconnaissance de la part de ceux qui « *payent* ». Elle traduit également l'absence du sens recherché par les acteurs du secteur de l'Economie Sociale et Solidaire.

« Des gens qui paient eux-mêmes, mais... voilà, c'est des gens euh... très hautains. On a à peine un bonjour, on nous tend le balai, et puis... (Rire) » (BÉNÉDICTE)

L'autre situation qui procure de la frustration représente le cas de certaines interventions menées au domicile des parents des personnes aidées dont l'aide à domicile peut avoir le sentiment qu'être cantonné aux tâches ménagères qui ne lui permettraient pas de réaliser sa mission de *care*. Dans l'exemple à suivre, l'aide à domicile est en colère de devoir faire le ménage « *de la fille* » à la place de promener la personne. Ici, la fille semble perçue comme effectuant le *care* que nous identifions « *care-valeur* » qui lui est permis en se dégageant du ménage (*care* perçu dévalorisant, le « *care-confort* » qui ne semble plus être du *care* à proprement parler). L'aide à domicile ne trouve alors la place qu'elle souhaiterait et qui lui permettrait d'exercer la mission pour laquelle l'aide à domicile se sent investie : « *être là pour la personne* », et « *pas pour les radiateurs* ».

« Donc, il y a 6 heures/6 heures... pour chaque personne, ça fait beaucoup. Et ils [ndlr : le couple qui bénéficie des 12 heures hebdomadaires d'intervention] vivent chez la sœur, on va pas pour la sœur, c'est ce que je veux dire, on va pour eux, mais on s'occupe pas d'eux. On s'occupe pas d'eux, c'est ça qui est très rageant, dans ce truc... donc ici. On s'occupe pas d'eux. Si on s'occupait d'eux, on les promenait quand il fait beau, on s'occupait d'eux en faisant des jeux, ou la toilette. Bon... c'est... c'est normal, la toilette, ils veulent pas qu'on s'occupe d'eux, OK. Ça, je respecte, mais on va faire le ménage pour la sœur. Euh... excusez-moi... euh... [...] C'est pas ça le métier, on est pas là pour faire le mét... le... le travail de... de... de... de la... la sœur, ou nous demander... il y a des choses qu'on a droit de faire en tant qu'auxiliaire de vie, on va pas faire euh... des portes... pendant 2 heures, des radiateurs... euh... à nettoyer. Moi, je... je ne peux pas admettre ça. Mais, c'est la sœur qui est... Je lui ai dit, quand elle m'avait dit de nettoyer euh... des portes. Je lui ai dit « écoutez, je veux bien nettoyer vos portes, mais je ne sors pas à l'extérieur, on n'a pas à nettoyer l'extérieur ». J'ai fait l'extérieur. Après, elle me demande de faire les radiateurs, je lui dis « non, on n'est pas là pour faire des radiateurs ». Elle a pris ça très mal, je lui dis... elle me dit « prends la porte. Si vous êtes pas contente, prenez la porte ». J'ai dit « OK, je prends la porte », j'ai déposé les affaires, je range tout, je prends la porte. Mais je suis pas là pour les... pour les radiateurs. » (CHLOÉ)

Ici, l'aide à domicile témoigne d'une forme de colère à ne pas pouvoir exercer et « *être là* » pour la personne âgée qui en a le besoin. Gilligan (1986) a identifié qu'il pourrait relever d'un trait féminin le positionnement tel que ne pas répondre aux besoins serait perçu comme faire du mal à la personne, et donc contraire à la mission de *care*. Les expressions de colère et/ou de démotivation ont été relevées dans le discours quand le travail de l'aide à domicile est réduit à une activité de ménage, alors que justement le travail d'un aide à domicile n'est pas « *que du ménage* », comme plusieurs nous l'ont signifié, résonnant parfois comme une revendication. Une requête d'analyse textuelle effectuée sous Nvivo10 sur cette expression illustre le contexte dans lequel elle est utilisée (Cf. Annexe CH6F). On y relève des associations indiquant un manque de reconnaissance, notamment quand les professionnels sont qualifiés, ce qui est source de frustration. D'ailleurs, cette expression « *que du ménage* » est relevée une seule fois chez les agents à domicile, mais 7 fois chez les employés à domicile et 8 fois chez les auxiliaires de vie.

Des exemples au contexte plus large permettent de comprendre l'étendue du rapport au travail dans le cas où celui-ci ne se traduit que par des activités de ménage et/ou auprès de personnes perçues comme ne nécessitant pas une prestation d'aide. Il est alors précisé par les professionnels un rappel des autres activités qu'ils réalisent (comme les toilettes, les jeux, etc.), le fait qu'ils justifient d'une formation, et le besoin d'apporter aux personnes, ce que ne permet pas la seule activité de ménage. [122] [123] [124] Il y a là un « *care-valeur* » à défendre, matérialisé ailleurs que dans le ménage.

Ainsi, le type de public, caractérisé par ses besoins (spécifiquement lié à la dépendance) impacte la nature des activités réalisées et la perception de l'utilité de l'action par l'aide à domicile. Les « *emplois-confort* » auprès de « *ceux qui payent* » présentent un impact défavorable sur le vécu du métier par le professionnel qui ne voit pas ainsi son travail reconnu dans des activités purement pratiques et techniques comme le ménage que l'autre serait en capacité d'exécuter seul. Ici, le manque de reconnaissance impacte vraisemblablement l'estime de soi qui crée une frustration s'exprimant par de la colère.

Cette frustration nous renvoie à nouveau aux apports de Dussuet (2008) sur le travail invisible (émotionnel) que le travailleur à domicile appelle à reconnaissance. Finalement, ce que l'on « *paye* », c'est le ménage, le visible, et donc le « *corps-balai* » (sic) pas le *care*. Dans le même sens, Le Bouëdec (2007) réfute l'idée selon laquelle l'accompagnement peut représenter une prestation marchande. Donc l'aide à domicile n'assurerait finalement pas d'accompagnement auprès de ces publics privilégiés qui « *payent* » ; alors que selon Fustier (2000), l'argent salit la relation, en séparant l'affect et le service purement technique.

Finalement, la dynamique de don et de contre-don (Cf. Travaux de Marcel Mauss) ne saurait exister dans les « *emplois-confort* » dans l'Economie Sociale et Solidaire, contrairement aux interventions auprès des personnes âgées dépendantes à qui l'on donne mais de qui on attend aussi en retour.

De même, selon Amyot (2008), si la technique est productrice de biens et de services, elle ne génère pas de valeurs ; ce qui apparaît pourtant représenter l'essence d'une éthique de *care* à laquelle aspire les aides à domicile dont la vocation est l'utilité et le bien-être de l'Autre qui a besoin d'eux. Nous opposons justement a contrario le « *care-valeur* » au « *care-confort* » d'après les discours des professionnels rencontrés. La valeur n'étant justement pas le *care* marchand.

Enfin, la référence à l'éthique prend essence dans le rapport aux responsabilités, qui se distingue des savoir-faire pratiques. Ce lien aux responsabilités constitue donc une dernière composante de l'éthique du *care* qui complexifie un travail a priori réservé à des exécutants.

3.2.3. Le poids des responsabilités

Le *care* se caractérise par les effets du sentiment de responsabilité dans le rapport au travail et ses conséquences sur le vécu professionnel et personnel des aides à domicile. La question des responsabilités

n'a pas été abordée directement lors des entretiens, mais plusieurs indices ont été relevés d'après des références spontanées des aides à domicile, lors de l'analyse de contenu thématique. Cela s'est traduit par la peur et le doute que procure cette responsabilité perçue vis-à-vis des personnes aidées. L'anxiété de ne pas agir comme il le faudrait, la peur de faire (du) mal et/ou le stress qu'il arrive quelque chose (de défavorable). [125] [126] [127]

La question des responsabilités est donc anxiogène pour les aides à domicile qui craignent pour la personne aidée du fait d'un mauvais geste ou d'une négligence de leur part. La faute à l'injonction à la bienveillance sûrement en partie. Dans une pression et un *care* devenu flou entre la maltraitance consciente et, plus stressante, la maltraitance de l'insuffisance, dont on ne saurait toujours si l'on est maltraitant malgré soi. L'exemple suivant contribue à illustrer le dilemme dans lequel l'aide à domicile peut se trouver. Entre l'injonction à faire un travail manuel et la gestion de la souffrance humaine où le danger de mort est latent.

« Ben il y a des situations où c'est quand même... ben j'étais chez une dame euh... la semaine dernière. C'est une dame qui est en fin de vie. Et donc, j'avais sur le tableau qu'il fallait que je fasse euh... changer les draps, faire la vaisselle, tout ça. Et, cette dame-là, elle n'avait qu'envie de vomir. J'ai tout laissé ça, moi... je me suis occupée d'elle. Ça a été très lourd, pour moi, ça. Ça a été très lourd. D'ailleurs, c'est la première fois, j'ai dû appeler quelqu'un ici. Il y a des situations qui sont quand même très lourdes. Donc, j'ai parlé... donc, ça m'a fait du bien. Parce que c'était lourd, ça. Mais sinon, il faut euh... [...] Comment vous dire... parce que c'est une personne qui est en fin de vie. Euh... (silence) c'était lourd euh... ben... elle vomissait des glaires euh... euh... et puis, elle me disait « comment ça se... comment j'en suis arrivée là ? Comment je... ? » Je dis « baisse les bras [Bernadette] », le ménage, et tout ça, c'est secondaire, pour moi. C'est d'abord la personne. J'ai parlé, et puis après, ça a été mieux. Faut évacuer. Ou alors, quand on peut pas parler comme ça, il faut euh... ça dépend des situations, parce que c'est vraiment un cas, une fois euh... euh... ou marcher. Moi, ce que je fais, c'est marcher¹³⁶. Quand j'ai du temps entre chaque personne. » (BERNADETTE)

Dans ce dernier extrait, nous revenons sur l'emploi de l'expression de *BERNADETTE* « *baisse les bras [Bernadette]* », quand elle fait référence au ménage qu'elle choisit de ne pas réaliser pour prendre soin de la personne malade. Derrière cette expression, on entend l'abandon. Pourtant, cet abandon n'est pas celui de la personne, mais de l'activité de ménage pour lequel elle a reçu consigne sur « *le tableau* ». On entend là une forme de culpabilité vis-à-vis du travail « non fait », tirillée alors entre son sentiment de responsabilité pour la personne en détresse et le travail à honorer. Est-ce à lire ici l'effet de la marchandisation des services et ces nouvelles orientations économiques ?

Or, nous pouvons considérer ici qu'avoir interrompu son « travail » illustre finalement un agissement « responsable », par la prise en charge de la situation qui a nécessité de sa part une prise de décision. Par ailleurs, la crainte se poursuit parfois une fois le travail terminé dans la peur de ce qui va se passer une fois la personne laissée seule à domicile, le sentiment de responsabilité dépassant le temps de

¹³⁶ Autrement dit, l'aide à domicile ici ne parle pas, mais marche, et évacue par le corps.

l'intervention. [128] On retrouve ici la peur vécue par les employés à demeure qui renoncent à leurs congés de peur que la personne âgée ne décède en leur absence (Moré, 2014). Cela nous a amené, dans un second temps à interroger les aides à domicile de manière quantitative sur les représentations qu'ils se faisaient de la notion de responsabilité vis-à-vis des personnes chez qui ils interviennent, afin de comprendre ces questions de responsabilités, relevés autant chez les agents que les AVS, alors qu'ayant des missions différentes, ainsi que des degrés de latitude et de contrôle différents.

Les aides à domicile étaient appelés à se positionner sur les items suivants :

- Je me sens responsable des personnes chez qui j'interviens
- Je suis responsable des personnes chez qui j'interviens
- Je me sens et je suis responsable des personnes chez qui j'interviens
- Je ne suis en accord avec aucune de ces propositions

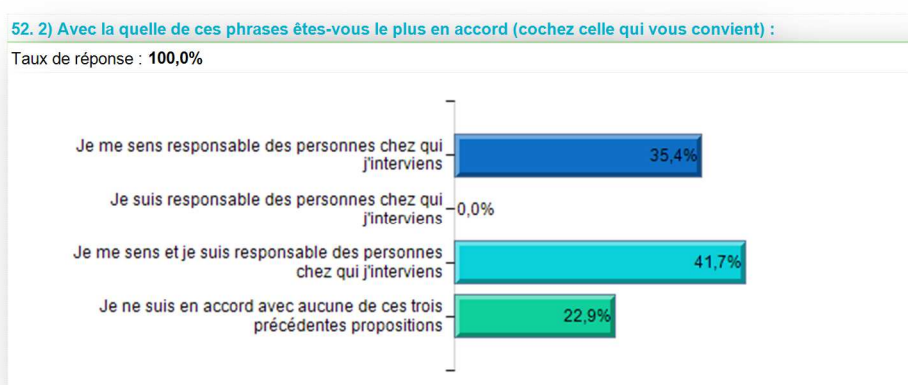


Figure 47 : Rapport à la responsabilité des personnes dans le travail

Les résultats (figure 47) indiquent que près d'un quart a dit ne pas se reconnaître dans les affirmations portant sur les responsabilités. Aucun n'a jugé « être responsable » des personnes, sans en avoir également le sentiment. La question de la perception de la responsabilité du travail est donc ici majeure puisque présente dans les trois quarts de l'effectif interrogé. Un croisement de ces données avec la catégorie professionnelle d'appartenance et le diplôme obtenu permet de nuancer ces résultats (figure 48).

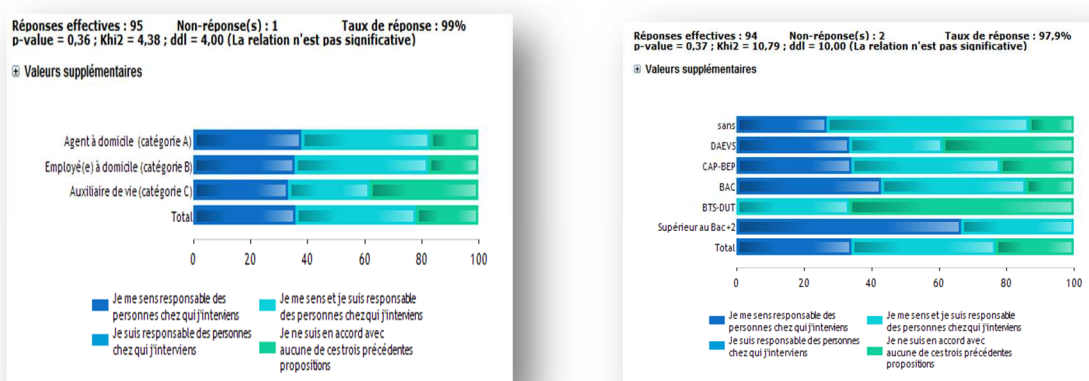


Figure 48 : Rapport à la responsabilité des personnes dans le travail, par catégorie et diplômes

Il en résulte que les auxiliaires de vie, qui ont pourtant un rôle plus étendu auprès de personnes se caractérisant par de fortes dépendances, sont les plus nombreux à ne pas s'être reconnu dans les affirmations portant sur la responsabilité (près de 40%), soit environ le double de leurs pairs de catégorie inférieure. Ces résultats peuvent s'expliquer en lien avec leur pratique d'accompagnant (au sens de Lerbet-Sereni), positionnement dans lequel le professionnel maintient la responsabilité en tant que propriété de l'accompagné. Du côté de la qualification, les résultats ne conduisent pas à de réelles tendances. Toutefois, les sans diplômes sont les professionnels qui se sont le plus positionnés sur les responsabilités, à plus de 80%, et ce alors qu'ils exercent davantage de tâches d'entretien auprès de publics non ou peu vulnérables, d'après la classification des emplois de la convention collective. Il existe donc un écart entre le prescrit de la convention collective et la perception de l'activité par l'agent. Ce qui peut en augmenter sa vulnérabilité.

Les entretiens avec les professionnels de catégories A ont révélé qu'il leur arrivait d'intervenir auprès de publics dépendants, même si cela ne concerne que des missions d'entretien du lieu de vie. [129] Le fait d'intervenir auprès de la personne suffit donc à entraîner un sentiment de responsabilité vis-à-vis des personnes aidées, alors que leur latitude d'intervention sur un plan social et du soin n'est ni reconnu, ni attendu officiellement. Peut-être se joue aussi la représentation qui est faite de la dépendance suivant les individus et la qualification. La crainte liée au sentiment de responsabilité engagé vis-à-vis des personnes aidées peut donc entraîner des contrariétés qui perturbent fortement le professionnel. Toutefois, un seuil de responsabilité existe et le report de la situation sur le responsable hiérarchique participe, dans son passage de relai, à autoriser l'aide à domicile à se délester de ce poids, une fois le bureau ouvert et informé. Le positionnement de la responsable face aux problématiques complexes permet un désengagement acceptable de l'aide à domicile :

« Je savais que... que quelqu'un venait après. Donc, je pouvais re... continuer mon travail. Sinon, je me dis... je me dis « non, je peux pas aller chez quelqu'un d'autre, alors que je laisse cette personne » ; « C'est pour ça qu'on m'a dit, c'est plus... mon rôle, mais... je... c'est fou comment je... j'en suis arrivée, parce que... mais non, mais je pouvais pas... je pouvais pas continuer mon travail, aller chez quelqu'un d'autre » (BERNADETTE)

Ces comportements spécifiques à la pratique d'accompagnement soulignent donc la relation singulière à l'aidé et la complexité du poids à porter dans ce cadre. L'ensemble étant activé par l'empathie et le sentiment de responsabilité et renforçant des comportements d'engagement au travail et d'investissement personnel.

Nous avons vu que le public et la façon dont ses besoins sont perçus modifient le rapport au travail des aides à domicile. Le *care* se caractérise pour les aides à domicile par le type de public aidé, leurs besoins et les missions effectuées. La vulnérabilité et les besoins conditionnent la représentation de leur métier désiré, ce qui valide les hypothèses de valeurs spécifiquement attachées au *care*.

La frustration et l'insatisfaction traduisent une perte de sens au travail quand le besoin de celui qui reçoit le *care* ne s'inscrit pas dans un contexte d'accompagnement. La nature des missions impacte également

les aides à domicile qui distinguent le temps du travail (visible comme le ménage) et la (pause) relationnelle que les professionnels sont parfois insatisfaits de n'avoir le temps de s'y consacrer dans la cadence hebdomadaire. Et pour cause, le plaisir (voire la vocation) du métier est lié à l'amour de la relation et des gens (les personnes âgées). « Avaler » le poids des conséquences du travail est d'autant moins accepté si le sentiment d'utilité est absent. La quête de sens conduit à accepter des conditions de travail et d'emploi difficiles (Moulevrier, 2015). La souffrance existe de la relation à la dépendance, dans l'appréhension du deuil, mais est supportée d'une valorisation des missions et plus largement, du métier.

Le manque de reconnaissance de multiples compétences nécessaires à l'exercice de leur fonction – qui ne concernent pas les savoir-faire techniques et pratiques mais relationnels et d'accompagnement – entraîne des effets négatifs sur la réalisation au travail de l'aide à domicile. Ces derniers s'expriment par de la colère, de l'insatisfaction ou une démobilité dans le travail. Nous allons voir à présent que le travail de *care* a aussi des effets sur le rapport à la santé des pourvoyeurs : les aides à domicile.

3.3. Le rapport à la santé des pourvoyeurs de *care*

Les précédents résultats ont mis en évidence l'existence de détérioration de la santé sur le plan physique et moral chez l'ensemble des aides à domicile, même si l'expression en est différente et singulière suivant les catégories. Nous rappelons ici en quelques lignes les éléments principaux attachés au discours de ces professionnels par catégorie.

Les facteurs contraignant le quotidien chez les agents s'articulent autour des problématiques relationnelles (la peur de la première intervention, les conflits, la difficulté à entrer en relation) et la peur de ne pas réaliser correctement le travail. Une seule parmi les huit évoquera des problématiques de deuil.

Finalement, entre silences, masquages et retenues, on a mesuré la souffrance des agents dans le non-dit, l'utilisation de certains vocables (« *éponge* », « *décharger* », « *ça craque* ») et au travers des stratégies de faire face évoquées (essentiellement évitantes : « *je m'évade* » (ALEXIA), « *j'ai oublié* » (ANASTASIA)), dont une analyse est menée dans le point suivant.

Le groupe des employés à domicile est affecté, ce qui peut s'illustrer dans le besoin ressenti « *d'évacuer entre deux maisons* » ou de se cacher pour « *pleure[r] dans la voiture* », qui sert de cabine de décompression d'une maison à une autre. Certains ont été mal à l'aise lors de l'abord de la question du stress au travail, alors qu'une aide à domicile l'identifie comme « *un poison* » (BERNADETTE) qui crée la maladie, dont la lourde représentation peut expliquer les réticences à aborder le sujet !

Les facteurs de stress ayant émergé pour ces professionnels concernaient pour l'essentiel les problématiques relationnelles avec la personne aidée (conflits et détérioration de la santé de l'aidé (maladie, décès...)), les conflits avec les collègues, voire avec la hiérarchie parfois perçue comme non soutenante, et qui fait des plannings parfois sans « *conscience* » de la réalité du terrain. Le manque de reconnaissance est également source de frustration chez les employés à domicile, tout comme la peur de

ne pas accompagner correctement les personnes aidées. Enfin, cet ensemble de facteurs impacte la conciliation des sphères de vie alors que beaucoup rapporte le stress « à la maison ».

Enfin, pour les auxiliaires de vie, ils présentent également des signes de souffrance, physique et psychologique, sujet qu'ils abordent de manière plus importante que leurs pairs de catégorie inférieure. Nombreux sont les facteurs de stress pour ces professionnels, que cela concerne les plannings et plus largement le rapport au temps, écourté de multiples interventions de courtes durées et qui conduisent certains à témoigner d'avoir « *une horloge dans la tête* » (CHRISTIAN). Cela n'est pas sans rappeler « Les temps modernes » de Chaplin, égaré dans les rouages du temps. La charge émotionnelle et le sentiment de responsabilité vis-à-vis des personnes aidées sont prégnants et le rapport au deuil et à la maladie particulièrement anxiogène. Le manque de reconnaissance contrarie également l'auxiliaire de vie. Enfin, ces derniers perçoivent également que leur statut entraînent des exigences supérieures vis-à-vis d'eux, ce qui est une source de pression supplémentaire qui conduit cette population à exprimer plus de stress comparativement à leurs pairs de catégorie A qui le cachent et ceux de catégorie B qui sont davantage lus dans l'expression du mécontentement.

Nous identifions à suivre les tendances relevées dans l'analyse de contenu thématique qui conduit à distinguer les différentes catégories d'emploi de l'aide à domicile, vis-à-vis des questions de santé et de prévention, qui présentent également des spécificités.

3.3.1. Distancié et utilitariste chez l'agent à domicile

L'agent à domicile entretient un rapport distancié et utilitariste à la santé (qui s'exprime aussi par sa réserve dans le langage). Il rattache souvent la santé à sa dimension physique et ses conséquences, plutôt négatives. Ce qui n'empêche pas parfois de voir apparaître des signes de souffrances psychiques (comme l'énerverment), rapidement tués :

« Moi, je pense que c'est un tout, que c'est plein de choses. Euh... après, on est... on est... on est tout d'abord des humains, hein, donc euh... ça peut être euh... sur plein de plans, ça peut être euh... à cause des problèmes personnels, comme euh... le professionnel, ça peut être euh... le physique qui tient pas. Ça... parce que, aide à domicile, ça... physiquement, faut quand même euh... suivre, quand même, hein. C'est euh... c'est toujours, toujours actif euh... quand on a qu'un quart d'heure pour courir d'un coin à l'autre euh... et qu'on trouve pas et qu'on s'énerve ou... (Rire). Donc euh... physiquement, c'est quand même assez dur, aussi, oui. » (ANNIE)

Ce qui relève du bien-être est chez les agents davantage tourné vers la personne aidée, comme si cet état était la propriété pour l'autre plutôt qu'envisageable pour soi-même. [130] [131] Quand un rapprochement est fait avec soi-même, c'est en opposant la santé (traduite en maladie, physique) et le bien-être (traduit en « être bien »). [132] [133] Par ailleurs, les agents expriment aussi leur santé comme une forme d'aptitude professionnelle en soi, que l'on doit préserver pour rester en capacité de faire (son travail), et non pour être/rester en santé, et donc à des fins de prévention de soi. [134] [135]

Finalement, la santé est un moyen d'exercer le *care* chez l'agent à domicile, dans l'idée que si je vais bien, je travaille bien. La question du bien-être a été majoritairement rapportée comme un but ou un état réservé

à la personne aidée auprès de laquelle on intervient. Si les gestes de prévention sont mis en œuvre chez ces professionnels, en dehors de cette expression de rester en forme pour être compétent et performant, ce ne l'est que pour les deux agents qui ont rencontré dans le passé des soucis de santé conséquents. L'expérience de la maladie favorise donc l'émission de comportements préventifs. Enfin, une tendance apparaît que l'amélioration des conditions de travail (impactant la santé physique) est utopique dans l'aide à domicile.

3.3.2. La prévention identifiée mais peu appliquée chez l'employé à domicile

Les employés à domicile ont exprimé des problématiques de santé à la fois physiques et psychologiques, la difficulté et le « poids » du travail et de ce qu'il induit. Les stratégies d'adaptation évoquées pour faire face à la difficulté du métier y ont également contribué, même si le sentiment d'impuissance est fort face à ces problématiques. La santé au travail a été évoquée souvent par les employés à domicile comme la conséquence de problèmes organisationnels (notamment liés à l'élaboration des plannings). [136]

La pratique de *care* assimilée par les assistants de vie entraînent par ailleurs un engagement fort de plusieurs d'entre eux qui impacte leur rapport à la santé alors qu'ils expriment avoir pour devoir de prendre sur soi et même renoncer à s'écouter, pour le bien des personnes aidées. Il s'agit pour ces professionnels d'être bien pour les autres, de ne pas montrer leur propre souffrance, et peut-être finalement, de se montrer forts, fonction protectrice que nous étayons dans le point suivant portant sur les *coping*.

Par ailleurs, beaucoup ont fait également référence à des pratiques préventives de leur corps, grâce à la formation gestes et postures, particulièrement appréciée par ce qu'elle engage finalement de la possibilité de rencontrer les collègues. Pour autant, la majorité a concédé qu'ils ne mettaient pas en œuvre les gestes protecteurs en question, par manque de temps, par oubli ou par distanciation. [137] [138] [139] [140]

Ici, la nature de l'emploi et le contexte dans lequel il s'exécute entraîne la non pratique de gestes préventifs chez les employés à domicile.

Enfin, trois employés ont également fait référence à la nécessité pour eux de mettre en œuvre des pratiques que nous identifions comme « auto-responsable », liées notamment à l'hygiène de vie, mais les évoquant plutôt de manière générale, comme une conduite prescrite/idéale à l'image des gestes et postures dont la formation présente les limites de la mise en application, qui repose sur la volonté des aides à domicile. [141] [142] [143]

Finalement, la prévention est défendue et nécessaire mais non appliquée chez les assistants de vie sur le terrain, au-delà de bonnes pratiques prescrites, apprises, assimilées mais non investies par habitude. Cela indique bien au regard des modèles de la prévention au travail que la connaissance ne suffit pas à l'émission d'un comportement préventif.

3.3.3. Une utopie de la prévention de la santé chez l'auxiliaire de vie

Une deuxième approche de la santé est identifiée chez les AVS qui n'investissent pas cette dimension comme une possibilité dans leur métier ; la nécessité de préserver le bien-être des personnes aidées entraînant pour ces professionnels de prendre sur eux. Ici, c'est la prévention de la santé au sens global (au-delà du corps) qui apparaît utopique.

La relation entraîne une charge émotionnelle, expliquée par le sentiment de responsabilité à l'égard de la personne âgée, dont ils doivent faire attention à ce qu'elle ne quitte pas leur intimité, ou que l'on doit préserver quand on est sorti du domicile, comme à l'occasion de courses ou de promenades. L'auxiliaire de vie sociale serait même « *obligée* » à « *supporter* », ce qui lui demande également de réinventer sa pratique quand la dépendance s'intensifie, ce qui n'est pas aisé sans avoir suivi la formation, sorte de contre-effet possiblement imputable aux dispositifs de VAE qui s'ils économisent des frais de formation et un investissement en temps (d'absence...) et développent la capacité réflexive par le travail de retour sur son expérience, ne donnent pas non plus d'outils concrets à la pratique empirique. Les AVS semblent avoir acquis une capacité à la remise en question, non comme une auto-flagellation telle qu'elle peut parfois être traduite quand les employés à domicile se tentent à des exercices réflexifs similaires, mais davantage dans le souhait de comprendre ce qui se passe, afin de réadapter la pratique aux singularités de la personne aidée, exercice difficile. [144]

Une distanciation semble indispensable, alors que les problèmes ne doivent pas entrer dans les maisons des aidés (témoignant d'une nécessaire capacité à séparer vie personnelle et vie professionnelle), qu'il ne faut « *pas juger* » (CÉLINE, CARLA), chez qui l'on doit « *cacher ses émotions* » (CÉLINE) et « *être décontractées* » (CÉLINE), même quand on est stressé.

Au-delà du rapport à l'accompagnement évoqué par les auxiliaires de vie, leur rapport à la santé révèle aussi des spécificités. En effet, si l'on retrouve les problématiques de leurs pairs concernant les atteintes à la santé tant sur le corps que sur le moral, leur discours est plus explicite chez eux, notamment sur la question psychologique, comme s'il était plus assumé chez eux de subir du stress et/ou des contrariétés au travail. Il est possible que cela soit facilité par la reconnaissance de missions psychologiquement plus sensibles à accompagner (fin de vie, maladie, alcoolisme, ...) pour ces professionnels diplômés d'état de la dynamique d'accompagnement.

Il leur apparaît également toutefois difficile d'envisager une amélioration sur les conditions de prévention de la santé, se sentant contraints de porter le poids inhérent à leur métier social. Enfin, les frustrations et revendications liées à la reconnaissance repérées chez les agents et les employés à domicile, prennent ici une nouvelle dimension, alors que le refus d'un ménage qui serait « hors-cadre » apparaît un moyen à la fois d'affirmer leur cadre de travail, valoriser l'image de leur métier et préserver leur estime de soi.

L'amélioration liée aux questions portant sur la santé au travail des aides à domicile est perçue comme importante, désirée parfois, mais bien encore souvent exprimée comme une utopie quand on exerce un tel

métier, dans lequel : « *c'est à chacun de le prendre sur soi* » (CORINNE), du fait des contraintes d'une intervention au domicile et parce qu'il peut paraître incongru aux professionnels de se plaindre pour leur santé alors qu'ils interviennent auprès de publics fortement dépendants ou « très » malades, entendons ici plus perçus qu'eux-mêmes. De plus, les demandes de temps du repos ou d'adaptation des interventions et du planning ne seraient sollicitées qu'une fois le seuil de résistance dépassé. [145]

Qui plus est, la conjoncture organisationnelle et le manque d'effectif pour faire face à l'absentéisme conduisent à charger le professionnel de cet élément de contexte complémentaire, cette ultra-disponibilité ne permettant pas non plus une réelle prise de distance avec le travail (dans un cadre spatio-temporel). [146]

Face à cette impossibilité de prévention, il peut être évoqué une raison budgétaire, alors qu'œuvrer à la santé est perçu comme trop coûteux dans une association où les budgets sont contraints, mais également institutionnelle, quand l'écoute est insuffisante notamment sur la question des conditions de travail (achats de matériels, adaptation des plannings, ...). Les responsables n'étant d'ailleurs pas forcément mis en cause non plus, eut égard encore à la question des finances réduites et des marges de manœuvres limitées de manière générale, qui impactent (aussi) leurs propres missions de coordinateur de travail. [147]

Il semble que l'auxiliaire de vie se voit contraint, « *obligé* » à accepter que la santé ne puisse être préservée dans leur environnement de travail, telle une composante du métier à assimiler :

« Une collègue, ben, dernière minute malade, fallait faire 2 maisons. Deux... deux... deux levers, une toilette, et un lever. Ben, je l'ai fait. [...] Bon, j'ai pensé aussi aux gens puis bon, moi je pouvais le faire euh... j'étais là. Mais, euh... c'est vrai que je... bon, ça aurait été dans une autre situation, j'aurais pas été chez moi, j'aurais dit « ben non, je suis pas là, je peux pas le faire », mais là, j'étais là, je l'ai fait, voilà. (Vous vous êtes sentie un peu obligée de le faire ?) (Silence) Oui, quand même. Sentie obligée, mais bon, ben... » (CHARLOTTE)

De même, la question de l'oubli de soi fait partie du quotidien du professionnel, qui doit savoir « *cacher ses émotions* » (CÉLINE) et ne pas se plaindre ou s'arrêter pour un « *rien* ». Certains auxiliaires de vie vont jusqu'à accepter d'intervenir en milieu insalubre pour honorer ce que nous considérons comme un engagement moral au métier d'apporter l'aide à celui qui en a besoin, même si cela est éprouvant pour le professionnel. [148] Pour autant, les conséquences du travail sur la santé apparaissent bien réelles dans le discours des professionnels rencontrés. [149]

A l'image des témoignages des employés à domicile, les conséquences du travail sur la santé recouvrent différents facteurs que sont des problématiques de terrain, telles les exigences des personnes aidées, ou, encore moins acceptées, de leur famille, tout comme la peur des décès, auquel nombre se préparent mais ne préféreraient pas y être confrontés, au moins en direct, ayant certes acquis des connaissances en formation pour intervenir, mais ne sachant pas, dans l'inconnu (qu'ils espèrent durable), comment ils réagiraient personnellement, et ce qu'ils ressentiraient.

Un élément supplémentaire qui est apparu avec les auxiliaires de vie, mais qui peut être lu entre les lignes de certains entretiens des catégories inférieures également, concerne le travail en ruralité, plus précisément dans un environnement où tout le monde se (me) connaît. Le paradoxe de cette référence,

dans un contexte où la peur de l'intervention chez l'inconnu est anxiogène, nous laisse à penser que la problématique ici en question porte sur une peur du jugement ou d'être reconnu dans le cas où le professionnel ne « *serait pas à la hauteur* » (CHARLOTTE), et ce, malgré l'expérience. Le professionnel mettant là en danger son identité dans un collectif territorial local si son travail venait à être remis en question.

La question du besoin d'être en forme apparaît encore mais dans une moindre mesure chez les AVS. Il s'agit davantage de se préserver et de protéger la personne aidée en prévenant le risque de maladie de type bactérienne ou virale. Ainsi, il faut œuvrer à ne pas véhiculer d'une maison à l'autre le rhume attrapé chez l'un, la première année apparaissant critique pour les nouveaux qui mettent un temps à s'habituer... à l'image du professeur des écoles en maternelle qui développe ses anticorps la première année au contact de tous les petits nez à moucher. Il faut donc pour le salarié apprendre à « *faire attention* » à ne pas attraper de rhume et à fuir les virus... tel le stress évoqué par une des auxiliaires de vie comme une « *boule noire* » à « *épines* », qu'elle explique avoir vu dans une publicité qui représentait de cette manière le stress :

« Alors, le stress euh... une vilaine bête ! (Rire) Moi, c'est... j'ai une image euh... qui est... qui me restait... de... de la petite boule noire avec euh... une petite boule noire avec plein d'épines... pas jolie comme un hé... pas aussi jolie qu'un hérisson, mais euh... » (CÉLINE).

Nous ne sommes pas parvenus à trouver quelconque publicité véhiculant telle représentation. Toutefois, à l'énoncé de cette illustration, il nous est venu à l'esprit que cette image fait référence à la représentation faite du virus du SIDA... Cette analogie pouvant donner sens à la difficulté pour certains de concéder ressentir du stress, tel que nous l'avons déjà mis en évidence.

Finalement, ce que l'on retient du rapport à la santé de cette catégorie, c'est l'expression d'importantes charges émotionnelles (et physiques), dont il n'est pas souvent perçu qu'une amélioration ou même une prévention de la santé soit envisageable, ceci réduisant leur attention à mettre en pratique des gestes et comportements préventifs de leur santé.

Ainsi, pour chaque emploi, il semble acquis que le travail de l'aide à domicile impacte défavorablement la santé. La tendance principale de ces professionnels est de considérer la pénibilité comme une composante du métier dont les missions de *care* n'autoriseraient pas à prendre du temps pour soi ; sauf à en mesurer les effets positifs en termes de conséquences sur les personnes aidées. Il apparaît alors là que la prévention de soi est un élément périphérique de la relation et de la pratique de *care*. Le point à suivre permet également de mettre en évidence que les ressources sont perçues plus importantes lorsque la tâche à effectuer est connotée de soin et d'accompagnement.

3.3.4. **Evaluation de la santé perçue**

La figure 49 à suivre illustre les réponses obtenues à l'évaluation de la santé physique perçue. Pour se faire, nous avons demandé aux professionnels de se positionner sur différentes affirmations, afin d'identifier s'ils se sentaient en capacité d'exécuter différentes tâches, impliquant des postures spécifiques.

Les réponses pouvaient être « oui, tout à fait » (représente en bleu foncé, à gauche), « oui, plutôt » (bleu clair) et « non » (bleu turquoise, à droite). Ce que nous souhaitons relever de ce tableau n'est pas tant la perception de l'aptitude physique à exercer des mouvements en soi, mais ce que cela pourrait traduire des représentations associées à une tâche professionnelle, qui aurait un impact sur la perception de la capacité à l'exercer, voire peut-être de la motivation à le pratiquer.



Figure 49 : Perception de l'aptitude physique suivant la tâche à exécuter

En termes de charge physique, nous identifions une forme de croissance de cette dernière pour le corps (d'une personne en capacité de travail) qui s'ordonnerait ainsi :

- Me pencher pour ramasser quelque chose au sol
- Monter plusieurs étages à la suite
- Nettoyer une large baie vitrée d'une habitation
- Déplacer seul(e) un meuble TV ou un bureau
- Aider une personne à mobilité réduite à sortir de son lit

Là où 10% des aides à domicile estiment de pas être en capacité physique de déplacer un meuble TV ou un bureau, seuls 2% estiment ne pas être en mesure physiquement d'effectuer un transfert d'une personne dépendante, ce qui pour en avoir échangé avec les professionnels qui exécutent ces gestes sont très complexes à effectuer, notamment si la personne aidée est lourde. [\[150\]](#) [\[151\]](#)

Il peut toutefois apparaître arbitraire d'effectuer le classement réalisé car les différentes tâches impliquent des efforts différents : lever les bras pour laver les vitres, avoir du souffle pour monter les étages, de la souplesse pour se pencher au niveau du sol, et de la force pour déplacer un meuble. Pour autant, il apparaît qu'effectuer un transfert englobe les différents gestes précédents. Au final, il semble que la capacité perçue soit plus importante pour effectuer un geste qui participe à un accompagnement, une forme de soin de la personne aidée, plutôt qu'un « *corps-outil* » (sic) pour déplacer un meuble, rappelant là les tâches de ménage. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que le sens donné à l'activité entraîne également un rapport différent au travail exécuté et à la santé. Cela pourrait contraindre l'auto-prévention de la santé alors qu'on pourrait forcer davantage dans les situations impliquant une personne dépendante. [\[152\]](#)

Le rapport au *care*, traduit par les besoins d'un public, sa vulnérabilité et les tâches connotées du soin entraînent donc des efforts pour le professionnel qui peuvent aller au-delà de ses ressources, comme pour répondre aux normes de sollicitude (Avril, 2008) du métier, où faire ce sacrifice participerait à gagner en estime de soi et plaisirs par valorisation du métier et pour se conformer aux valeurs d'un *care* utile et social, notre « *care-valeur* », à l'inverse du « *care-confort* ».

3.4. Validation de H3 : la perception du *care* influe le rapport à sa propre santé

Le travail de *care* se traduit dans le discours des aides à domicile comme relevant d'un public, d'une finalité, des activités et une essence sociale qui nécessite des qualités humaines. Le public auprès duquel on assure le « vrai » *care* – le « *care-valeur* » - est le public dépendant qui a besoin d'une aide sociale (et pas de ménage dont l'activité n'est perçue que comme un moyen d'assurer le *care*, et non tel un objectif).

Les missions du *care* se caractérisent par ailleurs par l'expression d'un souci des autres qui implique une forme de relation affective (que l'on n'a pas avec ceux qui ne sont pas perçus comme en besoin d'accompagnement (hors ménage)) dans laquelle on « porte » le vulnérable et on supporte les souffrances de l'Autre. Pour autant, le travail s'illustre dans le ménage dans lequel on ne peut s'épanouir sans retrouver le sens de l'action au travers de la « pause relationnelle ». Ainsi, le *care* est considéré par l'aide à domicile comme permis par l'instauration et le maintien d'une relation privilégiée, qui nécessite des compétences relationnelles et une capacité à prendre du recul dans une relation dans laquelle on ne peut toutefois être (concrètement) « à distance ». Dans cette relation, il s'agit d'être à l'écoute, et de pouvoir offrir une attention pleine et entière permise par un effacement de soi et de ses ressentis quand on est en intervention, le bien des autres étant prioritaire et justifiant la pratique adaptée, valorisée « bonne » de l'accompagnement. Pour l'aide à domicile, le sens du métier relève plus d'une capacité à l'humanité qu'au pouvoir de rendre propre.

Par ailleurs, plusieurs valeurs complètent le tableau du *care* qu'ils apportent comme le sentiment de responsabilité de l'Autre, qui demande engagement et dévouement. Ces deux dernières qualités n'étant pas sans effet sur le vécu de l'aide à domicile qui prend sur le (peu de) temps personnel qui lui reste et qui « avale » une souffrance de l'autre parfois difficile à (in)gérer dans l'injonction à se taire et l'habitude de « *garder pour soi* ». Pour autant, cet investissement, ce temps pris sur le pas de la porte pour discuter, et qu'on ne peut refuser, redonne sens à leur métier qui n'est pas « *que du ménage* ».

Cette représentation et l'intégration de leur propre pratique désirée reconnue du *care* qu'ils apportent aux personnes âgées est liée à leur rapport au travail et leur santé. Ainsi, le vécu du travail est différent en fonction de la perception qu'ils ont du public aidé. Le vulnérable est celui dont on accepte l'agressivité et de faire ce qui possiblement ne relèverait pas de la fonction (comme nettoyer la boîte du chat ou lessiver les murs), voire de mettre en œuvre des comportements néfastes pour sa santé, forcer sur son poignet abîmé pour aider la personne à se lever. Le rapport au travail est tout autre en présence du public perçu

comme n'étant pas dans le besoin (« *emploi-confort* ») ou à la suite d'une demande de l'environnement de la personne âgée dont on n'accepte pas les exigences qui ne peuvent être justifiées d'un état de la personne pour laquelle on a de l'empathie.

Enfin, la perception de la responsabilité que l'on a vis-à-vis du vulnérable est porteur de pression que certains aides à domicile vont tenter de réduire par un surinvestissement dans le travail pour être sûr de ne pas faire de « mal » à la personne.

L'ensemble des caractéristiques de l'exercice du *care*, s'il participe à donner sens et essence au métier, entraîne toutefois des conséquences sur la santé des pourvoyeurs qui n'intègrent pas les comportements préventifs comme possibles de par la nature de leur action de *care*. Le souci de soi n'est pas exprimé par les professionnels dont le souci de l'Autre et sa sécurité sont une priorité.

Ainsi, l'on a constaté que chez l'agent à domicile, faire attention à soi était un moyen d'assurer le travail en capacité, traduisant un rapport utilitariste mais distancié à la santé. Les employés se sont eux plus exprimés sur l'intérêt de prendre soin de soi (au sens physique) pour se préserver, mais en sont restés souvent à un discours de pratiques idéales, dont la mise en œuvre est appauvrie, faute de temps et du fait des exigences du métier. Chez les AVS, la prévention est souvent rapportée comme une utopie du métier dont on accepte que le travail détériore sa santé, puisqu'il ne pourrait en être autrement. Ce rapport à la santé des AVS conduit alors à une réduction de la mise en place de comportements préventifs, ce qui aura par définition un impact sur leur santé. Le poids moral apparaît impossible à alléger, car faisant partie du métier, et sur lequel on n'identifie pas de perspectives d'améliorations possibles.

Enfin, la santé perçue apparaît majorée quand il s'agit de mettre en œuvre un effort visant à une pratique de *care*, indiquant par là une possible surévaluation des ressources quand il s'agit d'aider une personne dépendante. Cela se rapproche de la tolérance à la pénibilité du travail quand pour renouer avec le sens du travail, on accepte de nettoyer la saleté pour un salaire faible (Molinier, 2013). Ainsi, le rapport associé avec les valeurs et la pratique du *care* a des effets sur la perception et le rapport entretenus avec la santé. Cette conclusion est renforcée par l'analyse des stratégies d'adaptation mises en œuvre face aux difficultés et dans le cadre de la pratique du *care*.

Ceci valide donc l'hypothèse selon laquelle la perception de la vulnérabilité de la personne âgée et les valeurs en accord avec l'éthique du *care* entraînent une tendance chez l'aide à domicile à minorer son propre souci de soi-même et les comportements pro-santé, afin de préserver la personne aidée, prioritaire du *care*.

Nous éclairons cela dans le point suivant dans lequel on analyse les stratégies d'ajustement et les comportements préventifs mis ou non en œuvre par les aides à domicile en fonction des situations et des contextes. Ce point participe à la fois à justifier une souffrance qui se lit (aussi) dans les stratégies préventives entreprises et au regard des effets des perceptions du *care* sur les rapports à la santé et la réalisation des comportements préventifs.

4. La santé au travail : prévention et stratégies d'ajustement

Le présent point s'appuie en très grande partie sur l'analyse thématique effectuée sur le corpus. Nous précisons toutefois certains éléments au moyen de données quantitatives recueillies, et qui éclairent et/ou généralisent les apports de l'analyse du discours.

Face à une difficulté, les aides à domicile ont pu s'exprimer sur ce qu'ils mettaient en place pour faire face.

Les stratégies sont assez homogènes et caractérisées de la manière suivante :

- Des stratégies d'évitement très majoritaires tels que : penser à autre chose, cacher ses émotions aux autres et se référer à des pensées magiques (ex : toucher du bois)
- Des phénomènes de rationalisation des situations pour y donner du sens
- La résignation, dans l'idée qu'il n'est pas possible de vivre ce travail autrement
- La sollicitation des autres, dont l'accès est ici inégal suivant les catégories d'emploi

Les catégories B et C ont en plus décrit des stratégies complémentaires qui se traduisent par une réflexion sur la pratique et le positionnement professionnel : qu'ai-je fait (ou non) qui puisse expliquer cette difficulté ? Enfin, le surinvestissement a été mis en évidence chez une employée à domicile, illustré par un travail qui s'étendait sur le temps personnel pour réduire la pression de l'inconnu et de mal faire.

Le surinvestissement en question avait pour but de rassurer l'aide à domicile avant de se rendre seule à une future intervention (cas de l'aide à domicile qui va rencontrer une personne âgée après sa journée de travail). Chez d'autres, les temps du *care* professionnel qui dépassent sur le temps personnel visent à retrouver la pratique du « *care-plaisir* » (sic) que certains ne retrouvent plus dans les interventions qui se cantonnent aux activités de ménage. En cela que cela renforce les moments de plaisir, cela conforte par la même les ressources de professionnels.

On constate que les stratégies évoquées jusque-là sont peu actives. D'un point de vue moral, les stratégies d'adaptation sont majoritairement évitantes. Et concernant la prévention du corps, soit le bien-être de l'aidé passe avant le fait de se soucier de soi, soit la résignation réduit l'option d'un comportement de prévention du corps. Il apparaît chez les agents que les seuls ayant justifiés de gestes ou de comportements protecteurs à opérer pour le corps proviennent de professionnels ayant eux-mêmes vécus la maladie par le passé. Le vécu de l'évènement apparaît rendre réel ce qui reste de l'ordre du risque chez les non concernés qui n'identifient pas de possibilité d'agir. Seule une aide à domicile ayant vécu elle-même une situation de vulnérabilité semble réaliser ou accepter d'exprimer son droit à penser à elle malgré la démarche d'accompagnement qui s'oriente vers un autre :

« c'est vrai que... ben, dans la vie... on peut avoir des... des... des problèmes euh... ben, de santé, de maladie. Et... qui... nous amènent... à...(silence) à nous remettre en question. C'est-à-dire qu'on ne peut... on ne peut plus faire comme avant. Donc, on est obligé de... de faire autrement. Donc, on fait plus attention à soi-même, déjà... parce qu'on ne peut plus faire comme on veut, donc on est obligé de faire attention et de... et de... d'utiliser les possibilités qu'on pourrait avoir. Par exemple euh... de soulever une personne, on le fait pas n'importe comment. Euh... de lever quelque chose euh... ben... on prend les postures qu'il faut, quoi. Parce que... c'est vrai que... on va vite s'esquinter, quoi. Et puis, faut s'écouter. Faut écouter aussi son corps. (silence) Parce

qu'autrement, si on va au-delà de nos possibilités, je pense que, à un moment donné euh... (silence) ça n'ira plus. (silence) Moi, je le ressens comme ça, parce que je suis passée par des étapes, par une étape et... et c'est vrai que je le vois différemment. » ; « mais par contre, c'est vrai que euh... par exemple euh... une personne euh... que je vais trouver à terre... avant, je l'aurais levée de moi-même, seule. Sans aide. Maintenant, je vais aller jusqu'à euh... sortir de la maison, pour aller chercher quelqu'un. Je vais... je vais pas le faire moi-même. Ou je vais appeler ou je vais téléphoner, mais je vais pas le faire moi-même. Parce que je sais que je vais me mettre en danger. Que, avant, je l'aurais fait.» (ALICE)

Nous développons à suivre un bref paragraphe concernant la prévention de la santé physique, avant de nous attarder davantage sur les stratégies d'ajustement utilisées pour faire face aux problèmes créant une tension chez le professionnel, les premières apparaissant davantage prises en charge par l'Organisation, alors que les carences demeurent sur la prévention des risques psychosociaux dans le secteur du domicile.

4.1. « Gestes et postures » : un idéal de prévention de la santé

La prévention attachée à la santé physique se réduit aux références à la formation « gestes et postures », par ailleurs très souvent non mise en application car oubliée d'un manque de pratique, ou délaissée car contraignant la réalisation du travail. [153] [154] [155]

Les autres stratégies préventives évoquées sont également centrées sur le corps, comme l'hygiène de vie (manger, bouger) et le fait de prévenir la propagation des bactéries et virus, cette dernière approche apparaissant plus idéale que réellement mise en œuvre. [156]. Ainsi la prévention de la santé reste distancée chez le professionnel qui peut ne pas être en mesure d'appliquer les gestes préventifs, même si les bienfaits en sont (re)connus. [157]

Face aux difficultés ou affections psychologiques, des pratiques s'observent en réaction, tels des ajustements. Lors des entretiens, nous avons constaté que les stratégies évoquées par les aides à domicile étaient plutôt floues (ex : parler à quelqu'un que l'on ne rencontre que trois fois l'an, ne rien faire, penser à autre chose, etc.). L'analyse de contenu thématique a toutefois confirmé l'hypothèse selon laquelle les aides à domicile ont tendance à émettre peu de comportements préventifs et à réagir à la difficulté par de l'évitement.

4.2. Stratégies de coping des aides à domicile

Un recueil quantitatif complémentaire a été réalisé auprès des aides à domicile afin d'identifier les recours qu'ils avaient face à une difficulté, afin d'étendre possiblement les retours dont les cases à cocher anonymement peuvent améliorer une expression parfois réduite de la libre pensée qui s'exécute sous les yeux de l'interlocuteur. Des spécificités apparaissent suivant les catégories. Nous verrons que le recueil

qualitatif permet parfois de nuancer ces résultats. Parfois également, des différences apparaissent entre le discours des personnes rencontrées en entretiens et celles ayant répondu au questionnaire (certains professionnels ayant participé aux deux phases de l'enquête).

Différentes stratégies de *coping* ont été soumises à partir d'items inspirés ou sélectionnés dans des questionnaires visant à l'évaluation des stratégies d'ajustement (Bruchon-Schweitzer, 1994; 2002), des suites de ce que les analyses des entretiens avaient déjà révélé. Parmi les douze stratégies proposées, il y avait ainsi la possibilité d'identifier les tendances à l'activation des comportements suivants (items exacts dans le tableau 12, extraits des questionnaires) :

- 4 items liés au soutien social : 3, 6, 8 et 12
- 2 items illustrant des stratégies évitantes : 1 et 10
- 2 items liés à des stratégies « punitives » : 4 et 9
- 4 items actifs : 2, 5, 7 et 11

Item portant sur les coping dans les questionnaires	Correspondance du libellé court sous Sphinx iQ (pour lecture des figures à suivre)
1. Je me suis impliqué(e) dans une autre activité pour me changer les idées	« engagement autre activité »
2. J'ai réfléchi et ai procédé par étapes pour résoudre le problème	« résolution par étape »
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	« échange ressenti »
4. Je me suis reproché(e) de ne pas avoir fait ce qu'il fallait	« reproches »
5. J'ai cherché des informations pour mieux comprendre la situation	« recherche info »
6. J'ai demandé des conseils à quelqu'un	« conseils auprès d'un tiers »
7. J'ai trouvé une à plusieurs solutions	« solution trouvée »
8. J'ai essayé de ne pas rester seul(e)	« éviter isolement »
9. Je m'en suis voulu(e) de ne pas avoir réussi à éviter le problème	« culpabilité »
10. J'ai pensé à autre chose pour oublier ce qui s'était passé	« penser à autre chose »
11. J'ai mis tout en œuvre pour obtenir ce que je voulais	« combatif »
12. J'ai informé quelqu'un de ce qui s'était passé	« informé un tiers »

Tableau 12 : Coping mis en place face à une situation stressante récente

Il s'agissait pour l'aide à domicile d'indiquer si face à une situation difficile, il avait réalisé ou non ou les différentes propositions en indiquant au choix : Non, plutôt non, plutôt oui, oui. Les variables sont pondérées de 1 (non) à 4 (oui)¹³⁷. Une moyenne réduite indique une faible adoption de la stratégie (face à une situation précise que les aides à domicile avaient décrite juste avant), et, réciproquement, un chiffre se rapprochant de 4 illustre une tendance du groupe à adopter une stratégie. Les chiffres en bleu et en rose indiquent des valeurs remarquables par leur significativité dans la classe, et donc des (non)comportements caractéristiques de la population étudiée. Les résultats obtenus par le panel sont représentés dans la figure 50. Ainsi, ce recueil vient distinguer essentiellement ici la pratique majeure des AVS qui agissent activement à la résolution en direct sur le problème rencontré. De manière globale, chez les qualifiés, la stratégie inhérente au soutien social est adoptée, notamment chez les employés à domicile

¹³⁷ Valorisation de l'échelle : non = 1 ; plutôt non = 2 ; plutôt oui = 3 ; oui = 4.

mais les résultats faibles des agents indiquent qu'ils ne mettent en œuvre que peu des stratégies de *coping* (meilleure moyenne 2.79/4).

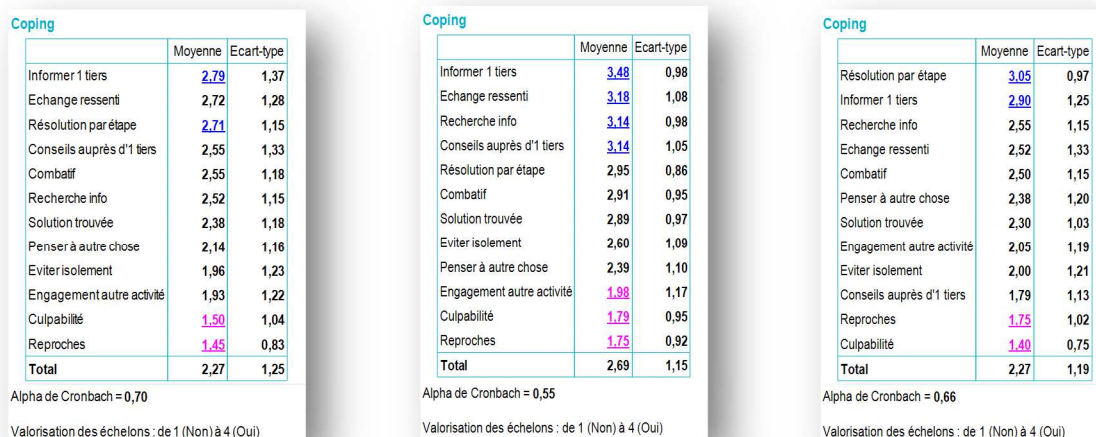


Figure 50 : Stratégies de *coping* par catégorie (A, B, C)

L'évitement (engagement dans une autre activité) apparaît minoré. Cependant, le discours recueilli ne va pas dans ce sens, comme nous l'avons mis en évidence via le recours à des stratégies de masquage, ce que révèle les non-dits, ou plus généralement le fait de « penser à autre chose ». Une explication à cela est qu'il est peu valorisant (y compris inconsciemment) de montrer explicitement adopter un comportement de fuite, comparativement à une stratégie active. Le biais de présentation lié à la désirabilité sociale (consciente et inconsciente) en est une explication (Tournois, Mesnil, & Kop, 2000; Disquay & Egido, 2011). Cela indique également le manque de fiabilité d'un tel outil, même s'il donne des tendances et permet de questionner les différences exprimées.

Finalement, peu de stratégies sont mises en œuvre chez les agents, les rendant plus vulnérables. Le recours au soutien social est majeur chez les employés, et généralement adopté chez les AVS. Ce qui est étonnant chez les employés est le recours social indiqué alors que dans le verbatim, beaucoup se plaignent de ne pas rencontrer suffisamment leurs collègues et leur responsable. Le responsable reste majoritairement disponible au moins par téléphone et en ce sens caractérise une forme de disponibilité du soutien (au moins informationnel et résolutoire) de la hiérarchie. Des ressources sociales sont donc bien existantes, ce que l'organisation prestataire permet.

Mais l'insatisfaction témoignée (en entretien ou dans l'enquête quantitative portant sur l'évaluation du caractère adéquat de la fréquence de contacts avec les collègues) signifie également possiblement que le soutien social est disponible mais peut-être pas satisfaisant ; ou qu'il ne répondrait pas aux attentes.

4.2.1. Soutien social informationnel et émotionnel - professionnel

Nous avons vu que les références à la communication et au soutien social étaient nombreuses dans le corpus, chacun ne bénéficiant toutefois pas d'un accès égal à ce dernier, en terme de qualité et de disponibilité. Derrière cette stratégie d'ajustement, il peut être illustré les pratiques comme de se comparer aux pairs afin de savoir s'ils vivent les mêmes choses chez les personnes. Ceci abaissant la tension, notamment chez les agents à domicile qui rencontrent d'autant moins leurs collègues (beaucoup d'interventions exclusives chez un usager, échanges réduits, peur du jugement). Toutefois, la majorité du soutien social est souhaité ou sollicité dans le but d'être écouté (rassuré ?), de se protéger d'un appel d'une personne aidée mécontente, et/ou de résoudre le problème.

a) Le responsable hiérarchique

Le responsable à des fins de résolution de problème est le mieux placé dans le discours des aides à domicile. **[158]**. Ce qui ne signifie pas pour autant que tous bénéficient de cet accès, mais les résultats quantitatifs portant sur les rencontres sont jugées adéquates par la très grande majorité du panel. **[159] [160]** Cela s'explique par un « choix » de l'aide à domicile à partager son ressenti ou non et la nature de la réceptivité du message par le responsable. La ressource est donc apparue majoritairement disponible et efficace dans la résolution de problème, mais pas toujours activée ou répondant aux attentes. D'une manière générale, les résultats tendent à montrer que les ressources en soutien social sur le terrain professionnel existent dans le secteur prestataire.

Enfin, le réseau de forme extrait de l'analyse du corpus total effectuée sous Alceste 2015 (figure 51) illustre combien le responsable, quand il est identifié par son prénom et non par « le/la responsable », est associé à la communication, même si les échanges se cantonnent pour certains aux contacts téléphoniques et aux rencontres en réunion lors du rassemblement de l'équipe de collègues. Le signifiant « *souci* » rattaché évoque parfois les soucis avec la responsable mais plus souvent avec les personnes aidées ou leur famille. La responsable est plutôt support de résolution de problèmes, au travers des conseils apportés au téléphone et lors de l'organisation des réunions avec l'équipe. Le responsable apparaît constituer le pilier de l'équipe en cela qu'il a pouvoir à réunir.

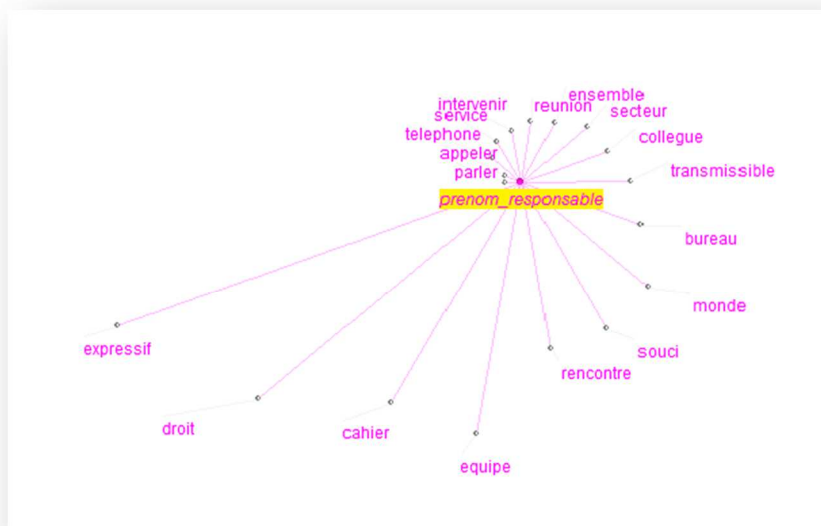


Figure 51 : Réseau de la forme « prénom_responsable »

Le responsable, si la relation de confiance est installée peut également être choisi pour partager les ressentis professionnels, et ce finalement plus que les collègues pairs, à l’image des résultats suivants, issus des données quantitatives analysées sous Sphinx iQ (figure 52), qui portaient sur la nature des relations avec l’environnement de travail (fréquence, objet des échanges, etc.).

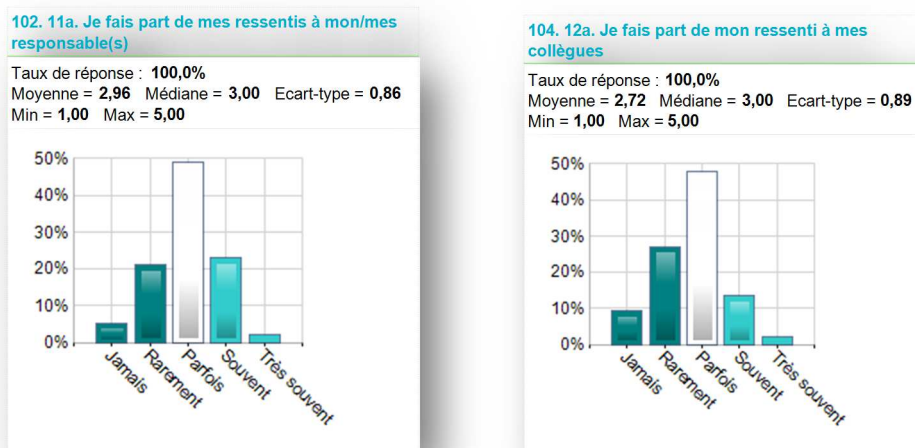


Figure 52 : Habitudes de partage des ressentis avec le responsable et les collègues

Ainsi, un quart des aides à domicile partagent souvent à très souvent leurs ressentis avec leur responsable, contre moins de 20% avec les collègues. Ceci montre donc que les échanges avec les responsables ne s’en tiennent pas à la résolution de problèmes.

b) Les collègues

Le sujet des collègues a été souvent abordé par les aides à domicile, qui exprimaient quasi unanimement le besoin de pouvoir rencontrer, connaître et parler à leurs pairs. Nous avons vu que la difficulté est justement que beaucoup ne se rencontrent pas, les AVS étant plus favorisées sur ce point puisque la situation de dépendance de la personne aidée implique des rencontres plus régulières pour coordonner et ajuster l'accompagnement. Les employés sont également mieux lotis sur ce point que les agents à domicile, car la dépendance des personnes entraînent souvent l'instauration de binôme ou d'équipe d'intervention (par roulement), contrairement aux agents qui peuvent intervenir de manière exclusive chez une personne aidée (n'entraînant donc pas de partage sur les situations) ou chez qui l'utilisation de l'unique « *cahier de liaison* » suffit à assurer la coordination des prestations. Finalement, le collègue est un soutien par l'apport d'informations sur les situations, qui faciliteront son travail, mais également un modérateur de l'émotion par la diminution de la culpabilité permise par la prise de conscience que les pairs rencontrent les mêmes difficultés qu'eux. De même, le fait d'intervenir en équipe permet de diminuer le nombre d'interventions chez une personne dont la relation d'aide serait éprouvante à temps plus fréquent. [161] [162] [163]

La description de la forme collègue illustre les liaisons à la communication (« parler », « appeler », « réunion ») et comment se sont organisés les discours sur ce sujet en entretien (figure 53).

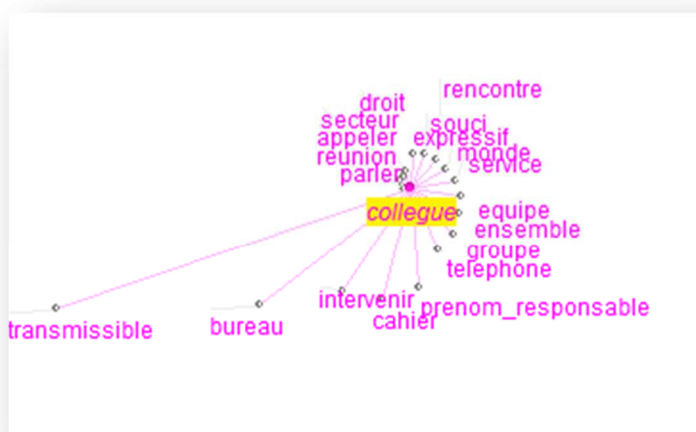


Figure 53 : Réseau de la forme « collègue »

Les échanges ont lieu souvent en réunion et encore plus par téléphone. Un élément qui a souvent été ramené quand on a souhaité échanger sur le sentiment d'unité et d'équipe est que cela a souvent renvoyé au « *cahier de transmission* », bien souvent seule illustration du travail et/ ou de l'esprit d'équipe, justifiant à notre sens de la fragilité d'un collectif dont les interactions sont rares ou indirectes. [164] [165] [166]

Ce support de communication écrit présente plusieurs travers et limites comme le fait que les agents à domicile ne sont pas toujours à l'aise dans l'écriture et la lecture (ce que nous avons constaté lors de la phase de recueil quantitatif), et qu'il est parfois utilisé comme le lieu des règlements de comptes, et enfin, que puisqu'il est à la vue de tout le monde, les contenus qui y sont notifiés sont limités. [167] [168] [169]

Enfin, les écrits restant, ils peuvent aussi être support de jugement de valeur entre les professionnels. [170]

L'ensemble de ces éléments indique qu'il est préférable de favoriser une communication en direct que par écrit interposé. Au terme des relevés qualitatifs et quantitatifs, le soutien social en lien avec les pairs est réduit sur le terrain et chacun n'est pas logé à la même enseigne. Ce qui est généralisable, c'est que le désir est fort de pouvoir partager plus souvent de temps, ainsi que d'aborder des situations de travail avec les collègues.

4.2.2. **Evitement et effacement**

Après le point sur les tendances de recours au soutien social, il est apparu que la souffrance et le faire-face ont été mis en évidence majoritairement par des stratégies évitantes, comme nous nous y attendions du fait de l'isolement des aides à domicile associé au manque de marge de manœuvre de leur activité.

a) Taire et/ou minimiser la difficulté

Les stratégies évitantes peuvent s'illustrer chez les agents à domicile qui se sont peu exprimés à dire leurs difficultés, et via le non-dit. On a observé chez eux une tendance à fuir la situation, mentalement, en « *[faisant] le vide* ». La minimisation de la souffrance est également lisible dans leur discours.

Ces formes de minimisation de la souffrance allant peut-être jusqu'à une forme d'oubli de soi du professionnel sans cesse tourné vers l'autre. Comme par le refus de s'autoriser la plainte ou par l'utilisation d'adjectifs tels que « *peu* », « *petit* », dont il s'agit peut-être pour certains d'une capacité exprimée à « *encaisser* » ; et à s'adapter même en souffrance. [171] [172] [173] [174]

Ainsi, différentes stratégies protectrices apparaissent dans le discours des agents. Comme dans un premier temps le fait de garder les choses pour soi et/ou faire le vide, quand on ne se sent pas la possibilité de s'exprimer (en soi ou face au responsable). [175] [176]

Ainsi, une aide à domicile précisera explicitement quand nous lui demandons si elle sollicite quelqu'un lors de difficulté, que garder les choses pour soi dans le métier est chose courante : « *On est habitué, hein.* » (ANASTASIA). Par ailleurs, l'utilisation des silences témoigne autant de cette même incapacité à dire, ou bien à une volonté de ne pas divulguer, consciente ou non. De plus, une autre façon de « ne pas dire » s'est illustrée par la mise en place, lors des entretiens, de stratégies de professionnels qui ne souhaitent s'exprimer. Enfin, gardons à l'esprit que les silences et les non-dits peuvent exprimer le mécanisme de défense du déni.

b) Fuir mentalement la situation

Plus généralement, c'est-à-dire au sein des différents emplois catégoriels, il est apparu le fait de pouvoir s'échapper et donc fuir mentalement la situation, pour « extérioriser », « faire le vide », le temps que « ça redescend[e] », résultant comme un besoin de savoir « oublier ». [177] [178] [179] [180] [181]

Par ailleurs, ces mêmes comportements se constatent lors d'évènements incontrôlables tels que ceux du décès des personnes aidées. Ainsi, plusieurs stratégies se mettent en œuvre, tel que vouloir que l'évènement ne soit pas passé, ayant un instant préféré que : « (silence) ouais, c'est malheureux à dire, mais [que ça arrive] à quelqu'un d'autre, quoi. » (BRIGITTE), laissant penser que sachant que la fin prochaine était inévitable, il aurait au moins pu/du ne pas arriver en sa présence, alors que cette même aide à domicile sera chahutée que le prêtre la prenne pour la petite fille et lui présente ses condoléances. Ou encore, passer à autre chose, presque en refusant l'évènement qui vient de se produire, alors que la professionnelle qui vient de perdre une personne aidée à la suite d'un étouffement en sa présence, croise son fils à la sortie et lui indique : « je continue ma route » (BLANCHE), comme niant l'évènement contre lequel on ne peut rien faire (Lazarus R. S., 1983; 1998). D'autres enfin vont plutôt chercher à échanger sur la situation pour apaiser la souffrance que l'on ne peut gérer seul :

« Ça m'a travaillée ben... toute la matinée. Même en sortant de là, du coup, ben, j'en ai pleuré parce que... voilà... ça avait beau être dimanche, eh ben... j'ai appelé ma collègue. Même si c'était dimanche, euh... » (BRIGITTE)

Enfin, la fuite est également parfois nécessaire physiquement, géographiquement :

« Par moments... ouais... ça me fatigue. Des fois, j'ai besoin de prendre le large... pour vider ma tête ! (rire) [...] Ben, j'essaie de pas penser à ma journée, quand j'arrive chez moi. Ben, là, j'ai mes enfants, donc je pense pas à ma journée... Et, de temps en temps, je m'évade le week-end... » (ALEXIA).

L'aide à domicile quitte alors la « prison-maison » (sic). Le salarié semble donc partagé entre le besoin de faire le vide, et l'impossibilité de le faire, de par la force de la relation avec le bénéficiaire pour certains et de par la difficulté à faire fi du sentiment de responsabilité qu'ils peuvent ressentir vis-à-vis des personnes aidées. Cette notion sous-jacente de responsabilité peut entraîner une forme de culpabilisation à penser à soi et sa famille. [182] [183]

Pour autant, certaines stratégies visant à s'aérer ou extérioriser semblent pour certains, de plus, difficilement accessibles, du fait de la planification des interventions, qui les font soit finir tard le soir, soit être bloqués toute une journée. [184] C'est ici l'Organisation qui fait obstacle à la mise en place de stratégies d'ajustement, par manque de ressources.

c) Désir d'oubli et pensée magique

Parfois même, la volonté de faire le vide ira jusqu'à un (désir d')oubli, comme pour les insultes, les douleurs ou les difficultés rencontrées. [185] [186] De même, la quête d'évasion pourrait entraîner parfois une forme de déconnection à la réalité et à son corps (d'Homme), alors que la voiture (autopilotée) fait office à la place de, la machine prenant le pas ?

« je me dis « je sais pas comment j'ai fait, parce que je me rappelle plus de la route que j'ai... [...] La voiture sait que je dois aller là, donc elle m'amène, quoi. Parce que, moi, je... [...] dans ma voiture, j'appuie sur un... sur un bouton, elle va toute seule... ». (ANTIGONE)

Cela constitue par ailleurs un risque complémentaire à la santé des aides à domicile, routier celui-là, alors que le facteur humain est un déterminant de la sécurité routière (Montoro, 1994; 1997), ici fragilisé des effets du quotidien professionnel sur l'attention.

Enfin, une autre forme d'évitement constaté concerne ce qui se rapproche de l'imaginaire et de la pensée magique, comme les aides à domicile qui semblent vouloir conjurer le sort lié à la maladie par l'utilisation de l'expression : « je touche du bois », ou en tapotant sur la table au moment de dire « je n'ai pas de problème de santé », comme relevé dans la classe portant sur la santé dans le corpus, dans lequel l'expression « touche du bois » est significative, à l'image du réseau de forme (figure 54) qui illustre que cette expression est abordée quand l'échange porte sur la santé physique.

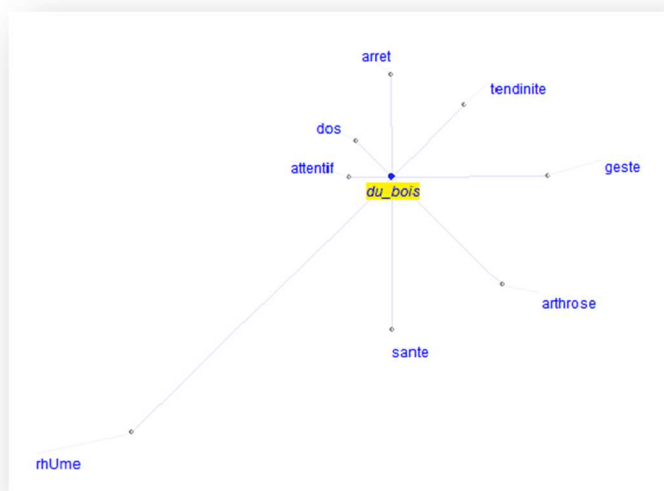


Figure 54 : Réseau de la forme « du_bois » (expression « touche(r) du bois »)

Egalement, sur un fond de stratégie évitante, lorsque la relation est difficile, ont par ailleurs été évoqués des comportements de théâtralisation (par un agent à domicile) que nous interprétons comme des stratégies de faire face :

« J'avais une mamie, c'était une tatie Danielle [...] J'ai mis ma carrure de chevalier, comme j'ai dit et j'allais au combat (rire) » (ALAIN)

d) Cacher... pour se montrer fort - compétent

Enfin, plus spécifiquement chez les aides à domicile qualifiés (B et C), il a été exprimé une volonté, voire un devoir de ne pas montrer le ressenti, le cacher, comme une expression d'un comportement responsable et professionnel, qui n'entache pas la relation et ne fait pas porter à l'aidé vulnérable, un poids supplémentaire. Cet attachement à garder pour soi peut éprouver l'employé à domicile qui, en cela, contraint sa gestion des émotions en n'utilisant pas le soutien social dont il revendique l'utilisation dans la partie quantitative (même si les échanges avec les collègues sont perçus insuffisants), mais dont plusieurs ont précisé la difficulté d'accès, dans l'enquête qualitative.

Ce que nous identifions comme un effacement de soi recouvre différents buts aux lires des propos des employés à domicile : il s'agit tour à tour d'un devoir de discrétion, d'une contrainte acceptée du métier, d'une protection de soi ou d'un élément qui assure la qualité de l'accompagnement alors qu'on n'emmène pas ses soucis chez les personnes aidées. L'oubli est mis en évidence par cette récurrence du rappel qu'il conviendrait dans le métier de ne pas trop s'écouter et d'accepter les contraintes relationnelles. [187] [188]

Il apparaît par ailleurs nécessaire d'être (de se montrer) également en forme pour les interventions parce que cela conditionne la capacité à effectuer le métier en question. Un balai plié n'étant plus utile à la tâche ?

« Quand on est malade, c'est sûr que... on n'est pas bien du tout et ça se ressent, ça se ressent dans notre façon de faire, dans euh... dans notre comportement euh... On a beau ne pas montrer, mais... On a beau ne pas montrer, euh... ça se ressent quand la personne elle est pas bien, qu'elle est... qu'elle est malade. Mais sauf que nous, quand on est malade, qu'on a un petit rhume ou quoi que ce soit, on est obligé d'être euh... au pied levé. On peut pas s'arrêter euh... à chaque fois pour un petit rhume ou quoi que ce soit. » (BLANDINE) [189]

C'est bien derrière cette idée de « cacher » que l'on retrouve les tentatives de l'aide à domicile à ne pas montrer ses émotions, ou faire part de ses ressentis malgré les difficultés ressenties. [190] [191]

Ainsi, en requêtant une commande de recherche textuelle, on retrouve plusieurs références à des vocables de dissimulation tel que (se)cacher, montrer (ne pas), etc. La requête de recherche textuelle [montrer] effectuée sous Nvivo10 fait l'objet de l'illustration suivante (figure 55).

Majoritairement, « montrer » est associé à une forme négative : « faut pas lui montrer », « voulait pas me le montrer », « dois pas le montrer », « veux pas le montrer ». Ce qui vient derrière ce mot est centré sur le sujet du stress que l'on ne doit ni montrer, ni partager : « elles [ndlr : les personnes âgées] ont pas à supporter » (BABETH).

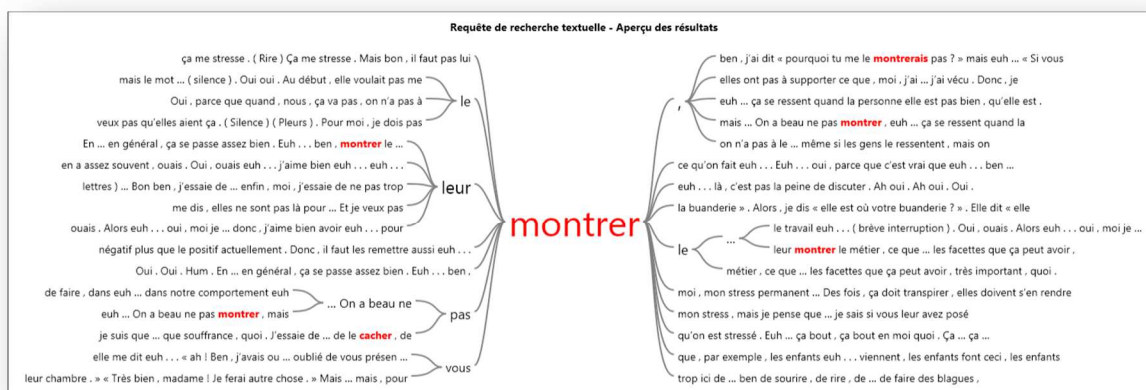


Figure 55 : Requête de recherche textuelle « montrer »

Dissimuler ce que l'on ressent serait pour certains une façon de se protéger, mais plus souvent, il apparaît comme une forme d'engagement du professionnel à respecter la relation d'aide spécifiquement établie avec chacun, en retenue et en discrétion. [192] [193]

Il peut également être établi un lien à la stratégie d'adaptation de l'optimisme comparatif (Shankland & Verlhac, 2013) dans l'idée que la protection naît de la croyance que les autres ont plus de risques d'être touchés par des événements négatifs. Maintenir l'autre dans la maladie (que l'on ne peut avoir soi-même) aurait un effet protecteur en niant sa propre vulnérabilité en termes de risques. Ce que ne font d'ailleurs pas ceux qui ont été malades eux-mêmes.

e) Un devoir professionnel de se contenir

Les aides à domicile expliquent que le travail les amène à savoir se contenir. Cette stratégie n'apparaît toutefois pas sans conséquences pour les professionnels, qui peuvent alimenter ainsi une forme de stress. [194] [195] [196]. Cela peut aussi avoir des répercussions familiales et personnelles alors que l'on est conduit à reporter dans le logis familial la frustration retenue aux domiciles des personnes aidées. [197]

Nous constatons alors l'inefficacité de se contenir, d'autant plus sur du long terme. Plus généralement, les stratégies évitantes décelées indiquent une souffrance morale importante que les professionnels ont du mal à gérer. Effet possible d'un masquage qui se veut inconscient, alors que la façade d'être et de se montrer « bien » contribuerait à une image favorable du pourvoyeur de *care* dévoué à la relation d'aide et l'aidé que l'on protège. Une autre stratégie souvent relevée concerne par ailleurs les pratiques de rationalisation qui vise à accepter ce qui ne devrait pas l'être comme de se sentir maltraité au travail par les personnes aidées, lors de violences verbales par exemple (insulte, manque de respect ou de reconnaissance).

4.2.3. La rationalisation

Ainsi, une stratégie complémentaire mise en œuvre pour faire face aux problématiques relationnelles avec les bénéficiaires consistent à donner du sens au conflit rencontré comme une expression de la maladie de la personne. La stratégie apparaît perçue efficace quand elle engage des références aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par exemple, dont il s'agit de prendre du recul avec les effets qu'entraînent la maladie sur les comportements (parfois agressifs). [198] [199] [200]

Toutefois, face à une agression verbale d'une personne non dépendante, la rationalisation ne peut être mise en œuvre et crée de la frustration.

« ... j'ai vu un cas euh... extrême (tousse) et pas malade la dame, hein, c'était pas une malade, c'était de la méchanceté, hein. « Ben on m'a encore envoyé une remplaçante, c'est toutes des fainéantes... », pff... et c'était pas une maladie qu'elle avait la dame et encore, je crois, je pense, hein. Mais euh... c'était une dame qui était méchante, hein, qui versait son verre d'eau exprès par terre « maintenant tu vas savoir ce que c'est la serpillière ». Elle mangeait dans son lit, et tout elle... mais très, très méchante, très agressive. Pourquoi ? Elle me disait qu'elle avait été euh... mariée à un militaire et qu'elle savait ce que c'était l'autorité, donc... il fallait marcher. Et, elle se faisait un malin plaisir d'être autoritaire. [...] Ben pff... à la fin on... se fatigue quand même quoi. Au départ, on se dit « bon ben, nous aussi, on sera vieux, on sait pas comment on sera quand on sera vieux, mais... à la longue, ça devient usant. D'ailleurs, moi, j'allais tous les soirs et ma collègue allait tous les matins, mais... heureusement que j'allais pas euh... tout le temps, tout le temps parce que bon ben... c'est même plus un plaisir d'aller voir cette dame, là, parce qu'on sait que c'est la méchanceté. Puisque quand c'est la maladie, c'est complètement différent, on le prend complètement différemment. » (BÉRENGÈRE)

Une forme d'empathie, voire de compassion apparaît également faciliter le fait pour les aides à domicile d'accepter les mots outrageux. L'état de santé de la personne aidée entraîne donc que la tolérance à la violence soit plus importante. [201] [202] [203] Comme si le professionnel, face à la maladie de l'aidé devait aussi en porter ces difficultés. Serait-ce un élément constitutif du *care* de l'aidant à domicile ? Certains témoignages, au-delà de la minimisation peuvent également traduire une forme d'oubli de soi, qui s'illustre par l'acceptation de l'abandon de la distraction ou du repos, allant jusqu'à l'oubli de soi et ses besoins propres :

« on a nos plannings, en plus, qu'à... qu'à la semaine. Donc, là, demain, on va avoir le planning pour la semaine prochaine. Donc, on ne sait pas, d'une semaine à l'autre... donc, pour un peu qu'il y ait un repos dans la semaine... on se dit « tiens, la semaine prochaine euh... » Et puis, manque de pot, on prend le planning le vendredi... ah, zut, il y a plus de... de repos. Donc euh... bon, si c'est pour aller se promener, c'est pas trop grave, on... fera la fois d'après, mais bon... des fois, c'est pour prendre un rendez-vous euh... moi, j'ai... certains médecins, c'est sur Ville bon, ben... et puis, après, il faut re... pousser le rendez-vous, donc... c'est... c'est toujours euh... » (ANTIGONE)

Pour autant, la résistance du professionnel peut ainsi être mise à mal, une fois le seuil de « contenance » atteint, le phénomène de rationalisation ayant ses limites et conduisant à « craquer » chez les personnes âgées ou chez soi. [204] [205]. Une fois les limites dépassées, il apparaît alors la mise en place d'une autre

stratégie d'ajustement, active cette fois-ci, qui contribue à rétablir à un niveau acceptable la situation. Il s'agit du rappel du cadre professionnel d'exercice. Il est toutefois majoritairement utilisé auprès des personnes aidées les moins considérées comme en besoin. Le seuil de tolérance étant plus élevé auprès du vulnérable.

4.2.4. **Rappeler le cadre autorisé des interventions**

Le rappel du cadre professionnel présente plusieurs fonctions que sont la valorisation du travail et la préservation de l'espace personnel. [206] Toutefois, la présentation de ce cadre n'est pas aisée. Ainsi plusieurs professionnels ont fait référence au fait d'avoir le droit de faire ou non tel type de tâches, certaines d'exigences sortant du cadre acceptable de ce que l'on peut demander à une aide à domicile. [207] [208] Chez les auxiliaires de vie, le cadre de la pratique apparaît plus clair, et les AVS se sont exprimés plus à l'aise de fait à le repositionner, ces compétences et ces stratégies défensives complémentaires étant probablement légitimées de leur diplôme. [209] Le rappel au cadre semble viser ici un objectif de participation à la valorisation du travail et du métier, au-delà de la cohérence à la formation, telle qu'elle apparaît plus fortement chez les employés à domicile. Il s'agirait là possiblement davantage de protéger le métier et ses activités pour participer à le valoriser et ainsi travailler à améliorer la reconnaissance d'un métier. Cela peut se confirmer également via les pratiques pédagogiques de l'auxiliaire de vie qui explique souvent prendre le temps de donner du sens à son action et ses échanges avec la personne aidée. Par ailleurs, ce comportement de cadrage, en participant à valoriser le travail pourrait aussi contribuer pour l'auxiliaire à préserver son estime d'elle-même, en protégeant son identité professionnelle, alors qu'il apparaît que les identités personnelles et professionnelles des aides à domicile semblent étroitement liées, dans un contexte du domicile où même si l'on se cache, on est vu.

4.2.5. **Réfléchir sur sa pratique pour donner du sens**

Une autre stratégie active se traduit par une réflexion critique sur l'évènement et les moyens de le solutionner. Plus spécifiquement, la quête de sens est très fortement référencée dans le discours des auxiliaires de vie, conformément à la stratégie dominante relevée en phase quantitative. On observe chez ces professionnels un comportement plus récurrent à des analyses réflexives de leur pratique, pour donner du sens aux évènements et (ré)adapter leur pratique à la singularité de la personne aidée :

« Je divise en trois, il y a la personnalité, euh... le moment et la maladie quoi. En gros, là, j'ai... Du coup, je... ça... un peu comme s'il y avait un gros fleuve et j'avais fait trois rivières quoi. Du coup, ça fait euh... moins de pression à subir quoi. » (CORENTIN) [210]

La différence réside dans le fait que cette quête de sens ne réside pas dans un objectif unique de réduire le malaise ressenti des suites d'une intervention qui se serait mal passée, mais dans celui de fournir un travail qui répond à l'objectif d'accompagnement. La distanciation sur ce point apparaît donc plus importante puisque la réflexion porte sur un cadre global de pratique et ne se réduit plus à la relation

entretenu entre le bénéficiaire et l'aide à domicile. Il ne s'agirait plus ici uniquement de préserver la relation mais d'enrichir l'accompagnement.

4.2.6. La résignation

Enfin, au terme de stratégies d'évitement et après avoir évoqué ce qu'il serait mieux de faire une fois rentré le soir pour faire face au stress ou éviter d'être confronté à un problème de santé lié au travail, on assiste à des témoignages spontanés d'aides à domicile qui font part de leur résignation à l'idée d'un éventuel changement positif dans le secteur alors que la détérioration de la santé dans le métier est vécue comme une part inévitable de la pratique. [211]. Ainsi, l'attention portée à la santé des aides à domicile est saluée (pas toujours) mais le souhait d'amélioration perçu comme une utopie :

« Je trouve ça hyper important, mais en même temps, ça résoudra pas... il faut être réaliste, ça résoudra pas euh... tout, quoi. Et puis, surtout dans le métier d'aide à domicile, c'est partout pareil » (ANNIE)

« Moi, personnellement, je pense que ça va amener à rien. (Rire) Que ça va amener à rien, un beau document, c'est sûr, euh... c'est sûr, euh... les professionnels vont nous... mettre ça comme ça, on a fait ça, voilà. [...] On va regarder ça sur Internet, télécharger ça sur Internet, c'est du beau, tout ça. Mais nous, quand on sera là avec notre brosse à dents sur le... (rire) Qui c'est qui va nous sauver ? Euh... (rire) » (BLANDINE)

Ce pessimisme se prolonge jusqu'à une forme d'abandon de l'espoir de quelque amélioration du vécu dans ce métier qu'il serait nécessaire d'accepter. Les aides à domicile ne perçoivent pas comment on peut empêcher, ou ne serait-ce que minorer le mal dans le métier. [212] [213]. De même, sorti de l'appel à un relai extérieur, le travail nécessite de se mouvoir en considération de la nécessaire protection à porter à la personne aidée (quitte à s'oublier). La pratique d'accompagnement semble demander par défaut l'acceptation d'un corps chahuté pour assurer le bien vieillir de la personne aidée. [214]

Enfin, également résigné, notamment parce que la marge apparaît faible puisque intervenir sur la santé au travail nécessiterait justement d'impliquer les personnes aidées (chez qui le CHSCT ne peut selon la convention collective intervenir) :

« Moi, je sais pas ce que ça va apporter... c'est une étude sur la santé au travail euh... [...] Ben, je sais pas qu'est-ce qu'ils vont faire pour euh... pour euh... nous donner la qualité de vie au... au boulot, hein, euh... [...] Ben, dans... dans... dans notre secteur... on... on va chez des gens ! Donc, il faut leur imposer qui... qui qu'il y ait un escabeau. Il faut leur imposer qu'il y ait le... le balai machin... qui qu'il y ait pas de produits trop... trop euh... comment on dit euh... dangereux, quoi. Euh... voilà. Donc euh... ben, non... ils respirent les trucs... Qu'est-ce qu'ils vont faire ? (silence) Ils vont... embêter les gens de 85 ans ? » (AMANDA)

L'irréalisme de la possibilité de protéger leur santé renvoie alors à une réalité commune du quotidien où les collègues s'arrêtent ou démissionnent ; et dans laquelle soi-même on se projette peu dans une pérennité temporelle à exercer le métier, même si l'on gagnait plus ou que l'on avait accès davantage aux collègues.

« ça changera pas, quoi, il y aura toujours euh... autant d'arrêts maladie, il y aura toujours autant de... de... comme il y a eu euh... récemment, là, deux personnes qui... qui ont démissionné. Dans le métier d'aide à domicile, il y aura toujours ça. » (ANNIE) [215] [216]

4.3. Validation H3/H4 : la perception du care influence la prévention de la santé au travail

L'existence de souffrances morales au travail s'est confirmée par l'identification de stratégies d'ajustement majoritairement orientées vers une gestion émotionnelle de la santé. Si les AVS justifient de stratégies actives visant à la résolution de problème, l'ensemble des aides à domicile met en œuvre des stratégies évitantes comme le fait de penser à autre chose, de tenter d'oublier en faisant autre chose, illustrant là aussi une forme d'impuissance face à certains événements (Lazarus R. S., 1983). Les stratégies évitantes sont ainsi à la fois cognitives et comportementales, dans un désir d'évasion ou le fait de quitter l'espace d'intervention. Ce recours aux stratégies évitantes est justifié du caractère incontrôlable de certaines situations comme le décès d'une personne âgée. Les agents à domicile sont particulièrement vulnérables dans le métier du fait de leur latitude décisionnelle réduite et la difficulté d'accès au soutien social ou autres stratégies préventives. L'absence de stratégies actives peut expliquer l'effet supérieur engendré par la peur de l'inconnu pour laquelle ils n'ont pas pu expérimenter de solutions qui pourraient être réutilisées, à l'image de leurs pairs de catégories supérieures, et notamment des AVS qui ont des pratiques réflexives (s'appuyant parfois sur le réseau professionnel à cette fin) leur facilitant la compréhension des situations pour s'en détacher et appliquer des actions correctives.

Les stratégies évitantes apparaissent avoir des utilités ambivalentes, alors que garder pour soi ce que l'on ressent et ne pas dire (qui sont des comportements perçus comme des compétences) servent la pratique du *care*, mais contraignent la gestion de l'émotion négative engendrée et la mise en place de comportements préventifs, puisque leur santé n'est pas prioritaire.

Le rapport à la santé est donc confirmé distancié chez les aides à domicile, qui avalent la souffrance des personnes âgées et doivent tenir sous le poids d'un travail physique, sans y entrevoir d'éclaircies à l'horizon. Cela donne un sens supplémentaire au détachement des gestes préventifs dans un métier où y laisser (un temps) sa santé, c'est « *obligé* ». Il existerait là comme une nouvelle norme d'accepter la pénibilité comme non modifiable. Ces éléments renforcent donc l'hypothèse selon laquelle les aides à domicile acceptent des contraintes relationnelles et la souffrance morale du fait même du contexte et de la relation de *care*. Ainsi, les violences verbales, le manque de reconnaissance et la souffrance physique sont liés au sens donné au métier, ses actions et la perception du public aidé.

Prendre sur soi devient donc une composante du *care*, ne pas montrer ce que l'on vit étant une phase nécessaire pour prendre soin de l'autre. L'oubli de soi pour une pleine attention n'est donc pas l'apanage

des blouses blanches de l'hôpital comme mis en évidence par Tronto (1993; 2009b), mais s'étend aussi à celui qui offre concrètement le *care*, en appliquant les directives, adaptées de leur expertise de terrain. Par ailleurs, l'analyse des stratégies met bien en évidence que les stratégies évitantes sont significatives (chez les agents notamment), même si non déclarées. En complément, les AVS ont plus de ressources disponibles, au travers du soutien social et de l'utilisation de stratégies d'adaptation actives (recherche d'information, résolution de problèmes).

Le manque de latitude des agents et le manque d'accès au soutien social les rendent particulièrement vulnérables. Ainsi, le non-dit, le silence et l'évasion mentale (voire physique) sont les stratégies spécifiques à leur disposition. Pour autant, cela crée un risque pour cette population alors que les stratégies passives servent à court terme la gestion des émotions, mais pas les vécus situationnels, amenés à se reproduire, sans pouvoir entrevoir de solution (Paulhan, 1992; 1994; Bruchon-Schweitzer, 1994; Ribert-van de Weerd, 2002). Les situations de stress se répétant alors dans un continuum où les ressources sont nulles ou insuffisantes ; et l'expérience de l'échec, défavorable pour la santé (Cox, Griffiths, & Rial-Gonzalez, 2000). Un travail sur l'accès aux ressources apparaît donc indispensable à mener pour les aides à domicile comme (1) donner la parole et du lien social et (2) éduquer à la santé dont la prévention est possible contrairement à l'image qu'ils s'en font.

5. Conclusion du chapitre 6

Les analyses lexicographiques et quantitatives couplées à celle du contenu thématique ont permis de préciser les résultats obtenus, afin de nuancer les résultats en lien avec les hypothèses. Il en résulte bien un lien négatif du rapport au temps dans le travail chez les aides à domicile, là où le plaisir du métier et la quête du sentiment d'utilité n'empêchent pas la souffrance morale d'un travail dont les missions d'accompagnement au-delà du ménage ne sont pas assez reconnues en externes, mais parfois aussi en interne dans les Organisations. Des spécificités nettes sont également apparues entre les différentes catégories d'emplois qui nous font conclure que s'intéresser à la santé des aides à domicile demande à les considérer en trois métiers distincts, et notamment en les distinguant par leur qualification, alors que les agents présentent des profils et des problématiques différents de ceux rencontrés chez leurs pairs de catégories supérieures, comme par exemple (1) la difficulté d'expression dans un contexte où ils sont déjà particulièrement isolés, (2) la peur de ne pas faire correctement, (3) l'insécurité au travail ou encore (4) la crainte associée aux nouvelles interventions majoritairement source de stress.

De même, le rapport à la santé de chacun de ces métiers est différent mais se caractérise chez chacun comme présentant des carences en termes de stratégies d'ajustement et de comportements préventifs, dont l'intérêt ne semble pas investi. Ce qui peut contrarier et qui peut relever d'une incapacité à l'auto-soin au sens de Mailhot & Al. (2013). En effet, ce concept se caractérise entre autres par la nécessité d'une décision consciente à s'engager dans la prévention de la santé, la justesse de l'action préventive engagée, et l'existence d'un but ayant un effet motivateur. Les résultats montrent que ces points ne traduisent pas la réalité du travail et du rapport à la santé des aides à domicile. Ainsi, la décision de préserver sa santé

est contrainte entre autres d'un *care* qui est tourné vers l'autrui vulnérable et dont la finalité n'apparaît pas réaliste du fait d'un métier dans lequel on serait obligé de souffrir (ne serait-ce que physiquement de la « *maladie du balai* »). Par ailleurs, les formations dispensées qui apportent les connaissances sur les gestes préventifs, ils ne sont que peu mis en œuvre au réel (faute de temps, conséquence de l'oubli, etc.). Ces formations et ces gestes ne répondent donc pas au critère de justesse qui favorise l'auto-soin au sens de l'équipe de Mailhot (2013). Les dispositifs préventifs et le rapport à la santé des aides à domicile, en ce sens, souffriraient de l'engagement du professionnel dans la démarche préventive dans laquelle le pouvoir d'agir (Clot, 2008) et l'*empowerment* (Fayard, Caria, & Loubières, 2011) se dessinent comme des variables indispensables à l'engagement du comportement préventif au sein de ces actifs.

Ainsi, malgré les tendances spécifiques, le travail du *care* chez les aides à domicile est pénible physiquement et psychologiquement et les ressources apparaissent globalement insuffisantes (ou mal-adaptées) en vue de préserver la santé de ces professionnels dont le renoncement (conscient ou non) à la prévention de soi que nous constatons, apparaît pour autant une caractéristique de leur mission de *care* (au moins dans leurs représentations) donnant sens au travail et leur permettant d'en retirer une satisfaction qui concourt sans doute à supporter l'insupportable. La pratique et les attitudes de *care* agissent donc en ambivalence chez l'aide à domicile entre plaisir et pénibilité du métier du *care*, les deux dimensions étant liées à la fois à leur santé et la perspective du bien-vieillir des personnes aidées. Nous questionnons ce paradoxe dans le chapitre suivant et profilons une approche et un modèle qui vise à proposer des pistes d'amélioration pour une prévention de la santé des aides à domicile qui puisse se corrélérer avec ces constats conséquences d'un exercice qui s'effectue dans un contexte socio-environnemental interactionnel et multiréférentiel.

Chapitre 7 : Discussion et propositions

1. L'ambivalence du travail de *care* sur la santé des pourvoyeurs

Il est apparu lors des entretiens que le rapport à la santé des aides à domicile était globalement distancé lorsque cela concerne leur propre personne, au bénéfice d'un accompagnement adapté et de qualité auprès des personnes âgées dépendantes. Ces pratiques de discrétion, de retenue, voire d'effacement de soi sont identifiables comme servant une pratique de *care* moral. Pour autant, servir l'Autre conduit à une réduction de l'écoute de soi, et des temps de récupération, ce qui entraîne une fragilisation du rapport à la santé des aides à domicile, qui semblent intégrer que préserver leur santé, même si c'est idéalement nécessaire, ne serait pas conciliable avec leur métier dans lequel on doit prendre soin de l'Autre.

Ces éléments conduisent donc à conclure que le travail de *care* pourrait être lié négativement avec le rapport et les comportements de santé des professionnels. Pour autant, effectuer un bon *care* représente pour les aides à domicile le moyen de donner sens à leur pratique souvent dénuée de reconnaissance de leur effet social sur le bien-être des personnes âgées. Or la quête de sens est déterminante pour maintenir l'équilibre psychologique de l'individu au travail (Dejours, 2000). De même, on peut servir l'Autre comme s'en servir pour se servir soi-même. C'est sans doute ce que l'on peut retrouver dans l'engagement dans le bénévolat, dans lequel on offre son temps, on donne à l'autre, mais on reçoit aussi par le sentiment d'avoir effectué une bonne action. Bref, on gagne à aider l'autre parce que cela sert la propre estime de soi. Cela nourrit également l'homéostasie des individus influencés par le contexte particulier d'exercice dans l'ESS. Il existerait donc une forme d'ambivalence du travail de *care* sur la santé des pourvoyeurs. Ceci nous a conduit à nous interroger sur le fait que leur travail soit réellement mauvais pour leur santé, et comment prendre soin de ces professionnels sans en dénaturer la qualité de *care* qu'ils ont à cœur d'offrir à la personne dépendante.

Enfin, si la prévention existe sur les maux du corps, notamment au travers de la fameuse formation « *gestes et postures* » dont l'effet positif de la rencontre avec les pairs et de l'apprentissage est plébiscité, il en résulte que la mise en œuvre des comportements visant à préserver la santé restent irréguliers voire absents. Ainsi, donner l'information ne suffit pas à la mise en œuvre de comportements préventifs, si la personne n'investit pas le comportement ainsi appris. Il s'engage alors une réflexion, en lien avec les modèles de prévention de la santé, sur la façon de développer cette capacité à prendre soin de soi. En effet, si l'Organisation a pour rôle de donner les outils aux aides à domicile, la composante individuelle de mise en application est indispensable, à l'image des apports de la psychologie de la santé.

C'est dans cette optique de préserver la santé des pourvoyeurs et la pratique du *care* pour un bien vieillir que nous abordons à suivre une réflexion sur le moyen de renforcer les ressources mais surtout l'adoption de comportements de santé, et la place à accorder au *self-care* dans ces métiers où l'on se dévoue à l'Autre, sans en majorer la responsabilité individuelle, tout en pensant une Organisation qui la soutienne.

1.1. Le travail de *care* est-il mauvais pour la santé ?

Selon la définition de la santé rédigée par l'OMS, il s'agit d'atteindre un état complet de bien-être. Cela interroge toutefois sur la représentation que l'on se fait du bien-être, de par notre subjectivité. En effet, certains d'entre nous ont des comportements leur procurant un plaisir mais qui constitue un risque. Ainsi, il existe un différentiel entre le bien-être subjectif de l'individu et le bien-être objectif des corps médicaux. Il est des comportements que l'on exécute, alors que l'on sait qu'ils ont un impact négatif sur notre santé, notre corps (ex : fumer). Certains diront que c'est ici l'effet de la dépendance qui se manifeste. On ne peut exclure pour autant le témoignage du plaisir exprimé par les fumeurs, justifiant (rationnalisant) ainsi leur pratique digressive, médicalement non désirable. Chez les aides à domicile, dans l'effacement de soi et la réalisation consciente de gestes non préventifs, le professionnel trouve le plaisir dans la pratique du *care* (au travers du sentiment d'utilité par exemple), dont les actions sont parfois perçues non compatibles avec la préservation de la santé. La pratique du *care* de l'aide à domicile sert à la fois le bien-être des personnes âgées mais dessert les pratiques préventives de santé au travail et le vécu professionnel des aides à domicile.

Ainsi, nombre d'aides à domicile présentent des expressions de souffrances physiques et morales du fait d'un travail tout aussi « *lourd* » des gestes répétitifs et parfois pénibles, que des conséquences de l'accompagnement de la dépendance et de la fin de vie, dans un contexte où le rapport au temps est lui-même pesant, tout comme les difficultés d'entretenir des relations paisibles dans un environnement multiple qui ne se réduit pas à la relation d'aide à la personne âgée, mais son propre environnement écologique (Bronfenbrenner, 1979) qui se compose de la famille, des personnels soignants, des professionnels de la coordination de l'accompagnement, dans un contexte règlementaire souvent intégré comme isolant l'aide à domicile de ses lois du silence et des injonctions à la bienveillance, pas toujours aisée à définir et à en dissocier les comportements qui ne porteraient préjudices aux personnes accompagnées.

Dans le même sens, le sentiment de responsabilité qu'investissent les aides à domicile contraint leur bien-être alors que leurs fonctions qui réduisent leur marge d'autonomie les placent régulièrement dans des dilemmes moraux (Tronto, 2009a) qui les affectent et conduisent à ressentir du stress, tel que Karasek (1979) a déjà présenté le lien.

Le métier d'aide à domicile est donc source de souffrance, notamment psychique, renforcée de la difficulté à accéder aux ressources favorisant la gestion des transactions stressantes.

En effet, l'exploration des stratégies d'adaptation des aides à domicile a montré une forme de carence sur ce point et surtout des inégalités. Pour autant certaines stratégies, dont l'efficacité ne prend effet qu'à court terme, constituent par ailleurs des moyens réels de faire-face à la problématique émotionnelle

relevant d'une situation que l'on n'a pas pouvoir à résoudre (Lazarus, 1983, 1998 ; Paulhan, 1994 ; Bruschon-Schweitzer, 1994).

Parmi les stratégies dites de *coping* , on retrouve ainsi celles d'évitement (dénier, pensées magiques, ...) que Zech (2006) a pourtant définies comme constituant un risque de tomber dans la maladie sur le long terme, si l'évitement se traduit par une inhibition chronique et une répression des affects. On se rapproche ici de la pratique d'imagerie, alors que souhaitant se poser, se détendre, nous voici confortablement installés, musique douce dans les oreilles, nous guidant au travers de paysages reposants paradisiaques, nourrissant une forme de satisfaction par l'évasion. Dans notre étude, lors des entretiens, quelques salariés ont fait référence à la voiture, comme « cabine de décompression », espace confiné permettant de faire transition, quittant un environnement pour un autre. Comme une autre atmosphère, à l'image du spationaute se préparant à changer d'espace. Ainsi, cette cabine, où l'on « souffle », on « chante », on « pleure », où l'on « craque », « cachée », contribue pour les salariés à faire face à l'enchaînement des maisonnées. Alors que son travail se caractérise par le fait d'intégrer l'intimité d'autrui au/et dans son quotidien, la voiture constitue bien ce retour à un espace personnel, un lieu et un temps à soi. L'aide à domicile a alors la possibilité de prendre à nouveau place dans un espace qui distingue le dedans du dehors, l'extérieur et l'intérieur (Djaoui, 2014), alors que l'organisation systémique de la personne âgée peut traduire chez l'aide à domicile un positionnement interne lorsqu'il intervient chez la personne âgée dont il intègre la maison, qui n'est pas la sienne, mais pas vraiment étrangère non plus.

Ainsi, le domicile de l'aidé, qui devrait par définition représenter une extériorité chez le professionnel, peut, de par la relation de *care* intime qui se développe, devenir une forme de représentation « intérieure », plaçant le professionnel dans un espace finalement flou à délimiter entre ce que cela peut représenter de son espace externe ou interne (symboliquement).

En effet, dans l'interaction d'un environnement conjoint et proximal de l'aide à domicile avec la personne âgée, cette dernière pourrait en perdre la lisibilité des comportements à tenir, dans un clivage entre chez soi et l'extérieur dont les frontières sont perturbées quand l'aide à domicile intervient chez la personne âgée dont il investit la relation de *care* et l'environnement écologique de ce dernier au sens des théories de ce champ (Bronfenbrenner, 1979; 1994; 1996; Whitehead & Dahlgren, 1991; Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008).

Concrètement, Djaoui (2014, p. 122) inscrit une série de clivages liés au domicile dans l'absolu, tels que :

- « *Le secret, le caché vs le révélé, l'exhibé*
- *Le personnel, l'individuel vs le commun, le public, le collectif*
- *Le dedans vs le dehors*
- *La sécurité, la solidarité vs le danger, la compétition, la violence*
- *L'authenticité, la spontanéité, la personne vs le masque, la mise en scène, le personnage*
- *La singularité reconnue vs l'anonymat*
- *La retraite, la solitude choisie vs la foule, la promiscuité imposée*
- *Le stable, vs le fluctuant, l'insaisissable*
- *Le connu, le maîtrisé vs l'inconnu, l'illimité »*

L'aide à domicile vit les paradoxes de surcroît alors dans le va-et-vient effectué entre le domicile de la personne âgée, sa voiture et son propre domicile.

Cela pourrait expliquer le rapport injonctif et tendu que les aides à domicile entretiennent avec la notion du secret notamment. Le secret qui protège la personne aidée, et qui protège le professionnel. Ainsi, le silence traduirait une compétence de *care* en soi qui participe à la relation d'aide. Il conviendrait toutefois d'en ré-identifier les frontières pour que la discrétion professionnelle n'en devienne pas un mutisme pervers, une omerta. Nous avons également approché cette norme en tant qu'idéologie défensive (Dejours, 2000).

Par ailleurs, la carrosserie de la voiture vient protéger d'une autre carapace de fer une aide à domicile possiblement écorchée de la maison précédente. Ainsi, dans cet espace à soi, on profite du plaisir de pouvoir se concentrer quelques 5 à 10 minutes sur soi, sans en risquer de paraître pour un égoïste, un individualiste ou un cœur froid, sans risquer – sûrement - de ne plus être conforme aux attendus et représentations associés au *care*, et l'éthique de la sollicitude (Cf. travaux de Paul Ricoeur).

Cela vient ici alors questionner encore la place du prendre soin de soi dans sa pratique, en apposition avec l'individualisme évoqué par Foucault (1984), qu'il ne s'agirait pas de confondre avec une forme d'égoïsme. En effet, alors que ce dernier se définit comme le fait d'être tourné vers soi, plutôt dans l'idée de ne faire que par rapport et en fonction de soi, l'individualisme n'exclut pas l'altruisme mais intègre implicitement les dimensions de l'autonomie et de l'indépendance. L'individualiste ne s'excluant pas du groupe ou de l'autre, mais affirmant sa capacité à être singulier et s'assumer comme tel.

Les agents notamment, expriment ne recouvrir que rarement à des stratégies de faire-face, tels que recherché dans le soutien social, la résolution de problème ou même l'engagement dans d'autres activités. Pour autant, ce qui est difficile à évaluer dans la phase quantitative (qui conduirait à conclure qu'ils ne mettent en place quasiment aucun *coping*) est ressorti dans la phase qualitative comme une propension à éviter d'exprimer la souffrance – comme, peut-être, pour ne pas la réaliser, voire se prémunir du risque en « *touchant du bois* », qui traduirait une forme de stratégie d'adaptation en soi, celle de l'optimisme comparatif (Shankland & Verliac, 2013).

Chez les employés et les AVS, on a également observé le recours aux stratégies évitantes, conscientes ou non, comportementales et cognitives. Ainsi, la pratique est de garder pour soi, ne pas dire, crier ou pleurer dans la voiture, enchaîner une intervention dans une autre maison, s'évader moralement voire géographiquement pour enfin « *souffler* » et « *décompresser* ». Le recueil des comportements d'ajustement a montré des résultats parfois différents de ce qui a été recueilli ou lu des entretiens, ce qui nous permet au passage d'identifier des limites aux méthodologies qui ne coupleraient ces deux approches quantitative et qualitative, notamment auprès des publics dont l'accès à la communication écrite et orale n'est pas chose aisée, à l'image des agents qui semblent bien constituer la population des aides à domicile les plus isolés (et globalement vulnérables) de la profession, éloignés à la fois des autres et peu à l'aise dans la communication. Les courants de l'ergonomie du travail et de l'analyse de l'activité prônent d'ailleurs

une approche mixte en ce sens, qui permet d'approcher les situations en considération de l'environnement systémique de la personne (Vaxevanoglou, 2002b; Neboit & Vézina, 2002).

Si les comportements relevés en entretien et lors des enquêtes quantitatives ont pu mettre en évidence des déclarations différentes, il apparaît aussi que cela peut résulter de comportements liés à la désirabilité sociale, qu'ils traduisent de l'auto ou de l'hétéroduperie (Tournois, Mesnil, & Kop, 2000), et qui visent à montrer de soi une image favorable, dans un contexte où leur image et donc leur identité sociale sont écornées. Les apports des effets délétères d'une identité perçue négativement étendent l'idée d'un manque de reconnaissance qui affecterait l'aide à domicile, au travers d'une lésion de son estime de soi, d'autant chez les agents qui ont intégré ces représentations du métier. En effet, ce qui apparaît sensible pour la population spécifique des agents concerne cette intériorisation des représentations sociales et croyances portées sur les catégories sociales auxquelles ils sont associés (les aides à domicile non formés) et qui fondent et modulent l'identité sociale en référence aux apports des théories de Tajfel (1970) et Moscovici (1961) notamment.

Ainsi, il apparaît plus attractif de se présenter comme quelqu'un qui agit plutôt que comme celui qui se culpabilise (et ainsi, avoue une forme de faute ?), ou qui ne disposerait pas de soutien social. Dans ce sens, le fait que l'agent à domicile ne témoigne adopter de quasiment aucun *coping* montre bien là d'une part la carence dont il fait preuve sur ce point et l'ancrage de ses habitudes dans le non-dit, pour se protéger sans doute. Toutefois, cela peut expliquer l'écart entre le discours d'un quotidien plutôt isolé chez l'employé à domicile et le recours malgré tout à des stratégies visant à l'échange avec un tiers. Chez l'auxiliaire de vie cependant, le recours aux stratégies semble être plus disponible et organisé. Dans le même temps, ce sont eux qui expriment (explicitement) le plus de souffrance. Ainsi, la charge de l'emploi traduit là sans doute un déséquilibre entre les sources de stress et les stratégies pour y faire face. Il est par ailleurs peut-être plus aisé pour eux d'exprimer cette souffrance, comprise et/ou reconnue de la nature du public accompagné.

Le travail de *care* réalisé par les aides à domicile apparaît donc comme source de souffrance, dont les conséquences peuvent être délétères pour la santé, s'exprimant par des affections du corps, et une atteinte morale via des ressentis d'insatisfaction, de démotivation et de la colère parfois, quand le stress n'est pas identifié.

De même, le manque de reconnaissance de l'action des aides à domicile est lié négativement à la santé, puisque source de frustration d'un équilibre qui ne se trouve pas toujours entre effort et récompense, au sens du modèle de Siegrist (1996). Cette composante a été relevée très fortement chez les employés à domicile qui ne perçoivent pas acquérir la reconnaissance à hauteur de leur qualification. Cette fois encore, l'image et les représentations sociales projetées aux visages des employés viennent chahuter leur identité sociale (et donc aussi personnelle), alors que les deux ne peuvent être foncièrement dissociées (Mead, 2006).

Toutefois, il apparaît une nuance dans le rapport entretenu entre la réalisation du *care* et le rapport à la santé, en termes de bien-être. En effet, si le « travail » de *care* (celui qui se voit au sens de Dussuet (2008)) pèse sur le corps et le moral, la relation de *care* est source de plaisir – dont la pause relationnelle mise en évidence lors des entretiens pourrait trouver sens dans les apports de Fustier (2000) qui voyait dans les temps perdus que l'on remplit par l'échange le moyen de passer d'une société de production économique à une production sociale – et donc contribue au bien-être de l'aide à domicile qui trouve dans cette relation (quand elle existe) une source d'épanouissement issue du sentiment d'utilité qu'il en retire. En ce sens donc, la pratique du *care*, en tant que source de plaisir et d'épanouissement, concoure à la réalisation et au développement individuels, ce qui est favorable à l'atteinte d'un bien-être toutefois encore bien conceptuel.

L'ambivalence du *care* sur la santé serait donc liée d'une part à une pratique dont les compétences et les actions sont source de plaisir quand on y voit le sens, ce que défendent par ailleurs les courants de la clinique de l'activité et la psychodynamique du travail (Dejours, 2000; Clot, 2008), et d'autre part, la difficulté que de mener des missions auprès de personnes elles-mêmes souffrantes, et face auxquelles on a tendance à minorer sa propre vulnérabilité. Ceci est induit par une attention pensée majeure à porter sur l'Autre vulnérable, qui va moins bien que moi, et pour lequel je suis prêt alors à me donner plus que le travail prescrit ne me le demande. Ici, le plaisir dans le travail ainsi que la justification d'un (« bon ») *care* – que nous avons appelé le « *care-valeur* » – se traduisent dans la transgression qui peut s'exprimer par un dévouement et un surinvestissement dans le travail et la relation. Le « *care-valeur* » représente celui qui s'exerce auprès du vulnérable et qui se caractérise par l'utilité sociale de son effet. Nous le distinguons du « *care-confort* » qui traduit lui l'aide technique illustrée par le ménage, dégagee des compétences humaines et sociales, et dispensé auprès du « non-vulnérable ».

Quelque part alors, la souffrance de dispenser le *care* (-valeur) est réduite par des comportements qui, paradoxalement, épuisent d'autant le professionnel, mais lui apportent un gain résultant du sens de son action, ce qui valorise le *care* apporté, et donc sa propre identité à apporter à l'Autre. Cela peut traduire comme un travers de l'éthique du *care*, où l'on se donne entièrement à l'Autre, la réponse au besoin demandant une attention pleine, comme définit par Tronto (1993).

Ainsi, le travail de *care* concoure à la santé des aides à domicile, dans la différenciation qu'ils semblent émettre entre les pratiques visibles, peu ou non valorisantes, et les pratiques invisibles d'un travail émotionnel. Toutefois, le manque de reconnaissance associé à ces compétences discrètes et silencieuses, du temps arrêté, constituent dans le même sens des risques majeurs contraignant un bien-être de l'aide à domicile, qui ne réalise par ailleurs pas qu'il pourrait en être récipiendaire, comme le milite pourtant Tronto (1993; 2009b).

Toutefois, dans cette ambivalence mise à jour, il convient aussi de relever que les comportements que nous évaluons comme défavorables pour la santé (exemple : garder pour soi, surinvestissement), tout en constituant des moyens de faire-face, sont considérés par les aides à domicile comme répondant à l'exigence et aux attentes du métier et des personnes aidées.

Nous nous centrons là cependant sur le public perçu comme dans le besoin, le travail de *care* auprès de l'autonome n'étant vécu nous semble-t-il que de manière défavorable d'un travail réduit au ménage dont je représente face à eux le corps du balai, qui déplace la saleté en silence, en tant qu'instrument du « *care-confort* ». Nous laissant même à penser que ce travail ne constitue pour l'aide à domicile pas un *care*, ou dans leurs mots pas une aide apportée, mais bien un service qui se monnaie, qui se « *paye* », ce que Le Bouëdec (2007) a d'ailleurs réfuté qu'il pouvait représenter une forme d'accompagnement. Le « *care-confort* » ne constitue dans ce sens pas le *care* qui donne sens à leur travail.

En effet, dans le contexte d'un *care* (-*valeur*) répondant à un besoin perçu comme réel, et justifiant leur intervention et la mise à disposition de leurs compétences, les comportements évitants, d'acceptation de l'agressivité et d'effacement traduisent des qualités nécessaires à l'exercice du *care*, dont on est certes « *obligé* » mais que l'on explique comme une réponse humaniste à la souffrance de l'Autre, qui fait parfois « *pitié* ». Ce rapport à la pitié constitue alors également un moyen de faire face à la souffrance au travail en engageant ses compétences et son dévouement dans la tâche, sans doute à rapprocher à l'éthique de l'Amour tel que défini par Molinier (2013) qui contribue à accepter la souffrance procurée par le travail de *care*.

Pour autant, il ne saurait être tue la souffrance réelle des aides à domicile, certes rationalisée et profitant pour eux au *care* et à leur propre image d'eux-mêmes, mais se traduisant par des douleurs et des nuits perturbées qu'une Organisation ne saurait accepter dans son obligation de sécuriser le travail de ses membres. Finalement, il apparaît là que celui qui présente une vulnérabilité psychique supérieure n'est pas celui qui s'arrête – et donc évite la situation en en sortant pour enfin se reposer, et qui en réalité prend le temps de s'écouter et traduit donc bien là aussi un comportement curatif et préventif – mais celui qui compose avec la souffrance, se dégageant de ses besoins propres, mais dont la durabilité de la pénibilité dans le temps aura des effets délétères, alors que le corps ne tient qu'un temps sous la pression, à l'image des travaux déjà datés de Selye (1946) et son syndrome général d'adaptation, et des apports plus récents portant sur l'épuisement professionnel et le *burnout* (Maslach & Jackson, 1981). Il en résulte par ailleurs que ce que nous avons défini souvent comme une frustration se traduisait parfois par un cynisme, dont l'ajout à l'épuisement et des formes d'inefficacité (au moins parfois ressenti, nos explorations ne nous permettant pas d'en approcher la valeur objective), caractérisent bien des tendances observées de *burnout* (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) dans le métier d'aide à domicile.

Mais comment, dans un contexte où la pratique dévouée du *care* profiterait à l'accompagnement, préserver dans le même temps la santé des pourvoyeurs de *care*, et même envisager pour eux un « *état complet de bien-être* » au travail ? C'est la question à laquelle nous tentons de répondre dans le point suivant, en analysant les marges de manœuvre des pratiques de *care* servant un *care* de tous, et donc la démocratie du *care* (Tronto, 2009b).

1.2. Comment concilier la réalisation du *care* et la prévention de la santé des aides à domicile ?

Les stratégies d'évitement participent à la réalisation d'un *care* favorable dans la relation et pour la personne âgée. Envisager de mettre en œuvre des mesures visant à réduire ou supprimer ces stratégies d'ajustement présente un risque. Ces pratiques adaptatives ayant des impacts sur la relation de *care*, elles sont également nécessaires à la pratique, dont le professionnel retire également un plaisir. Il s'agit donc de préserver la santé des aides à domicile tout en maintenant la qualité du *care* apporté qui agit comme une source de plaisir et d'aboutissement. Cela demande donc une réorientation des pratiques préventives en respect de cette ambivalence qui s'inscrit dans un contexte socio-environnemental dynamique de chacun de ses acteurs.

Afin de répondre à cette question, il faut toutefois définir ce que peut représenter le « bon *care* » (-valeur) chez l'aide à domicile. Les apports des entretiens et la caractérisation spontanée qu'ils ont réalisée des différentes missions que l'on pouvait leur confier ont conduit à traduire leur perception du *care* qui les valorise comme s'illustrant au travers :

- De la caractérisation du public en termes de vulnérabilité et de besoin social
- De la finalité de l'intervention, qui se traduit par une aide (au sens de soutien) ou un accompagnement plutôt social ou des soins
- Des valeurs morales, humaines et sociales donnant sens à l'action
- De l'existence d'une relation d'aide et de confiance (s'illustrant dans les échanges ou le fait d'être là pour la personne, et non être là dans l'absolu)
- De la mise en œuvre de qualités et compétences humaines telles que l'écoute, la sympathie, le respect d'Autrui, l'échange, la discrétion ; voire le mutisme, le dévouement et le don pour certains
- De la réalisation d'activités étendues comme l'entretien, dont on idéalise surtout celles comme la promenade, l'aide aux courses, aux repas, la lecture, les jeux, etc.

Les valeurs telles que mises en évidence par Bouquet (2003) concernant le travail social sont donc assez proches de ce que traduisent les valeurs attachées aux métiers de l'aide à domicile. Les valeurs qu'elle a identifiées reposaient en effet sur une conception humaniste - qui se traduit à la fois envers la personne aidée (respect, écoute, autonomie, liberté, libre arbitre, dignité, disponibilité, implication...) et au travers de qualités professionnelles (loyauté, tolérance, compétence, engagement, disponibilité, franchise, honnêteté, intégrité, exemplarité...) - et sur des valeurs fondées sur le droit telles que : la discrétion, la confidentialité, le Secret (qu'elle écrit avec la majuscule), le respect des droits individuels et collectifs, des usagers, la protection des personnes et des biens, la responsabilité, etc. Enfin, le travail social est porté par des valeurs démocratiques, républicaines, de justice et de cohésion sociale, de laïcité et de citoyenneté, d'utilité sociale et d'intérêt général. C'est ici que l'on peut distinguer de nouvelles caractéristiques d'un *care* perçu par l'aide à domicile, comme juste et fondé, valorisé, valorisant, d'où le choix de le nommer « *care*-valeur », celui qui a du sens, Valeur étant utilisé dans son acception sociale et non sa dimension économique.

Si nous centrons notre attention sur les effets des valeurs dans les comportements de santé, comme l'adhésion à la norme de sollicitude d'Avril (2008) qui conduit les employés domestiques à prendre de la distance avec leur propre temps, au bénéfice du bien-être et de la protection de leur employeur, nous constatons que cette même norme prend forme également auprès de ces aides à domicile intervenant dans le contexte de la dépendance. Pour autant, là où l'employé domestique est souvent la seule personne à proximité de la personne âgée, le contexte prestataire des interventions des aides à domicile rencontrés devrait réduire cet effet par une dilution des responsabilités, notamment par une redirection vers la hiérarchie qui diligente et coordonne l'activité de *care*, ou grâce à la concertation avec les autres intervenants.

Il est donc un lien particulier qui explique l'adhésion à cette norme au-delà de la peur du décès de l'autre ou ce qui lui arriverait en son absence, et même le plaisir engendré d'être en conformité avec les missions prescrites et les valeurs associées de sollicitude, bien que l'effet apparaît pouvoir jouer sur l'estime de soi, alors que la reconnaissance externe est réduite voire inexistante.

Pratiquer un *care* en sollicitude vient ici alors renforcer l'identité personnelle que peut se forger l'aide à domicile, d'une personne agissant pour le bien de l'Autre vulnérable. Toutefois, le travers de cette réalité peut également avoir pour effet de développer un sentiment de responsabilité qui va au-delà de ce que le cadre d'exercice et la latitude donnée ne permettent. Ceci pourrait entre autres expliquer que le sentiment de responsabilité soit plus fréquent chez les aides à domicile de catégorie A et B, comparativement aux AVS qui pour 40% du panel quantitatif ont indiqué de pas se reconnaître dans une telle description. Ne souffrant pas autant que les employés du manque de reconnaissance, les AVS n'ont peut-être pas autant à investir cette caractéristique de la relation de *care*. Nous avons également considéré que leur posture et leur pratique spécifiques d'« *accompagnant* » (Lerbet-Sereni, 2007) explique ces résultats.

Ce qui apparaît contraindre la santé des aides à domicile est de quatre ordres pour la plupart :

- leur habitude à garder pour eux, cacher, retenir, bref, tolérer la pression
- leur tendance à accepter les contraintes de planning qui peuvent empêcher des pratiques de soins (par la prise de rendez-vous médicaux ou le respect du repos nécessaire au travailleur)
- l'acceptation des débordements des temps professionnels sur les temps personnels (qui contraignent la conciliation des sphères de vie et un épanouissement hors travail)
- le manque de disponibilité et d'activation de stratégies d'adaptation en dehors de l'évitement (parfois du déni)

Dans leur pratique de *care* (auprès des personnes dépendantes), cela s'est traduit concrètement par :

- le silence et l'effacement de soi en présence de la personne âgée (et qui peut également s'étendre à un contexte professionnel)
- l'absorption de la souffrance de l'autre et la tolérance à la violence verbale, voire physique
- une ultra disponibilité qui peut s'étendre aux temps personnels

Ces pratiques caractéristiques sont perçues comme contribuant à un *care* valorisant et moral, et dont l'approche protectrice qui les oriente nous conduit à dire qu'elles contribuent au bien vieillir des personnes

âgées. Comment alors concilier cet objectif des structures et des *caregivers*, tout en favorisant une démocratisation du *care*, où chacun peut exercer et évoluer en santé, y compris lorsque son activité professionnelle le place dans un omniprésent souci d'Autrui ?

Il apparaît ici qu'il faille en développer les ressources individuelles, dont la responsabilité dépend de l'Organisation dans ce contexte prestataire qui l'y autorise, voire l'y oblige d'après le droit du travail.

Les structures prestataires rencontrées (dans le cadre du recueil des données et lors de contacts complémentaires) proposent pour la majorité des formations qui vont en ce sens, comme la formation « gestes et postures » qui vise à prémunir le corps par l'adoption de positions adaptées dans les différentes missions que peuvent réaliser les professionnels (effectuer un transfert, nettoyer, etc.).

Nous avons constaté que ces formations ne sont pas gage de l'adoption de comportements appris, ne serait-ce que sur le plan physique. Par ailleurs, nous n'avons pas identifié de réelles préventions portant sur les risques psychosociaux, alors que les organisations auraient même tendance à créer le risque, par un isolement des pairs dont les rassemblements sont pourtant loués par les aides à domicile et au moins désirés par une stricte majorité d'entre eux.

Il apparaît alors ici que le besoin réside dans un apprentissage nécessaire de l'aide à domicile quant à la prévention de soi et le développement de l'idée selon laquelle on n'est pas égoïste parce que l'on se regarde soi, mais qu'au contraire, le bien-être associé devrait renforcer le rapport relationnel positif à l'autre. Nul besoin de théoriser sur le fait que lorsque l'on ne se sent pas bien, on se sent moins enclin à s'engager dans une action.

Les actions préventives ont donc à évoluer dans un contexte d'accompagnement social, dans lequel les *caregivers* sont moins enclins à se regarder eux-mêmes, aveuglés de leur besoin d'aider le vulnérable ou résignés d'imaginer que se préserver est possible quand on exerce une telle profession. Bon a dit que « *la douleur est un don que n'ont pas les lépreux* » (1994, p. 173), en cela qu'elle a une fonction, notamment de donner l'alarme. La refuser ou ne pas l'écouter revient à entraîner un risque pour la santé alors qu'on n'en écouterait pas les symptômes. Ne pas écouter cette alarme conduirait donc à se mettre en danger. Pourtant, il ressort des résultats une forme de renoncement à agir ou même laisser les autres agir pour eux-mêmes. Nous pourrions y donner un sens d'après les apports de Bon (1994) en ce qui concerne le fait que l'aversion pour la douleur serait un acquis de notre éducation, résultant de notre peur de la ressentir, et qui conduirait donc les individus à la bannir (ou la taire ?) pour s'en protéger. Les auto-médications illustreraient également une autre forme d'évitement, chacun d'entre nous agissant pour réduire la douleur quand elle arrive, voire pour la prévenir aux premiers indicateurs d'une migraine qui ne saurait tarder. En résumé, se protéger. En réalité, cette douleur serait associée à la mort, que l'Homme craint.

Par ailleurs, les théories du changement ont mis en évidence le besoin d'une intention afin de pouvoir prévoir un changement de comportement (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1991; Godin, 2002). Il apparaît que dans le cas des aides à domicile et les conséquences de ce qui relève de leur perception de la pratique de *care*, la dimension du *self-care* soit à ajouter au modèle. Le lien peut être fait avec le concept d'auto-

soins de Mailhot & Al. (2013) dont les conséquences sont favorables pour la santé, et qui, au-delà de participer à la guérison, renforce les ressources de l'individu par le développement de son autonomie et de sa responsabilité à agir pour sa santé, et donc, les capacités d'*empowerment* qu'accroissent le contrôle qu'en a la personne. Ceci ne changeant en rien ce qui peut être opéré dans la pratique, du moment qu'un temps soit prévu pour pratiquer un retour sur soi, après le temps de la retenue et du silence.

Ainsi, à l'image du cuiseur à vapeur, il devrait être aménagé des temps et espaces réels lors desquels l'aide à domicile a la possibilité de libérer la pression ainsi emmagasinée et semble-t-il attachée à la pratique du *care*. Cela ne semble pour autant pouvoir se réaliser sans rendre permissif le droit de se dévoiler et de montrer que l'on n'est pas « ultra-fort », même si compétent. C'est sans doute l'apprentissage de cette nouvelle compétence qui participerait à la prévention de la santé des aides à domicile, ainsi qu'un meilleur vécu professionnel et un épanouissement de renouer avec les liens sociaux qui manquent en dehors du lien à la personne âgée. Il s'agit alors d'associer le professionnel à leur propre travail, en leur autorisant la prise de décisions dont il s'agit d'en reconnaître l'existence et la qualité.

C'est sous une nouvelle modélisation des modèles de changement de comportement que nous intégrons cette nouvelle variable, nécessaire à l'expression d'une intention. Cette approche est développée à suivre.

1.3. Quelle place donner au *self-care* dans la prévention de la santé des aides à domicile ?

Pour Bon (1994), la capacité à être ouvert à sa propre souffrance est signe que l'on est également naturellement ouvert à celle des autres, alors qu'à l'inverse, la personne qui se cache sa souffrance serait amenée à fuir. Tester, comprendre et accepter le ressenti de la souffrance participerait ainsi à plus de disponibilité pour les personnes accompagnées. S'écouter et se soucier de soi serait donc une nécessité du *care* à apporter à l'autre, et non acte ou pensée égoïste. Selon Mozère, « *« Se soucier de », dans l'éthique du care, suppose aussi de s'y entraîner, de se plier à une discipline qui permette de se défendre des positions charitables ou paternalistes habituellement de mise.* » (2004, p. 6). En d'autres termes, apporter cette attention du *care* demande un apprentissage.

Nous définissons le *self-care* comme le souci de soi que nous distinguons toutefois de l'approche de Foucault (1984) qui le définit davantage comme une quête de plaisir. Nous l'envisageons davantage dans le contexte de travail et de prévention de la santé comme le développement d'une attention à se regarder soi-même et écouter son corps et son esprit quand l'environnement de travail peut y être lié négativement. Elle pourrait s'apparenter à la traduction de ce que l'on développe par la conscience réflexive qui permet à l'individu, grâce à l'usage de la parole, de « *savoir qu'il sait* » (Wittezaele, 2007, p. 134) et donc d'appuyer sa pratique future sur sa méta-expérience, ceci concourant à préserver sa pratique du « *care-valeur* » perçu et sa santé.

Il nous est apparu que les effets sont déjà visibles chez les AVS qui ont sans doute acquis cela de leur formation. Toutefois, tous les aides à domicile n'ont pas le diplôme d'état et ne seront pas amenés à l'acquiescer, que cela soit dû au fait que cela ne répond pas aux besoins des services, à la demande de l'aide à domicile lui-même, ou du fait de capacités.

Moré (2014) a mis en évidence que le discours tournant autour du souci de soi serait plus assimilé parmi les salariés ayant des parcours plus professionnels et ayant suivi des formations. Cela se vérifie dans le recueil de données auprès des aides à domicile, alors que des pratiques réflexives ont été relevées chez les AVS en plus grande majorité, et qui constituaient chez eux un support à des stratégies adaptatives et donc une forme de protection de soi, traduisant selon nous, non le souci de soi en tant que tel mais le souci des Autres dont la gestion des problématiques me permet une prise de distance qui me préserve. De même, le souci de soi serait plus important chez les personnes ayant par avance été en situation de vulnérabilité elles-mêmes, en ayant été confrontées à la maladie par exemple, comme si cette dernière avait joué le rôle de vaccin face à des risques ultérieurs. Dépassant l'utilisation de l'optimisme comparatif qui vise à croire que l'Autre va plus mal que soi (Shankland & Verhiac, 2013), l'expérience de la maladie rééquilibre le rapport à la santé par la prise de conscience que chacun est vulnérable, soi compris.

Par ailleurs, développer le *self-care* apparaît une ressource nécessaire à ces professionnels du *care* à domicile dont le dévouement pourrait témoigner d'une tendance, sinon un risque à devenir un martyr de la relation de sauvetage, au sens des théories d'analyse transactionnelle (Berne, 1984). Il faut encourager l'individu, le professionnel à aller vers la sauvegarde et non le sauvetage de l'autre, qui conduit à passer du rôle de sauveur au rôle de la victime. La sauvegarde consiste à se donner le temps d'éduquer pour que la personne ne soit plus abaissée au rang de victime et puisse être actrice de sa vie (Bon, 1994). Le pourvoyeur souffrant pourrait ainsi se caractériser par un positionnement à l'autre tel un sauveteur, ce qui le met en situation de vulnérabilité. Il s'agirait alors de faire prendre conscience de cette attitude à l'aide à domicile, afin qu'il se détache de ce rôle. Ainsi, toute la difficulté réside dans cette difficulté pour le professionnel de comprendre que le pourvoyeur de *care* n'est ni sauveteur, ni dévoué intégralement à l'autre, ni un lépreux qui ne ressent pas la douleur. Il doit alors être accompagné lui-même pour réaliser cela, et ainsi tendre vers un prendre soin de soi, afin d'« *aider sans se sacrifier* » (Bon, 1994, p. 232).

Derrière le *self-care*, conceptuel nous l'accordons, il s'agirait d'en faire découler la propension au comportement de santé comme une variable importante des effets du travail sur la santé. En lien avec l'approche systémique et le modèle écologique de développement humain de Bronfenbrenner (1994), nous avons vu que les systèmes impactent les individus. Ici, le cadre de travail (au travers de l'éthique du *care*) invite le professionnel à s'oublier au bénéfice de l'aidé. Cela traduit selon nous les effets des politiques sociales qui ont à cœur de placer la personne âgée au centre des dispositifs. Ces effets relèvent selon nous d'une décentration du professionnel dans son propre environnement écologique, dont la mise à distance de soi explique l'inhibition des comportements d'auto-prévention ; et donc réduirait cette propension au *self-care* s'illustrant dans des comportements de santé.

Cette variable nous paraît s'adapter aux métiers du *care*, où le rapport à la santé est ainsi biaisé d'un accompagnement du vulnérable, réduisant cette propension dans l'idée que je dois me montrer fort face à cet Autre qui va plus mal que moi. Ceci illustrant ce que Molinier (2013) avait défini d'un *care* prenant parfois son existence dans la transgression d'un oubli de soi au bénéfice du vieillard souffrant.

1.4. Ebauche de modèle intégratif du *self-care* en éducation préventive de la santé au travail

Ainsi, en s'appuyant sur le modèle théorique intégratif d'Althaus & Al. (2013), complété des théories du changement de comportement (Godin, 1991; 2002), il apparaît que l'on peut développer un modèle intégrant à la fois les différentes dimensions médiant et modérant le lien « environnement de travail » et « santé », dans un contexte de prévention de la santé au travail, par des modifications comportementales, à l'image de la modélisation que nous proposons à suivre (figure 56). L'objectif étant de construire un modèle et des outils répondant aux problématiques rencontrées dans le secteur, dans cette difficulté à constater des comportements de santé dans le secteur malgré des actions de formation – dont on ne rejette pas qu'elles gagneraient toutefois encore à s'étendre.

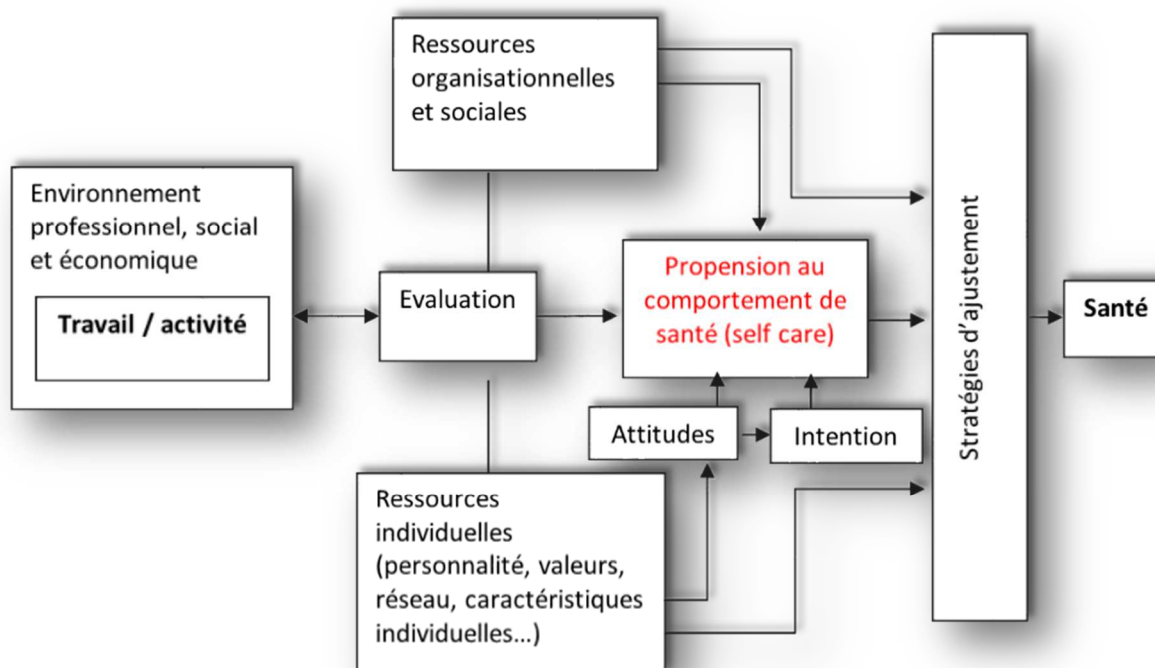


Figure 56 : Modélisation intégrative de la prévention de la santé dans les métiers du care

Les modèles de la santé exposent différents éléments qui expliquent la relation travail et santé. Althaus, Kop & Grojean (2013) ont d'ailleurs effectué une revue des modèles qui généralise une lecture de ces liens, faisant intervenir modérateurs et médiateurs pour expliquer et décrire les variations des interactions.

Les études portent, suivant leurs courants de rattachement, un centrage tantôt sur des variables organisationnelles (et en revendiquent leur responsabilité) ; tantôt sur le besoin de considérer les dimensions individuelles (Mark & Smith, 2008). Nous considérons, dans notre orientation systémique, chaque approche comme adaptée, les liens entre travail et santé s'expliquant autant par les variables organisationnelles qu'individuelles et même environnementales plus larges (en pensant aux systèmes multiples gravitant autour des individus (Bronfenbrenner, 1976). En prolongement, nous adhérons à l'idée d'un individu à la fois actif, agent et acteur, dont le pouvoir d'agir, l'*empowerment* soit une forme de prise en main de l'individu, favorisé par son Organisation.

Nous retrouvons dans cette modélisation (figure 56) les apports des modèles de la santé au travail, fortement emprunte de l'approche de Lazarus et Folkman (1984) et ses contemporains. Ainsi, le modèle vise bien à identifier les mécanismes intervenant dans la relation entre l'environnement de travail – étendu à ses composantes sociales et économiques, dans l'idée d'une considération systémique des situations et des individus – et la santé du travailleur. Au sein de l'environnement de travail, on distinguera le travail et l'activité, qui se caractérisent à la fois dans les tâches prescrites que réelles. Dans ce modèle, l'environnement du travail comprend également les valeurs associées au *care* d'un point de vue général, eût égard à l'éthique du *care* et les représentations (collectives et sociales) qu'elles portent et qui engagent différemment les travailleurs du *care* dans leurs activités.

Du fait de l'ancrage au sein des approches transactionnelles, la question de l'évaluation de la situation est déterminante puisque relève de la perception des individus dans une relation entre les risques évalués d'une situation et les ressources identifiées. Ces évaluations étant elles-mêmes influencées par la perception des ressources individuelles d'une part (comme relevant de la personnalité et autres caractéristiques individuelles, des valeurs individuelles, la disponibilité et la qualité d'un réseau social perçus) et les ressources organisationnelles et sociales d'autre part (considérées donc comme des ressources provenant de l'extérieur). Les ressources ainsi évaluées interviennent alors directement et indirectement sur les stratégies d'adaptation qui permettront de préserver la santé.

Il apparaît que dans le cas de valeurs fortes associées à l'éthique du *care* (de l'Autre), les stratégies d'ajustement ne pourront être activées qu'en en passant par l'apprentissage d'une compétence agissant sur la propension au comportement de santé autodirigé, qui nécessite également que l'individu en soit acteur de sa santé (Vaxevanoglou, 2002b).

Réciproquement, par exemple, une activité qui ne serait pas caractérisée par le pourvoyeur comme un travail de *care* (tel que caractérisé ci-avant), accèderait au développement de stratégies d'ajustement sans nécessiter cette étape intermédiaire. L'aide à domicile en situation de répondre au besoin d'un « *emploi-confort* » - dont nous empruntons la sémantique à l'aide à domicile l'ayant utilisée lors des entretiens – a ainsi montré sa capacité à identifier les stratégies nécessaires à la régulation de l'activité lors de sa pratique du « *care-confort* », par un rappel du cadre des interventions ou par le refus d'exercer des tâches mettant en danger son bien-être physique et/ou psychologique.

Dans le cas d'une activité connotée d'un *care* (-valeur) répondant à une dépendance, il s'agira toutefois d'impulser un changement de comportement (se distanciant d'un oubli de soi ou d'une hyper-tolérance présentant des risques d'épuisement professionnel), par une modification des attitudes et l'émission d'une intention pouvant activer la propension au *self-care*, la capacité à agir pour se préserver soi-même, dans un contexte d'exercice au service d'Autrui. Cela repose sur le rôle d'acteur dont l'opportunité de développer son *empowerment* (Fayard & Al., 2011) ou sa capacité d'Agir (Clot, 2008) relève de l'Organisation (Coutarel, Caroly, Vézina, & Daniellou, 2015).

Cette dimension du *self-care* nous apparaît relever d'un apprentissage expérientiel (avoir vécu la maladie) ou éducatif (apporté par la formation et l'apprentissage vicariant). C'est pour cette dernière option que ce sont l'échange et les temps partagés qui sont importants, à l'instar de la théorie de régulation émotionnelle de Lakey & Orehec (2011).

C'est ici que le rôle des Organisations prend sens, alors que l'adhésion à une norme de *self-care* (quasi réciproque mais résolument complémentaire de la norme de sollicitude d'Avril (2008)), nécessite la compréhension des phénomènes interactionnels du *care* et de la santé au travail, et la déculpabilisation de l'émission d'un comportement tourné vers soi. L'individu a un rôle d'acteur à jouer pour participer à sa guérison dans le concept d'auto-soins (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013). Nous considérons qu'il relève d'une démarche similaire en milieu professionnel, où le professionnel doit être en capacité de contrôle sur sa santé.

L'action de l'Organisation, apportant des ressources à l'individu, aurait ainsi en plus du rôle concernant l'apport de ressources sociales par exemple, le rôle de contextualiser l'exercice de l'aide à domicile à l'interaction du soin de l'autre et de lui-même, au travers d'une action directe sur le développement d'une compétence au *self-care*. Nous verrons dans le point suivant, au travers des propositions d'amélioration à formuler dans un contexte organisationnel prestataire, comment participer à cette tâche, qui devrait répondre au contexte socio-économique et aux enveloppes minces du secteur de l'aide à la personne.

De plus, l'apprentissage vicariant tel que développé dans les théories de l'apprentissage social de Bandura (Guerrin, 2012) profitera au professionnel, en lui permettant de recueillir des idées par l'observation de la pratique de l'autre (ce que les pratiques de parrainage mettent en œuvre).

Avant cela, l'initiation de cette modélisation resterait ensuite à éprouver dans une nouvelle enquête de terrain, à partir des dispositifs d'intervention mis en place, dont on pourrait en parallèle évaluer les effets, afin de rendre le modèle empirique au-delà de cette ébauche conceptuelle.

Dans un premier temps, les pistes qui nous apparaissent pouvoir évaluer cette proportion au *self-care* afin d'en identifier à la fois la mise en œuvre et les effets, devraient conduire à évaluer empiriquement auprès de cette même population, une fois les dispositifs d'intervention lancés, tels que :

- La fréquence et la nature des comportements de santé spontanés (respect des gestes appris, pratique de sports, de sorties...)
- L'évolution du rapport à la notion de santé (physique et psychologique)
- La perception de l'intérêt de la prévention de la santé au travail

- L'évolution du rapport au *care* dans la pratique professionnelle et personnelle
- L'évaluation du degré du souci de soi qui demanderait le développement d'un outil spécifique se basant sur la caractérisation de cette variable

Plus précisément, les antécédants liés au concept d'auto-soins dont Mailhot & Al. (2013) ont synthétisé les situations dans lesquelles ce dernier est mis en place, pourrait constituer une grille d'évaluation complémentaire sur laquelle s'appuyer. Elle viserait à vérifier/mesurer : l'intégration des connaissances nécessaires aux pratiques de *self-care*, le soutien apporté par l'environnement, les ressources nécessaires à l'action, la perception d'auto-efficacité à mettre en place « l'autosoin », la capacité à mettre en œuvre les processus cognitifs et psychomoteurs nécessaires, la ténacité face aux difficultés de pratiquer le *self-care*, la présence du besoin, l'engagement volontaire et la capacité à choisir la bonne stratégie préventive et en assurer l'évaluation.

Enfin, plusieurs points de vigilance sont à considérer en vue du développement d'actions préventives dans le secteur, en complément de l'ajout de la dimension de *self-care* que nous avons inclus au modèle. Ainsi, des actions éducatives ont pu être menées dans le champ de la santé et se montrer inefficaces, comme nous l'observons aussi pour une majorité dans la mise en œuvre des apprentissages des gestes et postures. En effet, plusieurs éléments permettent d'expliquer pourquoi cette formation ne conduit pas aux effets escomptés (au moins dans sa prévention physique). Les actions de prévention doivent s'attarder au préalable à interroger les motivations du public cible à émettre un comportement désiré (Godin & Côté, 2006). Or, les aides à domicile questionnent en nombre la faisabilité d'une quelconque prévention dans le secteur. Cela minore donc la possibilité d'émettre un comportement dont on ne croit pas une amélioration possible. Il existe par ailleurs des caractéristiques augmentant les effets de la communication en prévention de la santé, comme le fait d'avoir les connaissances nécessaires sur le sujet, le fait de considérer la santé comme une dimension importante dans son existence, et avoir conscience des possibilités d'être atteint et des conséquences de l'apparition de la maladie sur sa vie (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

La formation concourt à donner les informations nécessaires aux aides à domicile pour prendre connaissance des risques sur leur santé physique (carence existant toujours dans le domaine des risques psychosociaux). Toutefois, nous avons constaté que ce n'était pas suffisant. Dans la pratique du « *care-valeur* », seuls les aides à domicile nous ayant fait part de la confrontation à la maladie ont exprimé sans culpabilité prendre soin d'eux au travail, et refuser certaines activités qui y seraient contraire. Ceci confirmant l'idée selon laquelle, seul celui qui a conscience du risque et de ses conséquences met en œuvre un comportement préventif de santé au travail. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse selon laquelle les aides à domicile (ou nombre d'entre eux) ont une tendance à ne pas percevoir le risque. Ceci peut s'expliquer par la position professionnelle du quotidien dont la mise à distance de la maladie contribuerait à croire que l'on ne sera pas touché (touchant du bois au passage), et à surestimer l'asymétrie où le *caregiver* est celui qui intervient auprès de celui qui est malade, et non l'inverse. La perception d'être un possible receveur de *care* n'étant potentiellement pas admise du fait même du contexte d'exercice dans lequel on côtoie la vulnérabilité et la souffrance, des Autres. Et non de Soi.

La stratégie défensive en question (visant à éviter l'identification possiblement) entraîne ici encore dans une relation ambivalente l'absence de l'engagement dans des comportements de santé et de retour sur soi. Enfin, le fait de ne pas percevoir d'amélioration possible sur leur santé contraint également sûrement l'efficacité des mesures mises en place.

Enfin, il convient d'inscrire dans l'élaboration de la prévention que l'adoption d'un comportement désiré de santé n'est pas guidé en majorité pour des motifs de santé, mais bien plus pour des motifs sociaux (Godin & Côté, 2006). La place du *care* et ses valeurs renforçant notre conclusion selon laquelle cette représentation du *care* est liée négativement avec la santé, l'action sociale passant au préalable. Cette même action sociale relevant de comportements et représentations collectives du groupe de pairs du travail social, comme de l'assimilation des représentations sociales.

2. Propositions de mesures organisationnelles

L'autonomie est devenue une valeur suprême qui fait office de règle, cette attitude d'un individu acteur de sa vie étant la plus respectée, car placée au sommet de la hiérarchie des valeurs (Ehrenberg, Mingasson, & Vulbeau, 2005). Toutefois, cela ne signifie pas que l'autonomie doit permettre aux organisations de ne pas apporter les ressources nécessaires à cet agent. Ainsi, cette nécessité du rôle de l'individu dans sa faculté à prendre soin de sa propre santé doit être soutenue par l'Organisation, et plus précisément ici celle qui emploie le pourvoyeur de *care*, l'entreprise, l'institution prestataire.

Pour que le soignant, le *caregiver*, l'aide à domicile ne soient pas victime d'un oubli de soi, nous identifions un rôle de l'organisation dans l'éducation à la santé, réciproque à l'analogie de l'éducation des malades (Bon, 1994) afin qu'ils s'engagent dans leur parcours de soin, rendant ce dernier d'autant plus efficace.

Il s'agirait au travers de cette technique d'enrayer le sentiment d'impuissance quant à agir sur leur santé de la part des pourvoyeurs de *care* à domicile, et finalement contribuer à soigner le soignant. L'idée ici étant de rendre le manager acteur de la sauvegarde de son collaborateur, sans faire de lui un sauveur. Il ne s'agit pas pour autant non plus de faire de l'aide à domicile le seul responsable de sa santé, le rôle de l'Organisation étant ici indispensable d'une collaboration visant l'éducation à la santé. Une ébauche de « procédure » est présentée à suivre.

L'enjeu d'une nouvelle orientation renforçant le bien-vieillir tout en s'assurant que chacun en soit récipiendaire, le pourvoyeur y compris, est donc d'intégrer l'éthique du *care* au sein de l'Organisation pour diminuer les risques de l'interaction « travail de *care* » & « santé des aides à domicile ». Il s'agirait pour cela d'intégrer la pratique de *care* dans une dimension qui accepte les interactions entre systèmes des environnements écologiques de chacun des acteurs du *care*, pourvoyeur comme receveur. Concrètement, il s'agit donc de faire prendre conscience à l'aide à domicile de l'importance de sa place, de son rôle et la force des interactions dans un bien-vieillir de la personne âgée, ce qui participe aussi à la valorisation de son métier, et la reconnaissance de son action de *care*, entendant bien là leur revendication à un travail

qui dépasse un « commun » geste ménager, en le transformant en un geste social singulier individualisé. Finalement, cela revient à réintégrer une valeur de la justice dans le *care*, où chacun prend part au *care* à des degrés multiples. Le prestataire prend soin de la personne âgée et de l'aide à domicile qui prend soin de la personne âgée elle-aussi.

Ainsi, il peut être pensé une nouvelle approche de la prévention de la santé en entreprise, où le collaborateur devient receveur d'un *care* en contexte professionnel. Si l'on transpose les phases du processus de *care* défini par Tronto (2009a) dans ce contexte, il pourrait se caractériser comme suit :

- **Se soucier de (*caring about*)** : la reconnaissance de la nécessité du *care* et des besoins à satisfaire est un préalable permettant d'évaluer la capacité à répondre à la demande. En contexte, il serait appliqué à un niveau décisionnel telles les Organisations représentantes du secteur de l'aide et du soin à domicile, comme des politiques sociales de la vieillesse. Autrement dit, agir sur la réglementation du travail et les orientations d'accompagnement social.
- **Prendre en charge (*taking care of*)** : dans cette phase prend place la notion de responsabilité en lien avec un besoin identifié dont on détermine la nature de la réponse à apporter. Il ne s'agit plus d'identifier simplement le besoin mais de reconnaître la capacité à agir dessus. A défaut, la prise en charge ne peut être opérée. Cela pourrait être appliqué au niveau de l'entreprise/institution prestataire en responsabilité de ses collaborateurs qui définit les priorités d'actions à mener dans son entité et auprès de ses collaborateurs. Concrètement, cela pourrait s'illustrer dans les orientations stratégiques de l'entreprise et le projet associatif ou d'établissement.
- **Prendre soin (*care giving*)** : il suppose la rencontre directe avec le besoin et donc bien souvent la personne (ou l'objet) en nécessité de *care*. Cette phase relève de la mise en œuvre par le manager de proximité
- **Recevoir le soin (*care receiving*)** : cette phase terminale permet d'évaluer si la réponse apportée au besoin identifié a effectivement répondu au besoin, « validant » le processus abouti de *care*, représenté par les aides à domicile

Ainsi, en appliquant ce modèle à l'entreprise, le management devient une forme de *care* en soi, auprès des collaborateurs. Mais est-ce réaliste de penser que le management puisse traduire une forme de *care* ? Il convient de distinguer le contexte dans lequel ce dernier s'opère. Si les décisions managériales visent une prise en compte et peut-être un bien-être du salarié, sans doute. Si la logique est économique et réduite à l'atteinte d'objectifs, ou que le manager répond à ses propres attentes sans s'ouvrir aux besoins de son équipe, cela est peu probable. C'est ici l'apprentissage du management qui contribue à la formation à un accompagnement adapté.

2.1. Le rôle de l'Organisation dans la prévention de la santé

2.1.1. Des propositions à adapter aux spécificités des emplois

Nous avons vu dans l'analyse des résultats que les problématiques des différents emplois présentent des singularités dont nous synthétisons les principales caractéristiques dans le tableau (13) à suivre.

Agents à domicile	Employés à domicile	Auxiliaires de vie Sociale
Peur de la première intervention	Revendication élevée de manque de reconnaissance	Pénibilité morale de l'accompagnement de la dépendance
Difficultés communicationnelles (écrites et orales)	Carences en soutien social	Exigences perçues du travail élevées
Peur du jugement d'incompétence		
Sentiment d'insécurité de l'emploi		
Carences relationnelles		

Tableau 13 : Problématiques caractéristiques des aides à domicile en fonction de leur catégorie

Au final, la grande distinction des problématiques se fait entre les agents à domicile et leurs pairs de qualification supérieure. C'est d'après ces éléments que nous proposons des pistes spécifiques facilitant la prévention de la santé au travail dans le métier. Toutefois, au préalable, de premières actions généralistes sont identifiables, notamment concernant les problématiques générales que portent le poids relationnels de l'accompagnement et les contraintes des conditions de travail qui empêchent parfois une vie sociale et au moins de concilier les différentes sphères de vie.

2.1.2. Agir pour développer les ressources sociales au sein des équipes professionnelles

Selon l'article 19 de la CC-BAD (USB-Domicile, 2010) relatif au droit d'expression, « Dans toutes les entreprises, les salariés bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective mis en place dans les conditions prévues par des dispositions légales et réglementaires. Ce droit s'exerce dans les conditions suivantes : un crédit de 6 heures, par an et par salarié, est mis à la disposition des salariés pour permettre l'exercice de ce droit. Ces heures sont considérées comme du temps de travail effectif et sont rémunérées comme tel ».

Nous avons constaté en pratique que cette mesure apparaissait mise en place, toutefois, les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenus ont pu mettre en évidence le manque de régularité et de lisibilité des objectifs de telles rencontres, sans compter le témoignage des aides à domicile ayant fait part de leur insuffisance en termes de fréquence. Nul étonnement face à cela. Quelle efficacité sociale de ces rassemblements envisager quand cela représente concrètement une rencontre de 2 heures tous les 4 mois¹³⁸ ?

Difficile de former une équipe sur un tel socle. Pour autant, le préalable à tout dispositif semble bien résider en ce point majeur visant à donner la possibilité d'appartenir à un groupe réel pour l'aide à domicile des services prestataires dont les emplois du temps sont souvent plus tendus que dans les autres configurations d'exercice du métier d'aide à domicile (mandataire, emploi-direct, etc.).

Selon Molinier (2013), le travail de *care* demande un travail d'élaboration collective qui nécessite des temps d'échanges formels et informels. Toutefois, comment traduire la pause-café institutionnelle quand son unique partenaire est la personne âgée ou la radio de la voiture ? Comment envisager dans un contexte d'éloignement des échanges spontanés ? Cela n'est assurément pas réaliste dans le contexte dans lequel opèrent les aides à domicile. C'est pourquoi il convient d'en trouver des parades, qui si possibles, ne seraient pas trop coûteuses pour ne pas en freiner la mise en place. Créer une équipe et du lien sont possibles. A l'époque d'un encadrement qui se réalisait avant la professionnalisation, les rassemblements prenaient forme autour de l'organisation d'un événement social ou d'un café le soir chez l'un des bénévoles. Si la professionnalisation et la formation des managers contribuent à la coordination des services auprès de la personne âgée, force est de constater que cela a affaibli les relations de travail.

a) Formaliser des équipes visibles

Derrière l'objectif de former et formaliser une équipe, nous ne pensons même pas encore au soutien social qui pourrait en découler, ainsi que les effets sur la pratique professionnelle. Avant cela même, c'est une enveloppe collective qu'il convient d'apporter au collaborateur. Simplement d'abord, lui permettre de faire partie d'un groupe (bénéfice de l'exercice du métier en prestataire) et d'en identifier les membres. La seconde étape consistant à insuffler une identité à ce groupe, qui se définit aussi par ses valeurs, ses modes de fonctionnement et les finalités de son existence (Anzieu & Martin, 2007).

Le salarié ne réagit pas seul à son environnement de travail auquel s'intègre également un collectif. Ce dernier va développer (en tant que groupe) des règles collectives (implicites ou formelles) pour s'adapter aux contraintes du travail.

¹³⁸ Attention : toutes les structures ne sont pas égales, certaines déclarent mettre en place une réunion de travail chaque mois.

Livian (2005) fait notamment référence à Reynaud (1988)¹³⁹ qui parle de « *règles autonomes* » s'opposant ou complétant les « *règles de contrôle* » de l'encadrement. Conformément à l'apport de Livian (2005), les règles en question peuvent avoir différents buts tels que d'échapper à une contrainte, de contourner la règle perçue illégitime ou inadaptée, de « benchmarker » les pratiques des pairs ayant fait leurs preuves pour mieux s'adapter (confort et économie de l'effort produit dans le cadre d'une activité), ou encore de développer un esprit d'équipe permettant de faire face à un environnement relationnel instable ou pernicieux (ex : hiérarchie perçue comme dangereuse). Ces nouvelles normes collectives peuvent être propices ou négatives pour l'Organisation suivant qu'elles conduisent à un partage de savoir-faire, à intégrer les nouveaux ou bien à contourner les règles de façon socialement acceptée par le groupe, en réaction aux consignes managériales et organisationnelles.

Toutefois, elle permet au moins l'instauration d'un cadre nécessaire à l'exercice du travail en contexte sensible ; tel que rencontré par les professionnels du *care* et ici spécifiquement les aides à domicile.

Cette première phase de la prise en charge institutionnelle peut se traduire par la proposition d'activités non rattachées directement au travail, mais permettant aux aides à domicile de se rencontrer. Nous pensons ici aux témoignages qui nous ont été rapportés d'aides à domicile regrettant le temps de la non professionnalisation des personnes en responsabilités de travail ; lors duquel il était fréquent et régulier de se retrouver pour faire le point une fois par mois autour d'un café, instaurant bien là le temps de la convivialité avant d'aborder les situations concrètes de travail. Il en était de même chez les professionnels intervenant dans le cadre associatif dont l'entité de rattachement était amenée à organiser des événements pour recueillir les fonds nécessaires à leur action ; formalisant une équipe autour de valeurs communes de l'action sociale, et que recherchent en partie les acteurs de l'ESS (Moulevrier, 2015).

Ces temps s'opéraient sur un temps personnel, bénévole de chacun, considérant sans doute la participation aux événements de recueil de fonds comme un don pour l'Autre, cohérent avec l'activité professionnelle, autant que le contre-don à l'institution, comme une gratitude d'avoir un emploi.

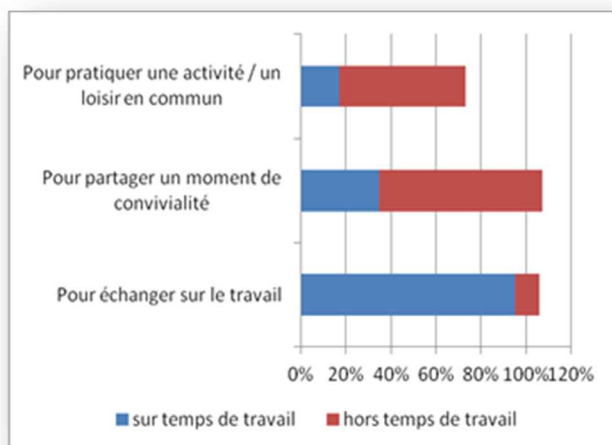
Du côté des rencontres régulant le travail, ces temps donnés du bénévole et du professionnel participaient sans doute à la qualité de la relation non salie de rémunération au sens de Fustier (2000), à l'image finalement de la relation de *care* de l'aide à domicile vers la personne âgée, quand il s'arrête pour parler ou poursuit l'échange sur le pas de la porte, sur son temps personnel. Ceci illustrerait finalement dans ces anciennes pratiques que le « *care-management* » n'est pas une innovation. Toutefois, la disparition de ces fonctionnements pourraient constituer une forme de régression, tel que vécue chez les aides à domicile ayant connu et fait part de ces pratiques perdues de la relation.

¹³⁹ Reynaud Jean-Daniel. Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. In: *Revue française de sociologie*. 1988, 29-1. Travail : d'autres jalons. Etudes réunies et présentées par Jean-René Tréanton. pp. 5-18. doi : 10.2307/3321884. url : [/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1988_num_29_1_2475](http://web.revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1988_num_29_1_2475)

Toutefois, la professionnalisation paraît favorisante pour la coordination de l'accompagnement. Nous le déduisons puisque des certifications et démarches qualités considèrent le critère. Est-ce là pour autant gage ? De même, la professionnalisation profite à la reconnaissance d'un secteur et des métiers. Or reconnaître le besoin de compétences des managers ; c'est reconnaître aussi l'action des aides à domicile que « n'importe qui » n'est pas en capacité d'encadrer.

C'est ici alors la question des moyens qui entrent en jeu alors que l'on comprend toutefois le manager salarié qui veut assurer son action sur temps de travail rémunéré ; dont la position est évidemment différente du bénévole qui respecte ses engagements en donnant de son temps. Mais comment alors concilier les avantages associés des « temps donnés » du bénévole ou des « temps perdus » du salarié avec les avantages nouveaux de la professionnalisation ? Cette professionnalisation dans le secteur est-elle forcément signe de désinvestissement du lien dans ce contexte où l'aide à domicile continuera de toute façon à intervenir seul au domicile ?

Le discours portant sur les moyens limités en termes de temps et d'argent doit-il rester acceptable dans le secteur ? Des aménagements nous semblent identifiables et des conciliations envisageables pour au moins créer des équipes et des liens, en s'affranchissant de coûts supplémentaires et de temps perçus perdus. Par exemple, il pourrait être proposé des activités hors travail tels que des temps de repas le midi commun, des activités sportives (en journée, le soir...), ce à quoi les aides à domicile sont ouverts, comme l'illustre les résultats du sondage présenté en tableau 14.



	Rencontres proposées	
	sur temps de travail	hors temps de travail
Pour échanger sur le travail	95%	11%
Pour partager un moment de convivialité	35%	72%
Pour pratiquer une activité / un loisir en commun	17%	56%

Tableau 14 : Sondage des possibles stratégies sociales complémentaires

En effet, ce sondage complémentaire effectué auprès de 94 salariés a indiqué en majorité qu'ils participeraient autant à des rencontres pour échanger sur le travail (dont 95% sur temps de travail) ou sur autre chose (au moins 72%). Toutefois, ils sont plus nombreux à envisager des moments de convivialité hors temps de travail (72%), tout comme concernant la pratique d'une activité en commun (56%).

Ainsi, mettre à disposition des salariés une salle régulièrement ou proposer des activités aux salariés sur temps informels (pique-nique, déjeuner hebdomadaire chaque jeudi midi, soirées badminton, etc.) pourraient permettre la création et le renforcement de ce collectif, et ceci sans engager de frais majeurs. Cela représente des investissements mineurs, d'autant s'ils sont sous-tendus par des financements extérieurs conséquences de partenariats et/ou de subventions locales.

b) Ouvrir et structurer des espaces et des temps d'échanges réels

La seconde étape, une fois le cadre mis en place pour faire exister le groupe, est de faire évoluer le groupe ainsi créé vers une équipe de travail, qui deviendra source de ressources sociales et professionnelles, en même temps que cela servira les pratiques d'accompagnement.

Ce sera l'objet des temps de réunions ou autres dispositifs plus ciblés comme le parrainage mis en place dans plusieurs structures dans lesquelles un aide à domicile expérimenté accueille et forme la nouvelle recrue. Intégré dans un parcours d'intégration, cette approche est un moyen complémentaire visant à sécuriser le professionnel débutant. Toutefois, l'appartenance au groupe en est indissociable, ces dispositifs ne demeurant que sur des temps limités. Or, il s'agirait de donner une durabilité à ces dispositifs afin qu'ils soient efficaces : nous nous rappelons tous avoir été présentés à toute une équipe, et si le contexte s'y prête, fait le tour des bureaux pour montrer notre tête et retenir nom et poste de chacun, à l'arrivée dans une fonction. Nous convenons avoir mis plusieurs jours, voire semaines avant d'être capables d'identifier chacun en le croisant dans le couloir. Ce dispositif est donc insuffisant, d'autant dans un contexte où l'on croise rarement ses collègues.

Le parrainage a donc l'avantage de créer des référents, mais cela doit être renforcé des apports d'un collectif de travail qui réduira les effets évaluatifs en réunion, quand les aides à domicile sont 20 autour de la table, et n'en connaissent que deux ou trois visages.

Les temps d'échanges professionnels visant cette fois la facilitation de l'exercice du *care* anxiogène de ses relations, peuvent prendre des formules diverses : de la rencontre en groupe complet aux réunions visant à aborder un « cas », dont les deux sont déjà mises en place dans le secteur ; même si la fréquence serait à augmenter et régulariser. Toutefois, il est souvent apparu lors des entretiens que les objectifs des réunions ne sont pas clairs, entre celles qui servent à poser les congés, celles à écouter le « *grand chef* », ou celles visant à discuter des cas difficiles (les plus appréciées).

L'apprentissage des conduites réflexives de la pratique nous apparaît le levier fort de l'accompagnement des équipes, au travers de groupes de paroles comme de séances d'analyse de la pratique. Ce dernier terme renforçant le rôle professionnel de ces temps, de réel travail. En ce sens, Molinier (2009) a mis en évidence que les dispositifs visant à analyser les difficultés psychologiques occasionnées par le travail sont favorisants. Il s'agit de reconnaître les conséquences du travail pour les rendre plus exprimables. Donner

les moyens au salarié de mieux s'adapter à l'environnement qu'il maîtrise réduit les risques de souffrance morale (Dejours, 2000).

L'acceptation de la douleur (voire de la vulnérabilité personnelle ?) est une libération pour Bon (1994), alors que pour lui « *la résistance à la douleur est une résistance à la vie* » (p. 175). Cela peut s'illustrer chez les aides à domicile ayant vécu eux-mêmes la maladie et qui engagent davantage de comportements préventifs de la santé ensuite. Ne pas nier la douleur constituerait alors une forme de tremplin vers la prévention de la santé au travail chez les aides à domicile, ceci demandant que les professionnels disposent des conditions pour l'exprimer, et non la rejeter, pour les différentes raisons déjà évoquées (culpabilité d'avoir devant soi quelqu'un de plus malade que soi, peur de la maladie et/ou de la mort, déni de faiblesse, peur de perdre son emploi et de devenir incapable, etc.).

Nous avons mis en évidence, ou confirmé, que les aides à domicile peuvent souffrir de leur travail, dans lequel elles sont en relation avec la maladie, la fin de vie, voire le deuil. Certains nous ont indiqué spontanément « *éponger* » durant la journée, s'exprimant non sur la table à laver mais sur une empathie parfois étouffante, destructrice. Donner la place à la parole, par un temps et un espace institués et respectés est alors un indispensable pour permettre aux collaborateurs de mettre des mots sur le vécu, et par là même partager le poids porté du quotidien. Ces groupes peuvent prendre la forme de séance d'analyse de la pratique, de réunions autres, mais qui dépassent le seul objectif informationnel. La parole doit être laissée aux aides à domicile. Ces temps nécessitent une réelle structure envisageant la pratique réflexive.

Quelle organisation de ces groupes serait intéressante ? Comment devraient-ils se configurer dans l'idéal des professionnels ? Nous avons vu que l'absence du supérieur hiérarchique peut permettre de libérer une parole souvent retenue. Pour autant, le rôle facilitateur du manager est aussi d'une importance notable dans la reconnaissance de la difficulté du travail et la gestion des situations complexes où le Responsable peut diminuer la tension vécue par l'aide à domicile, pas toujours à l'aise pour prendre une décision ou une responsabilité qu'il ne sait pas s'il doit/peut la prendre ou non. Les interventions du manager ont alors pour rôle de délester l'aide à domicile de poids dont il ne devrait être chargé trop longtemps.

Les groupes « Balint » en sont une possibilité de mise en œuvre. Ces groupes consistent en un regroupement des professionnels du soin afin d'aborder des cas pratiques ensemble et visent à élaborer conjointement des solutions, d'après une orientation psychanalytique dont l'objet est de développer une analyse réflexive des situations dont l'apprentissage de la méthode devrait en entraîner une compétence continue. Simon Cohen-Léon (2008) en propose des descriptions de différentes variantes.

Les rassemblements et la structuration des échanges pour faciliter le travail devraient permettre la mise en place de temps de parole dont l'objet est de développer une analyse réflexive des situations, dont les effets se prolongeront en dehors des rencontres du fait de l'apprentissage à une telle compétence qui saurait devenir très efficace en devenant une habitude.

Il s'agit donc de penser les moments de concertation au-delà des échanges informationnels qui ne laissent que rarement la parole à l'aide à domicile, dans un rapport hiérarchisé qui contraint d'autant ses expressions en présence de ses « chefs » et de collègues qu'il ne connaît pas et dont il peut redouter le jugement, surtout quand les catégories d'emplois sont mêlées. Pour autant, il ne faudrait pas stigmatiser, mais proposer un accompagnement adapté, qui se centre sur les aides à domicile et pas seulement sur la personne âgée. Le temps de l'échange entre pairs n'est pas un temps perdu mais constitue des ressources de développées pour renforcer l'équipe et le bien-être des collaborateurs, et donc le service aux personnes âgées, par le maintien d'une équipe dont l'absentéisme réduit le turn-over aux domiciles des personnes aidées. D'autant quand on sait que la dépendance supporte mal les renouvellements incessants de visages dans l'intimité de la maisonnée qui sont provoqués par l'absentéisme et le turn-over.

c) Aménager le temps de travail afin de permettre la conciliation des sphères de vie

Un autre point sensible du point de vue de la composante sociale réside également dans les actions d'organisation comme le respect des plannings et la sécurisation des temps consacrés aux interventions. Adapter les plannings en respect du développement humain (en lui laissant du temps pour lui), contribuera à de meilleures conditions de travail et facilitera l'attractivité croissante des métiers. Les pistes précédentes y contribueront par une réduction des effets négatifs du travail sur l'absentéisme. Avec des équipes pérennes et stabilisées, l'adaptation des plannings sera possible.

2.1.3. Responsabilisation de l'employeur et du manager de proximité

Par ailleurs, le salarié est confronté constamment à des tensions et des contradictions (respecter la règle officielle ou l'adapter, produire ou se protéger, prendre des initiatives ou attendre des consignes). Aujourd'hui, il est aussi à considérer dans les conditions de travail, et leurs effets sur l'individu, que les frontières entre la sphère du travail et de la vie privée sont de plus en plus floues, nos différentes vies se mêlant dans notre quotidien. Cela conduit Livian (2005) à se questionner sur le rôle des entreprises et plus globalement de la société à se préoccuper des conditions de travail, fonction de leur proximité au contexte d'exercice professionnel. Il s'interroge notamment sur le fait que « *les conditions de travail à prendre en compte dans la gestion de l'entreprise fait débat. Faut-il en rester à ce qui est directement lié aux conditions d'exercice du travail, et laisser à la société dans son ensemble le soin de se préoccuper de la santé et de la qualité de vie des salariés ?* » (p. 205).

Les réflexions sur les conditions de travail appellent également à se questionner sur la question du travail réel au regard de la réalité de la pratique de terrain, comparativement au travail prescrit, c'est-à-dire celui qui est convenu et demandé à l'origine. En effet, les sciences humaines ont depuis longtemps évoqué la différence entre le travail prescrit et le travail réel (Cf. psychodynamique du travail). La prescription, par

définition, prévoit, envisage mais ne peut être précise et strictement conforme à la réalité. Cela peut être dû aux cas imprévus survenant en pratique, pour laquelle la prévision de fait est complexe à envisager. Au-delà de cela, ces prescriptions peuvent s'éloigner du travail réel par le fait que ces dernières sont approximatives, projettent des délais ou des objectifs irréalisables et ceci parfois via des consignes peu évidentes à s'approprier pour le salarié.

Ces éléments peuvent également se comprendre au regard de la place de plus en plus importante laissée à la notion d'autonomie dans le travail, qui si elle est plébiscitée par le salarié peut parfois correspondre à une forme d'abandon de ses responsabilités par le hiérarchique qui devrait conserver son devoir de guidance, que cela soit dans l'accompagnement des missions générales (de l'atteinte des objectifs) ou dans la clarté du cadre défini pour l'exercice d'un travail autonome. Une autonomie non réfléchie peut mettre en difficulté le salarié qui fait face à de nombreuses incertitudes, et qui vont conduire à des comportements d'ajustement (parfois digressifs) ou à une contre-productivité, conséquences d'un effet de déclin sur la motivation et l'engagement.

2.1.4. **Evaluation des pratiques innovantes du secteur**

S'appuyer sur des pratiques existantes permet aussi de les faire évoluer favorablement. Plusieurs priorités sont identifiées par les politiques RH des CCAS (UNCCAS, 2015). Ils ont le souhait d'une politique RH adaptée aux besoins de chacun, auxquels ils répondent entre autres par des actions de développement et de reconnaissance des compétences, ou encore par la mise en place de cellules d'analyse des pratiques qui visent à faciliter le travail quotidien des agents (agent : ici au sens de statut de la fonction publique), qui représentent 75% des effectifs. Il peut s'agir par exemple de travailler sur la communication non violente et la bientraitance des personnes âgées. Ces sessions permettant, selon Dalila Bekhaled, directrice de CCAS, témoignant dans ce dossier, « *de prendre de la hauteur par rapport aux situations vécues, de poser les limites. Et d'échanger sur des cas* » (p. 19). Ces pratiques nous semblent s'apparenter à des techniques de prévention, en renforçant les ressources des personnels concernés. Ces approches restent essentiellement tournées vers les bénéficiaires, renforçant la responsabilisation des agents certes mais peut-être aussi un retrait de ses propres considérations personnelles, même s'il est amené à partager son expérience. De même, le temps de la parole, de l'échange simple ne trouve pas place ici, puisqu'il est orienté vers la connaissance, qui est utile à l'aide à domicile, mais insuffisant pour répondre au problème réel de la communication, alors que l'échange n'est pas chez eux aisé, dans une peur du jugement, de ne pas savoir, de ne pas connaître. La formation, qui constitue un point d'ancrage intéressant chez les AVS, n'est toutefois à notre sens pas adaptée aux agents qui doivent en passer au préalable par l'ouverture à la communication et l'identification d'une équipe pour noter des effets réels sur la santé de ces temps de formation tournés vers la personne âgée, qui présentent le risque, de plus, si l'échange ne se réduit qu'à ces sujets, de renforcer le phénomène de décentration sur la personne âgée et donc un désinvestissement du rapport à sa propre santé.

L'objectif des actions menées en faveur des personnels des services à domicile, cible privilégiée des CCAS est multiple. Il est fait état d'un souhait de montée en compétence et d'amélioration des conditions de travail afin de développer la qualité du service rendu, mais également de participer à la réduction de l'absentéisme (UNCCAS, 2015). Ainsi, Raphaëlle Ghesquière, directrice de l'action gérontologique d'un CCAS français souligne que leur souhait est de « *lutter contre la précarité, professionnaliser les aides à domicile, les valoriser, de façon à donner du sens à leur travail, à les motiver* » (Dossier du mois : GRH : comment les CCAS prennent soin de leurs agents ?, p. 20). En plus des formations, son service a ainsi mis en place des actions davantage orientées d'un point de vue organisationnel, ayant permis entre autres une augmentation du temps de travail des aides à domicile, une planification des interventions pensée de façon à réduire les déplacements et les rapprocher de leur propre domicile (au niveau géographique), la mensualisation des salaires (permettant de réduire la précarité de salaires variables d'un mois à l'autre) et une généralisation des signatures des contrats à durée indéterminée.

Ces pratiques nous apparaissent être pensées au préalable pour servir le service et non la santé des collaborateurs, même si cela a des effets positifs indirects. Le positionnement pris dans l'élaboration des dispositifs devrait lui-même se centrer sur l'aide à domicile, en tant que moyen du bien-vieillir, et non partir du bien-vieillir et en penser des aménagements pour l'aide à domicile. Modifier le paradigme d'élaboration des dispositifs indiquerait par la même une évolution de la reconnaissance de la place et des actions des professionnels d'intervention.

Une autre pratique innovante consiste en la création des GAPP, groupes d'échanges d'analyse des pratiques professionnelles, qui est un dispositif d'écoute et d'analyse des pratiques des membres du groupe, dans un objectif de partage et de résolution de problèmes (UNCCAS, 2015). Ces groupes mis en place par l'UNCCAS depuis longtemps visent à rassembler des professionnels de même fonction au sein d'un groupe animé par un intervenant extérieur qui est garant de la méthodologie de travail suivante : un membre du groupe évoque une situation-problème dont les solutions vont être recherchées et créées collectivement. Les séances se terminent par la façon dont chacun a vécu le moment de cette séance. Ce dernier moment constitue peut-être le moment le plus intéressant à notre sens, car il dépasse la volonté de nombre de groupes de ce type tourné sur l'amélioration ou la facilitation de la pratique professionnelle au service d'un tiers. Ce moment de l'expression du vécu ouvre la porte à un retour sur soi du professionnel, ses émotions, sa réflexivité. Ces groupes devraient être organisés au regard (aussi) de la catégorie d'emploi dont nous avons vu que chacune présente des spécificités (tableau 13). Il est toutefois probable que de tels dispositifs nécessitent un accompagnement financier des collectivités afin d'être généralisés aux contextes associatifs ne relevant pas des fonds publics autorisant des rééquilibrages entre les services.

2.1.5. Propositions de prévention adaptées aux problématiques catégorielles

Les mesures spécifiques majeures devraient s'orienter sur les professionnels de catégorie A, telles que :

- Préparer les premières interventions
- Développer des outils facilitant la communication

- Organiser des temps de rencontres spécifiques entre agents (pour réduire les effets de la peur du jugement face aux qualifiés)
- Proposer des temps de rencontres (hors problématiques de travail)

Plus généralisables à l'ensemble, il est conseillé la mise en œuvre d'actions visant à reconnaître en interne les professionnels et le renforcement (ou la mise en place) de dispositifs d'analyse de la pratique réflexive pour faire face à la pénibilité morale du métier due à la dépendance. Ces différentes positions devraient être favorisantes ; sous réserve de développer chez les aides à domicile la capacité à se regarder soi-même, entendre et faire entendre leurs douleurs.

2.2. Contribuer au développement d'une capacité de self-caring

Le développement de la capacité au *self-caring* en apparaît indispensable, comme un moyen de renforcer l'*empowerment*. Bien sûr, il conviendra de conduire empiriquement cette nouvelle option, afin d'en mesurer les effets réels. Développer le pouvoir d'agir des aides à domicile n'apparaît possible que dans une acception au souci de soi, or « *les salariés ont d'autant plus de chances de sortir de l'isolement et d'échapper aux risques sur leur santé, que les choix stratégiques portant sur les cadres de leur action leur permettent d'exercer leur créativité et leur volonté d'apprendre.* » (Deruelle & Metzger, 2015, p. 79).

Si le *care* de l'Autre s'exprime dans le *care* de soi, cela devrait en augmenter les effets en termes de changement de comportement. Une part des informations données pourrait alors s'appuyer sur la prise de conscience de l'interaction des systèmes dans l'univers de la personne âgée et de l'aide à domicile lui-même, dont l'équilibre du *care* contribue également à assurer un *care* permettant le bien-vieillir en santé de la personne âgée. L'environnement écologique servirait alors de toile de fond à la justification d'engagement dans des comportements de santé. Il faudrait alors là utiliser entre autres la norme de sollicitude, les normes morales et sociales.

Donner un sens et une direction au souci de soi, à l'agir pour soi, devrait être intégré aussi dans les formations. Mettre en évidence que l'aide à domicile fait partie de l'environnement de la personne âgée, que si le soignant fait peut-être face à « pire que lui », il n'en a pas pour autant à s'oublier. Les connaissances et le management doivent lui permettre de ne pas culpabiliser ou de déculpabiliser. Au final, il s'agit de réaliser que le bien-être de l'aide à domicile, qui passe par une éducation au souci de soi, fait partie des actions du bien-vieillir de nos aînés.

2.3. Synthèse des propositions organisationnelles préventives de la santé des aides à domicile

Ces propositions passent obligatoirement par l'action des managers de proximité qui ont pouvoir de mise en œuvre. Pour cela, le management de proximité doit bénéficier d'une formation spécifique aux

problématiques des aides à domicile, en dehors de leur capacité à coordonner un service et planifier des interventions. De même, un apprentissage spécifique au *care* chez le manager renforcerait ses attitudes préventives et l'attention à ses équipes, en complément des outils pratiques qu'offre la formation en management.

2.3.1. Illustrations générales pour managers

Pour que le soignant, le *caregiver*, l'aide à domicile ne soient pas victimes d'un oubli de soi, nous identifions un rôle de l'Organisation dans l'éducation à la santé, réciproque à l'analogie de l'éducation des malades (Bon, 1994) afin qu'ils s'engagent dans leur parcours de soin, rendant ce dernier d'autant plus efficace. Cela demande entre autres de :

- **Rendre lisible les possibilités et recours accessibles en autonomie en cas de difficultés**
 - o Respecter l'autonomie du collaborateur dans ses comportements de santé au travail : il s'agit de ne pas choisir à la place du salarié mais de lui mettre à disposition des moyens de faire-face, dont il pourra s'engager sur ceux qui lui paraissent adaptés (c'est finalement le cas des consultations psychologiques accessibles sur demande : attention toutefois aux freins liés à une mauvaise communication présentant le risque d'un accès inégal à la connaissance des dispositifs, ainsi que les peurs associées au fait d'aller voir un « psy » « lorsque je ne suis pas fou »)
 - o L'aide peut être informationnelle : « j'ai des informations en rapport avec cette situation, cela pourrait t'aider, souhaites-tu les entendre ? »

- **Aider le professionnel à ne pas se sentir coupable**
 - o « tu as le droit d'avoir mal même si tu travailles auprès de publics très fragiles : tu as le droit de l'exprimer et de ressentir la douleur, qui est réelle : l'aidé a sa douleur, tu as la tienne, il ne s'agit pas de s'interroger sur laquelle est la plus forte ou prioritaire »
 - o Il faut donc reconnaître et faire reconnaître la réalité de la souffrance
 - o Il reste pourvoyeur de *care* même s'il écoute et entend sa douleur : « tu fais de ton quotidien le souci de l'autre, mais cela nécessite aussi que tu fasses attention à toi-même, car ton rôle est primordial dans l'accompagnement de l'autre »

- **Aider le professionnel à découvrir ses potentialités**
 - o Identifier les autonomies et capacités, ainsi que les besoins
 - o Aider le collaborateur à prendre conscience de ses forces, ses ressources et les stratégies possibles
 - o Il s'agit d'éduquer le collaborateur au fait qu'il est acteur de sa vie et de ce qu'il fait, et non résigné, il a donc la possibilité de prendre le pouvoir de sa vie

- **Contribuer à ce que le collaborateur se connaisse**
 - o « Tu as l'air contrarié ? journée difficile aujourd'hui je vois ? »
 - o Il s'agirait là de contribuer à dépasser les silences, en libérant un espace à la parole, à la reconnaissance du vécu, sans être intrusif, juste en laissant un réel espace ouvert que l'aide à domicile choisit d'investir en fonction de ses besoins

- **Aider le collaborateur à s'aider**
 - o Le responsabiliser : le collaborateur a des ressources et est capable de les mobiliser
 - o Le bien-être du collaborateur est tout autant l'affaire du manager que du salarié lui-même

- **Aider le professionnel à aider ses pairs**
 - o Au travers de la conduite de réunions et de séances d'analyse de la pratique, de tutorat ou encore de partages d'expériences
 - o Faire des briefings avant et des débriefings après l'intervention (si elle est redoutée ou habituellement difficile) apparaissent des options complémentaires dont l'efficacité devrait relever du ciblage ainsi opéré

- **Favoriser la demande d'aide au professionnel encadrant**
 - o Rappeler au professionnel son utilité et son rôle

Ces éléments résultent donc d'un engagement du manager dans la pratique d'un « *care-management* » dont il doit comprendre le sens. Mais en contexte, comment éduquer en santé quand la réalité est celle d'un temps si court, si pressé, si... absent ? Comment par ailleurs outrepasser le Sacré-Saint-Silence (sic) ? Est-ce réaliste de penser un mieux-être de ces agents du *care* sans moyen ? C'est peut-être là que Tronto (Tronto, 1993) et sa démocratie du *care* retrouve écho. Pour Constantinidès, « *l'urgence oblige à se concentrer sur l'essentiel, à ne plus faire qu'un avec son action. Mais il faut surmonter l'hystérie de l'homme pressé pour trouver le vrai sens de l'urgence* » (2013, p. 145). Ce qui nous laisse à penser que pour (ré)agir à propos, il s'agit de (re)positionner ce qui constitue l'essentiel dans la pratique du *care* qui considère chacun des acteurs en jeu.

2.3.2. Exemples de propositions concrètes : boîte à outils préventifs du manager

Pour favoriser la composante physique, on pourra s'appuyer sur les dispositifs de formation continue, sur le matériel, sur le travail en équipe, sur le planning, et l'indispensable parcours d'intégration lui-même lié directement à la sphère communicationnelle. Ce dernier contribue également à préserver la santé morale et psychique, qui trouve ses médiateurs dans l'accès au collectif de travail (collègues et responsables) et la communication visant à sécuriser le travail de travailleurs isolés. D'un point de vue strictement organisationnel, sécuriser la santé des collaborateurs ne peut se faire sans une politique et des processus de

recrutement adaptés. Nous développons à suivre les préconisations auxquelles nous avons abouti après ces 14 mois d'investigation de terrain. Nous l'organisons comme un guide d'actions en trois parties : la prévention du corps, la sécurisation morale et affective et le renforcement du collectif de travail (qui est un support aux deux premières dimensions). L'ensemble d'entre elles nécessite le développement du *self-caring* pour que l'efficacité ressorte de ces actions de terrain.

a) La prévention du corps

Travailler en tant qu'aide à domicile demande d'être formé à réaliser des gestes particuliers visant à faciliter les tâches d'une part, mais surtout de préserver leur corps, indispensable outil de travail. Articulations et dos nous ont été rapportés comme les plus tourmentés par le travail sur le plan physique. La fatigue est également une expression courante de ces professionnels dont le travail est physique, voire pénible.

Il apparaît ainsi nécessaire au sein d'une Organisation de :

- S'assurer que le professionnel bénéficie de matériels adéquats et ergonomiques (outils adaptés à la taille du collaborateur, lit médicalisé, drap de glisse, produits d'entretiens non nocifs, etc.), qu'il sache s'en servir et que le domicile d'intervention rende possible la prestation (salubrité, organisation des espaces...)
- Proposer régulièrement des actions de formation continue visant à informer ou rappeler au personnel les gestes et postures adéquats à réaliser en fonction des situations de travail
- S'assurer que le professionnel ait l'occasion de mettre en pratique les gestes ainsi appris dans un délai raisonnable
- S'appuyer des pairs formés à ces pratiques pour faciliter l'apprentissage vicariant des nouveaux arrivants ou des personnels pas encore formés
- Favoriser le travail en binôme pour les interventions demandant la manutention de personnes lourdes ou sensibles à manipuler du fait de leur état de santé
- Informer tout collaborateur des tâches qu'il peut/doit ou non réaliser, afin que le salarié puisse prendre soin de sa santé physique en connaissance du cadre d'exercice de la structure
- Agir sur l'organisation (temporelle) du travail
 - o Réaliser des plannings d'intervention permettant le repos du salarié ainsi que la conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle (familiale), en le communiquant sous quinzaine et établir des plannings d'astreinte du week-end au moins au trimestre
 - o Se tenir (par habitude) au planning communiqué et ne pas effectuer de modifications tardives et répétées afin de sécuriser l'emploi du temps du salarié
 - o Mettre en place un jour hebdomadaire (ou au moins 2 demi-journées) fixe de repos pour permettre une projection régulière au repos dans le temps (hors dimanche)

- Organiser le travail du salarié par secteur pour lui éviter des kilomètres alors que les temps de trajets rallongent les journées, et éviter les « creux » qui augmentent l'amplitude horaire
- Répartir les contraintes d'interventions courtes sur une équipe de secteur
- Alternier les types d'intervention (entretien, accompagnement) afin de permettre au salarié de reposer son corps et son esprit.

Une autre option, permettant une latitude organisationnelle face aux imprévus peut se matérialiser par un recrutement supplémentaire¹⁴⁰ laissant une souplesse dans le planning des personnels au travail pour pallier à ces situations et éviter l'effet domino. Les actions préventives de la santé physique s'appuie donc essentiellement sur la communication organisationnelle et l'organisation du temps de travail. Certaines préconisations, notamment celles liées à l'organisation de travail, peuvent apparaître complexes à mettre en place du fait des exigences du service. Cela ne doit pour autant pas empêcher les tentatives d'amélioration en ce sens. Par ailleurs, la mise en œuvre des actions visant à créer les équipes et régulariser les concertations professionnelles sont attendues comme ayant un effet favorable sur l'absentéisme et le turn-over.

b) La sécurisation morale et affective

Par ailleurs, du point de vue moral, qui affecte le collaborateur qui s'épuise, plusieurs éléments sont apparus comme nuisant à la sérénité du professionnel, à sa santé, son accomplissement comme à son investissement. Nous synthétisons ces facteurs à suivre.

- la gestion des inquiétudes des personnes aidées au retour d'une hospitalisation
- la méconnaissance du comportement à tenir en cas de violences par les personnes malades
- la dégradation de l'état de santé d'une personne ou son décès
- le manque d'informations préalables transmises à l'occasion de la première intervention
- les plannings aléatoires et changeants empêchant un épanouissement hors travail et le repos
- les plannings de travail à fortes amplitudes mobilisant le salarié toute une journée pour parfois peu d'heures (ex : 5h placées sur du 8h-20h)
- la frustration liée aux temps de trajets non rémunérés si les interventions sont nombreuses dans une journée
- la pression du temps lors d'intervention de courtes durées
- la méconnaissance du cadre d'intervention
- la peur de maltraiter ou de ne pas faire le travail « comme il faut »
- la méconnaissance de l'équipe de travail
- la pression de la part des familles des personnes aidées

¹⁴⁰ Un salarié qui remplace le salarié absent s'épuise et finit par s'arrêter à son tour. L'absentéisme important coûte plus cher qu'un salarié supplémentaire visant à pallier des absences qui de toute façon sont régulières. Par ailleurs, il faudra faire attention, dans le cas d'un salarié embauché durablement mais spécifiquement pour intervenir sur des remplacements, à s'assurer lors du recrutement de sa capacité à s'adapter sans cesse et envisager un dispositif d'accompagnement spécifique et rapproché de ce salarié « volant », comme par des rencontres hebdomadaires.

- l'isolement et le manque de rencontres avec les collègues lorsque le professionnel rencontre des difficultés chez une personne aidée
- les injonctions paradoxales de la part du bénéficiaire, de sa famille et/ou de la hiérarchie
- le manque d'assertivité face aux familles des personnes aidées
- le sentiment de ne pas être reconnu en interne et en externe

Pour réduire ces effets, les propositions suivantes peuvent constituer des leviers efficaces :

- proposer une politique de formation continue portant sur des modules tels que la connaissance du public âgé, dépendant, vulnérable ainsi que sur les maladies qui touchent les bénéficiaires accompagnés, pour favoriser la compréhension des situations par le professionnel
- solliciter auprès des salariés les aménagements horaires qu'ils souhaiteraient dans l'absolu
- organiser au possible les plannings des salariés pour condenser leurs interventions sur un même secteur et dans un créneau horaire défini (ex : 8h-13h ou 14h-20h, etc.)
- libérer des plages fixes hebdomadaires sur lesquelles ne sont pas positionnées d'intervention
- ne pas solliciter le professionnel lors de ses repos (sauf autorisation expresse du salarié) et s'en tenir aux plannings communiqués
- éviter de multiplier les interventions courtes pour un même salarié dans une même journée
- autoriser (et communiquer) une souplesse concernant l'heure d'arrivée chez un bénéficiaire pour réduire le stress et les comportements à risque au volant (excès de vitesse)
- identifier les rôles, missions, droits et devoirs de chacun des membres du personnel
- développer le rôle du management de proximité concernant la médiation des conflits bénéficiaires/famille – aide à domicile
- fournir l'ensemble des informations identifiées nécessaires/indispensables à la première intervention au salarié
- présenter et s'assurer de la compréhension par le bénéficiaire (et sa famille) du contrat de prestation (cadre d'exercice de l'aide à domicile)
- effectuer une présentation de l'aide à domicile à la personne aidée, avant sa première intervention, et ceci en présence du manager de proximité pour rappeler le contenu du contrat de prestation (très important pour les aides à domicile non qualifiés)
- présenter les nouveaux arrivants à l'équipe dès leur intégration : si les réunions ne sont pas corrélées à l'arrivée du nouveau collaborateur, il faut envisager une communication écrite en interne
- mettre en place des réunions de travail régulières, notamment en groupes restreints (4 à 5 salariés maximum) pour aborder les problématiques liées aux interventions : au minimum 1h par mois.
- proposer des séances d'analyse de la pratique en présence d'un animateur formé à cette démarche de manière régulière
- présenter la procédure d'activation permettant l'accès au psychosociologue dans le cas de difficultés liées au travail (si le dispositif est existant)
- valoriser socialement les salariés dans leur travail : féliciter et encourager
- identifier un pair référent joignable en cas de difficulté
- présenter à l'ensemble du personnel une procédure claire et formalisée à suivre dans le cas d'une situation d'urgence chez un bénéficiaire (qu'est-ce qu'une situation d'urgence ? quelles sont les différentes situations que je peux rencontrer ? qui je sollicite ? comment ? quand ?)
- rappeler ce que la discrétion dans le métier implique, en comparaison au secret professionnel, ceci afin de favoriser la parole, que le « Sacré Saint Silence » empêche.

c) La création et le renforcement des équipes de travail

Nous avons vu qu'il est nécessaire en premier lieu, dans le contexte particulier du maintien à domicile, de rendre visible le collectif de travail et de formaliser des équipes de travail pour répondre aux carences en soutien social, communicationnelles et relationnelles en général.

Il est alors conseillé d'identifier le collectif de travail et clarifier le rôle et des critères de présentation des membres (identité, coordonnées, formation et jours de repos). Il s'agit également de formaliser et mettre en oeuvre un parcours d'intégration des nouveaux aides à domicile, par la mise en place d'un dispositif de parrainage (création d'un binôme entre un novice et un expert) et au moyen de la communication interne (ex : fiches synthétiques affichée avec noms et prénoms, photographie, type et durée du contrat, expérience passée, formation, secteur d'intervention, etc.). La communication écrite et orale des informations au nouvel arrivant apparaît fondamentale ainsi que la transmission de trombinoscope des collègues intervenant dans le même secteur. Pour faciliter la lecture du cadre de travail et l'homogénéisation des pratiques (pour sécuriser ce cadre), un rappel de ce dernier est nécessaire ainsi que l'information portant sur les dispositifs activables en cas de problèmes.

Coté managérial, il est important de mettre en place des suivis par le manager de proximité, au travers de points formels (même si courts) mais réguliers (ex : entretien de prise de poste, de mi et de fin de période d'essai). Par ailleurs, pour créer et faire vivre ce collectif, la mise en place de réunions de travail régulières (et suffisantes) est nécessaire pour renforcer les liens entre les membres. Les objectifs et modalités (durée, participants, etc.) de ces réunions doivent cependant être clarifiées pour favoriser l'engagement des collaborateurs. Cela peut également être soutenu par la création d'une émulation autour de projets et raisons d'être de l'entité pour créer le groupe à partir de valeurs communes. Cela participera à renforcer l'esprit d'équipe et la culture associative, institutionnelle ou d'entreprise. Concrètement cela peut se matérialiser par le développement du travail d'équipe en faisant travailler ponctuellement des volontaires sur des sujets en lien avec leur pratique. Par exemple, autour de sujets comme : « la santé au travail, que faire ? », « que faire pour être bientraitant ? », « que faire face à l'agressivité d'un bénéficiaire ? », etc. Le collaborateur peut proposer des solutions, le principal est ici de favoriser les réflexions et les échanges sur des questions complexes et ainsi de renforcer les liens face aux difficultés du quotidien professionnel, de même que prouver au collaborateur qu'il est en capacité de faire-face.

Enfin, dans une dimension sociale plus large, nous avons vu que les collaborateurs souhaitent se rencontrer, et ce à la fois de manière formelle et informelle, pour le travail ou pour partager des moments de convivialité. Les organisations peuvent alors favoriser les opportunités de telles rencontres, par exemple par la proposition d'activités extra-professionnelles ou encore la mise en commun d'espace commun de restauration (en particulier sur la pause méridienne, alors que certains aides à domicile déjeunent dans leur voiture par manque de temps pour rentrer chez eux).

3. Conclusion du chapitre 7

L'exercice du *care* entretient un rapport ambivalent sur la santé des aides à domicile et le bien-vieillir des personnes âgées.

Les comportements et les compétences relevant de la pratique du *care* sont à la fois l'essence de l'accompagnement du bien vieillir et un frein à la prévention de la santé des aides à domicile. Ainsi, valorisant leurs missions relevant du « *care-valeur* », autrement dit l'accompagnement de l'Autre vulnérable qui donne sens au travail, ces professionnels émettent des comportements d'acceptation de la souffrance et le refus ou l'oubli de la prévention de soi en le rationalisant par ce qui relève du devoir du travailleur social. Si l'aide à domicile a conscience que son travail est pénible et qu'il lui faudrait engager des comportements préventifs, ces derniers sont peu mis en œuvre malgré l'accès à la connaissance via des formations spécifiques (ex : gestes et postures). Le temps, le besoin d'être là pour l'autre réduit l'investissement des pratiques préventives dont la santé est surtout l'affaire du faible que l'on accompagne et qui justifie que l'on ne s'écoute pas, et qu'on ne se soucie pas de soi. Par ailleurs, les comportements et stratégies mises en place et qui contraignent cette prévention correspondent dans le même temps à une pratique du « *care-valeur* », participant à l'accompagnement des personnes âgées.

Il s'agit donc de mettre en œuvre des dispositifs de prévention qui permettent de maintenir la qualité du *care* apporté, tout en développant une capacité de *self-care* chez l'aide à domicile, dont un apprentissage est nécessaire pour qu'il s'autorise à se regarder et participer à sa préservation. Cela doit faire l'objet d'actions effectives (cf. exemples de pratiques organisationnelles et opérationnelles proposées en fin de chapitre) soutenues par les organisations qui doivent également s'attacher à développer le réseau social professionnel de leurs collaborateurs, et notamment les agents à domicile. Constituer des équipes et des liens nous apparaissent donc un préalable nécessaire aux autres actions visant l'amélioration des conditions de travail et la mise en place d'actions préventives favorisant la prévention et la promotion de la santé au travail des aides à domicile. Le soutien social ainsi récréé pourra alors aussi participer à la reconnaissance de soi et des pairs, au moins en interne. La reconnaissance, et donc le projecteur de la réalisation, constitue un facteur du développement et du bien-être personnels. Ainsi, agir sur les déterminants intrinsèques de la motivation aurait un lien favorable vers la santé, par exemple par un développement des ressources. Pour Egido (2009b), si les stimulants économiques sont importants pour le salarié, ces motivations intrinsèques restent essentielles, comme le besoin d'accomplissement et l'autosatisfaction qui pourraient être des leviers motivationnels efficaces sur lesquels travailler d'un point de vue managérial.

Conclusion générale

L'état des lieux des orientations et pratiques de l'action sociale auprès des personnes âgées, dont l'objectif vise le vieillissement en santé de ces derniers, indique que les besoins associés au vieillissement de la population et l'accroissement de la dépendance justifient de s'intéresser aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées, et plus particulièrement à leur domicile, consécutif d'une augmentation des besoins résultant d'un manque de places en établissement et lié au souhait des aînés de vieillir chez eux. C'est d'autant plus vrai dans les territoires dont le vieillissement constitue une problématique majeure par l'intensité du phénomène, comme c'est le cas dans la région Bretagne et particulièrement en Côtes d'Armor. Toutefois, la tendance et les besoins restent généraux et les résultats de nos travaux trouvent écho dans un contexte élargi au moins à niveau national.

Nous avons mis en évidence, en nous appuyant sur les approches écologiques modélisant les moyens de prévention et la promotion de la santé des personnes âgées, que les aides à domicile sont des acteurs déterminants du « bien-vieillir » de nos aînés. Toutefois, la proximité qui existe entre eux et les professionnels dans la relation présentait le risque pour ces derniers de travailler eux-mêmes en souffrance, au contact de la dépendance et de la fin de vie, alors que les résultats des enquêtes épidémiologiques sur ces métiers les présentaient déjà comme un profil vulnérable du fait de la précarité de leurs emplois, de la difficulté d'exercer un métier de la relation et ce dans un relatif isolement professionnel dû à la configuration d'un travail qui s'exécute – quasiment toujours seul – au domicile des personnes aidées. De même, les nouveaux fonctionnements des structures sociales, qui ne peuvent se soustraire de l'obligation de gestion des coûts et du cadre des certifications Qualité, présenteraient le risque de constituer des sources de souffrance supplémentaires pour les aides à domicile qui en deviendraient soumis à une pression du rendement et de la qualité de la prestation d'aide. Ces considérations, caractérisant davantage les modalités d'emploi du service prestataire, peuvent expliquer en partie le fait que la pénibilité perçue au travail soit plus importante chez les aides à domicile exerçant dans les structures plutôt que via une relation contractuelle mandataire ou d'emploi direct, comme cela a résulté des enquêtes de la DREES en 2008 sur ces populations d'actifs.

Par ailleurs, l'étude des fonctions de l'aide à domicile a conduit à distinguer les différents métiers d'agent à domicile, employé à domicile et auxiliaire de vie, au sein de la profession générique. En effet, se distinguant entre autres par le degré d'autonomie et de contrôle, ainsi que par la qualification obtenue, les missions attribuées et les populations accompagnées, les liens entre l'environnement de travail et la santé en sont modifiés. Ainsi, nous émettions rapidement l'hypothèse que les résultats obtenus des études réalisées auprès des aides à domicile appelaient à être nuancés d'une probable spécificité et que les effets du travail sur la santé ne s'expliqueraient pas de la même façon en fonction de la catégorie d'emploi occupée. Une source complémentaire de souffrance au travail, en dehors des apports déjà riches des modèles de la santé au travail, relevait par ailleurs selon nous de la nature-même du secteur et des

missions de l'action sociale. En effet, les métiers de l'accompagnement et le secteur de l'aide sociale reposent sur des valeurs fortes liées à la morale et la justice (Tronto, 1993; Bouquet, 2003).

D'après les modèles transactionnels (Lazarus & Folkman, 1984; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996) et avec eux les théories de changement d'attitudes (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1991), la santé et les comportements associés sont influencés par les croyances, les valeurs et les caractéristiques de l'environnement de l'individu (Godin, 2002). Nous avons alors posé l'hypothèse que l'attention portée aux autres dans la relation et la pratique du *care* présente le risque de réduire la prévention et le souci de soi, au bénéfice d'un Autre vulnérable, qui serait perçu comme plus faible que soi, et entraînerait ainsi que le pourvoyeur de *care* s'efface lui-même pour assurer sa mission de prendre soin, à l'image de la « *norme de sollicitude* » mise en évidence par Avril (2008) et à laquelle adhèrent certains aides à domicile.

Afin de vérifier ces hypothèses, elles-mêmes nées d'une prise de connaissance préalable avec le terrain (notamment auprès des dirigeants des services et managers de proximité des aides à domicile), nous avons rencontré quelques 130 professionnels du secteur, encadrants, agents à domicile, employés à domicile, auxiliaires de vie, aides-soignants afin de nous immerger dans la réalité du quotidien des professionnels des services à domicile en mode prestataire. Ces rencontres ont constitué pour quelques unes des échanges informels, et pour la majorité, formels, qui ont conduit à une quarantaine d'entretiens, dont 32 avec des aides à domicile, et qui constituent le socle des analyses reportées dans le présent travail. Ce recueil qualitatif s'est complété de 96 questionnaires complémentaires qui ont également été proposés à des aides à domicile. L'analyse de contenu thématique des entretiens, complétée de traitements complémentaires par des outils numériques, ainsi que les apports de certains items du questionnaire ont conduit à la validation en nuance des différentes hypothèses que nous avons élaborées.

Ainsi, il est significativement confirmé que les contraintes temporelles et relationnelles au travail sont liées à la souffrance au travail, physique et psychique chez ces actifs. La conciliation des sphères de vie professionnelles et privées est contrariée des conséquences d'un planning changeant, souvent dense et dont les amplitudes des journées sont élevées. Les relations à la dépendance, la personne âgée et plus encore à l'environnement des personnes aidées sont également sources de stress, du fait du poids des problématiques de fin de vie, des effets comportementaux par lesquels s'exprime la maladie, ainsi que de l'exigence des familles des personnes âgées auprès desquelles les aides à domicile sont souvent perturbés de ne se sentir en capacité d'assurer un « *bon* » *care* à la personne, entre les différentes injonctions institutionnelles et environnementales. De plus, comme à l'attendu, le sens à donner à la souffrance et les effets du travail sur la santé ne sont pas perçus et verbalisés de la même façon suivant la catégorie d'emploi occupée. Ainsi, pour les tendances les plus nettes, les agents souffrent mais se taisent par peur, et les employés sont mécontents d'un manque de reconnaissance et d'une perte du sens du travail notamment lorsque le travail effectué ne s'opère pas auprès d'une personne perçue dans le besoin, dans le cadre de ce que nous appelons le « *care-valeur* ». Enfin, les auxiliaires de vie sont fatigués moralement d'un travail intense auprès de personnes dépendantes, alors qu'ils perçoivent des exigences plus importantes les concernant du fait de leur diplôme d'état dont ils témoignent que cela entraîne qu'on attend davantage

d'eux. Par ailleurs, le rapport à la santé est apparu distancié chez l'ensemble des aides à domicile, et les perspectives d'amélioration peu réalistes et réalisables dans le secteur. De même, les pratiques des comportements préventifs sont connues et jugées nécessaires mais au final rarement mises en œuvre, faute de temps suffisant pour le *care*.

Ainsi, si les gestes et les postures appropriés sont connus, on en vient à les oublier faute de pratique des transferts, faute de remise à niveau ou du fait qu'ils soient perçus comme demandant plus de temps, voire seraient non adaptés à la pratique du *care* de l'Autre. De même, l'exercice du *care* auprès de celui qui en a le besoin (contrairement à celui qui « *paye* ») caractérise des compétences humaines dont l'empathie et le souci de l'Autre justifient que les aides à domicile acceptent la violence verbale des personnes aidées dépendantes, taisent leur souffrance, et s'adaptent à des plannings qui contraignent la vie sociale, familiale et même la prise de rendez-vous médicaux. De plus, la prise de risque au volant est conséquente de la peur du retard qui pourrait être non apprécié du bénéficiaire. Enfin, la tendance est généralisée à l'oubli de soi et au recours à des stratégies d'ajustement évitantes face aux situations vécues que l'on souhaite « *oublier* » en passant « *à autre chose* » et en s'évadant physiquement ou mentalement. Le recours à ces stratégies apparaît préjudiciable à la santé des aides à domicile qui mettent à distance la prévention de soi, alors que les autres stratégies sont généralement pauvres, à l'image des ressources insuffisantes en réseau social. En effet, le soutien social apparaît faible malgré la structuration organisationnelle du service à domicile en mode prestataire. Le supérieur hiérarchique est accessible mais à distance (par téléphone, ou trois à quatre fois par an en réunion), et le pair, ce collègue avec qui les aides à domicile se sentiraient le droit de partager le secret des *care* (à défaut de pouvoir le faire en famille ou avec des amis du fait de l'injonction (perçue) au Silence), n'est que peu accessible, voire inconnu. Au final, les auxiliaires de vie sont les mieux lotis en termes de capacités de stratégies d'ajustement. Grâce aux spécificités de leur mission dont l'exercice appelle à la coordination, les AVS bénéficient de plus d'échanges avec les collègues et la hiérarchie. De même, leur accompagnement s'appuie sur des pratiques réflexives qui les conduisent à prendre de la distance avec les événements en vue d'adapter leurs interventions. La souffrance morale est donc exprimée de manière plus importante chez les AVS du fait des publics accompagnés, mais ils bénéficient parallèlement malgré cela de davantage de ressources et de reconnaissance de la réalité difficile du quotidien professionnel.

Le vécu des aides à domicile est donc spécifique de leurs fonctions, eux-mêmes conditionnés par leur qualification, leurs missions, ainsi que du fait de ressources et de stratégies d'ajustement distinctes. En cela, les pratiques managériales doivent prendre en considération ces dernières pour orienter l'accompagnement des professionnels. C'est à cette fin que différentes propositions concrètes d'améliorations ont été réalisées, à destination des managers des structures prestataires. Ces dernières visent pour la plupart à créer un collectif, préalable indispensable à l'accès au soutien social (qui pourra être développé en second temps, par des conseils informels, la mise en place de séances d'analyse de la pratique, de partage, de parrainage, etc.). De même, des pistes sont proposées pour améliorer les conditions de travail des aides à domicile, dont les actions sur le planning demanderont toutefois encore

une fois au préalable de restaurer un collectif dans les structures, afin de minimiser les risques d'absentéisme suite à l'épuisement professionnel, et les « effets-domino » engendrés.

Enfin, s'il est confirmé que la pratique du *care* – par l'oubli de soi et le stress causés par l'action menée auprès de la personne fragile et vulnérable, ou bien par une baisse d'estime de soi conséquence de la non reconnaissance de leurs compétences lorsqu'ils exercent auprès des bénéficiaires de prestations de confort – est dommageable pour la santé des aides à domicile et l'engagement dans des pratiques préventives, il est également apparu que ces stratégies d'ajustement servaient dans le même temps la pratique de *care*, dont les effets positifs sur le sentiment d'utilité participent à valoriser l'aide à domicile dans son métier et sa pratique.

C'est pourquoi, après avoir discuté l'ambivalence des effets du *care* sur la santé des pourvoyeurs (entre réalisation de soi et oubli de soi), nous avons proposé un nouveau modèle sur lequel pourrait reposer l'élaboration des dispositifs de prévention auprès des professionnels du *care*. Ce modèle intègre une nouvelle variable que constitue le « *self-care* », cette capacité – dont l'apprentissage sera nécessaire – à se regarder soi et accepter son droit à être soi-même récipiendaire du *care*, en accord avec le discours de Tronto (2009b) qui milite pour une démocratie du *care*. Cette dimension complémentaire à un modèle qui se veut fortement inspiré des modèles transactionnels et du changement de comportement s'intègre donc comme un élément déterminant de l'engagement dans des stratégies d'ajustement adaptées à la prévention et la promotion de la santé (spécifiquement dans les métiers du *care*) – et qui modèrerait finalement les effets de la norme de sollicitude mise en évidence par Avril (2008).

Cette capacité de « *self-care* » en devient un déterminant de la propension au comportement de santé et donc, nécessaire à la prévention de soi, dont la présente étude a mis en évidence que cette dernière était contrainte des effets des valeurs et de l'éthique associés au *care*. Ce modèle ainsi redessiné pour s'adapter au secteur spécifique de l'action sociale, et notamment des pourvoyeurs « *subalternes* » du *care*, nécessitera toutefois une application empirique, et donc la poursuite de nos travaux, afin de mesurer les effets de s'attacher à l'apprentissage de cette nouvelle compétence dans le métier, mais qui devra passer par l'acceptation que le bien-être n'est pas qu'affaire de vulnérabilité, mais de justice et d'égalité. A partir du concept d'auto-soins de Mailhot & Al (2013), ainsi que l'approche de Bon (1994), nous avons esquissé des indicateurs pouvant participer à la vérification du modèle, en transposant sur un niveau managérial des concepts de prévention de la maladie, à la prévention de la santé au travail.

Aujourd'hui, les discours évoluent autour d'une qualité de vie des personnes âgées qui serait améliorée de l'essor du technique – dont Amyot, dès 2008 questionnait la réflexion éthique des équipements intelligents tels que les piluliers automatiques, le bracelet pour « Alzheimer égaré », le détecteur de mouvement, etc... – mais présentent un risque d'aller vers une déshumanisation de l'accompagnement gérontologique.

Les aides à domicile, dans leur pratique du *care*, ses silences, ses « petits rien » qui font le tout de la relation, constituent justement ce que recherchent conjointement le professionnel et la personne âgée elle-même, ce souhait de vivre en relation, dans un collectif, dans une humanité où le temps de la parole, de

l'échange, du partage, du regard, (du retard ?) constitue l'élément central des « bien-vieillir » de tous. Ainsi, ce choix de décentrer une approche du bien-vieillir, en donnant la parole aux différents acteurs intervenant auprès des personnes âgées, participe, par la volonté d'améliorer la qualité de vie des pourvoyeurs, à assurer le maintien et le développement d'un accompagnement adapté des aînés.

Agir pour le bien-vieillir et pour l'aide à domicile, c'est (pour les organisations, les institutions et les politiques sociales) leur donner les moyens de passer du Kronos à « Kairos », c'est-à-dire passer du temps qui dévore au temps juste¹⁴¹, au temps opportun ... du *care*, dont la proxémie phonique clôture tel un clin d'œil la présente conclusion.

¹⁴¹ Eléments de mythologie rapportés par de Hennezel (de Hennezel & de Montigny, 1990), référencé dans « Accompagner les personnes en fin de vie » (Bon, 1994, p. 247)

Bibliographie

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decisions processes*, 50, pp. 179-211.
- Aldeghi, I., & Loones, A. (2010). Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées : Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable. *Cahier de Recherche*(277), p. 82.
- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), pp. 243-260.
- Algava, E., Coutreau, T., & Sandret, N. (2013). Les salariés déclarant avoir interrompu ou refusé une tâche pour préserver leur santé ou leur sécurité : les enseignements de l'enquête Sumer. *Dares Analyses*, p. 12.
- Althaus, V., Kop, J.-L., & Grosjean, V. (2013). Critical review of theoretical models linking work environment, stress and health: towards a meta-model. *Le travail humain*, 76, pp. 81-103.
- Amira, S. (2014). Les risques professionnels par métiers : enquête Sumer 2010. *Synthèse stat'*(5), p. 221.
- Amyot, J.-J. (2008). *Travailler auprès des personnes âgées* (éd. 3ème). Paris: Dunod.
- Angeloff, T. (2000). *Le temps partiel : un marché de dupes ?* Paris: Syros.
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2007). *La dynamique des groupes restreints*. Paris: PUF.
- Arnaudo, B., Léonard, M., Sandret, N., Cavet, M., Coutrot, T., Rivalin, R., & Thierus, L. (2013, février). Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. (DARES, Éd.) *Dares analyses*(10).
- ARS. (2014). *Projet Régional de Santé 2012-2016 : IV - Schéma Régional de l'Organisation médico-sociale (SROMS)*. (version révisée - février 2014). Bretagne.
- Asch, S. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. Dans H. Guetzkow, *Groups, leadership and men*. Pittsburgh: Carnegie Press.
- Assouline, M., & Morou, F. (2010). *Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles des services à la personne*. La Plaine Saint Denis: AFNOR Editions.
- Aubert, N., & Pagès, M. (1989). *Le stress professionnel*. Paris: Klincksieck.
- Avril, C. (2007). Thèse EHESS. *S'appropriation son travail au bas du salariat. Les aides à domicile pour personnes âgées*. Paris.
- Avril, C. (2008). Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude. *Retraite et société*(53), pp. 49-65.
- Badoux-Levy, A., Robin, M., Lavarde, A.-M., & Grygielski, V. (2004). Facteurs psychosociaux prédictifs du sentiment de solitude: approche cognitivo-comportementale. *L'encéphale*, 30(1), pp. 16-23.
- Baker, E., Israel, B., & Schurman, S. (1996). Role of control and support in occupational stress : an integrated model. *Social science of medicine*, 43, pp. 1145-1159.
- Bakker, A., & Derks, D. (2010). Positive Occupational Health Psychology. Dans S. Leka, & J. Houdmont, *Occupational health psychology: a key text* (pp. 194-224). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bance, P. (1978). Recherche sur les concepts juridiques en matière de conditions de travail. *RFAS*, 1, pp. 121-179.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barling, J., & Griffiths, A. (2010). A History of Occupational Health Psychology. Dans J. C. Quick, & L. E. Tetrick, *Handbook of Occupational Health Psychology* (éd. 2ème, pp. 21-34). Washington, DC: APA Books.
- Bart, D., & Fournet, M. (2010). Le projet professionnel et personnel des étudiants, assise de leur professionnalisation ? *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 1(26), pp. 1-18. Récupéré sur <http://ripes.revues.org/314>
- Barthélémy, L., Bodard, J., & Feroldi, J. (2014). *Actions collectives "Bien vieillir" : repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Guide d'aide à l'action*. Saint Denis: Inpes, coll. Santé en action.
- Beck, F., Guilbert, P., & Gautier, A. (2007). *Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé*. INPES.
- Bellamy, V., & Beaumel, C. (2015). Bilan démographique 2014 : des décès moins nombreux. *Insee Première*(1532), p. 4. Consulté le 03 22, 2015
- Berne, E. (1984). *Des jeux et des hommes*. Stock.
- Bertrand, F., Larue, M., Monzanga, G., & Negre, J. (2013). *Etude sur les enjeux emploi-formation de la deuxième partie de carrière et étude sur les enjeux en matière de pénibilité et de risques professionnels*. Rapport d'étude pour la branche de l'aide, l'accompagnement, des soins et des services à domicile, Amnyos Groupe.
- Bertrand, P. (2012). *Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016*. Agence Régionale de Santé Bretagne, Rennes.
- Biron, C., Ivers, H., Brun, J.-P., & Cooper, C. L. (2006). Risk assessment of occupational stress: Extensions of the Clarke and Cooper approach. *Health, Risk & Society*, 8(4), pp. 417-429.
- Blache, G., Buchner, D., & Duchon, P. (2015). Enquête "besoins en main d'oeuvre" : les employeurs entendent une amélioration de leurs perspectives d'embauche pour 2015 et de moindres difficultés à recruter. *Eclairages et Synthèse*(11), pp. 1-12.
- Blanpain, N., & Chardon, O. (2010). Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgée de plus de 60 ans. *Insee Première*(1320), p. 4. Consulté le 03 22, 2015
- Bon, M. (1994). *Accompagner les personnes en fin de vie*. Paris: L'Harmattan.
- Bonamy, B. (1997). *Les Défis de la travailleuse familiale : entre travail social et services de proximité*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Borritz M., B. M., Bültmann, U., Rugulies, R., Christensen, K. B., Villadsen, E., & Kristensen, T. S. (2005, Octobre). Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA Study . *Journal of occupational and environmental medicine*, 47(10), pp. 1015-1025.
- Boucher, M., & Belqasmi, M. (2004). les professionnels sociaux à l'épreuve de la vulnérabilité sociale : les métiers du travail social ou comment affronter la souffrance. *VEI enjeux*(137), pp. 86-94.
- Bougers, P., De Winter, C., Kompier, M., & Hilderbrandt. (1993). Psychosocial factors at work and musculo skeletal disease. *Scand. J. Work Environment Health*(19), pp. 297-312.

- Bouquet, B. (2003). *Ethique et travail social, une recherche du sens* (éd. 2012). Paris: Dunod.
- Boutang, P. (1973). *Ontologie du secret*. Paris: PUF.
- Boutinet, J.-P. (2007). L'accompagnement dans tous ses états. Dans J.-P. Boutinet, N. Denoyel, G. Pineau, & J.-Y. Robin, *Penser l'accompagnement adulte : ruptures, transitions, rebonds* (pp. 5-16). Paris: PUF.
- Boutinet, J.-P. (2007). Vulnérabilité adulte et accompagnement de projet : un espace paradoxal à aménager. Dans J.-P. Boutinet, N. Denoyel, G. Pineau, & J.-Y. Robin, *Penser l'accompagnement adulte : ruptures, transitions, rebonds* (pp. 27-49). Paris: PUF.
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte, la perte, tristesse et dépression*. (D. E. Weil, Trad.) Paris: PUF.
- Brière, J., Fouquet, N., Ha, C., Imbernon, E., Plaine, J., Rivière, S., . . . Valenty, M. (2015). *Des indicateurs en santé travail. Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur en France*. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. Récupéré sur <http://www.invs.sante.fr>
- Bronfenbrenner, U. (1976). The experimental ecology of education. *Teach*, 78(2), pp. 157-204.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development : experiments by nature et design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development. *International Encyclopedia of Education*, 3, pp. 37-43.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Le modèle "Processus-Personne-Contexte-Temps" dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications. Dans R. Tessier, & G. M. Tarabulsky, *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant* (pp. 8-59). Sainte-Foy: l'Université du Québec.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- Bryant, L. L., Corbet, K. K., & Kutner, J. S. (2001). In their own words: a model of healthy aging. *Social science and medicine*, 57(7), pp. 927-941.
- Cancian, F. M., & Olicker, S. J. (2000). *Caring and gender*. Thousand Oaks: Pine forge press.
- Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D., & Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec.
- Caroly, S., Simonet, P., & Vézina, N. (2015). Marge de manœuvre et pouvoir d'agir dans la prévention des TMS et des RPS. *Le travail humain*, 78, pp. 1-8.
- Causse, L., Fournier, C., & Labruyère, C. (1998). *Les aides à domicile : des emplois en plein remue-ménage*. Paris: Syros.
- Chauvier, E. (2014). *Les mots sans les choses*. Allia.
- Cherkaoui, W., Montargot, N., & Yanat, Z. (2012). Changement organisationnel et déterminants du stress : Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc. *Question(s) de management(0)*, pp. 41-55. doi:10.3917/qdm.121.0041.

- Childs, J. H., & Stoeber, J. (2012). Do you want me to be perfect ? Two longitudinal studies on socially prescribed perfectionism, stress and burnout in the workplace. *Work and stress*, 26(4), pp. 347-364.
- Chou, R. J.-A., & Robert, S. A. (2008). Workplace support, Role overload, and job satisfaction of direct care workers in assisted living. *Journal of health and social behavior*, 49(2), pp. 208-222.
- Clappier, P. (2011). *Diagnostic santé-travail pour la région Bretagne*. Rennes: Organisme Régional de Santé Bretagne.
- Clarke, S. G., & Cooper, C. L. (2004). *Managing the Risk of Workplace Stress: Health and Safety Hazards*. London/New York: Routledge.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF.
- Clot, Y., & Simonet, P. (2015). Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. *Le travail humain*, 78, pp. 31-52. doi:10.3917/th.781.0031
- CNAMTS. (2008). « *Les risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile – chiffres clés en 2006* ». *Mission nationale de prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile de la Cnamts*.
- Cocandeau-Bellanger, L. (2011). *Travail des femmes : comment concilier vie professionnelle et vie familiale ?* Paris: Armand Collin.
- Cohen, S., Kamarck, & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, pp. 385-396.
- Cohen-Léon, S. (2008). Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(50), pp. 141-148.
- Constantinidès, Y. (2013). *Le nouveau culte du corps. Dans les pas de Nietzsche*. François Bourin Editeur.
- Coon, D. (1994). Health, stress, and coping. Dans D. Coon, *Essentials of psychology : Exploration and Application* (éd. 6th, pp. 414-447). St Paul, Minneapolis, USA: West Publishing Company.
- Corriveau, L., Boyer, M., & Fernandez, N. (2010). La collaboration intergroupe dans une école secondaire : un espace meso à s'approprier. *Travail et formation en éducation*, 7, pp. 2-13.
- Coulange, J.-P. (2004). Sondage : priorité aux conditions de travail. *Liaisons Sociales Magazine*(52), pp. 26-29.
- Coutarel, F., Caroly, S., Vézina, N., & Daniellou, F. (2015). Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir : des concepts à l'intervention ergonomique. *Le travail Humain*, 78, pp. 9-29. doi:10.3917/th.781.0009
- Cox, T. (1987). Stress, coping and problem solving. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 1, pp. 5-14. doi: 10.1080/02678378708258476
- Cox, T., & Griffiths, A. (1995). The nature and measurement of work stress theory and practice . Dans J. R. Wilson, & E. N. Corlett, *Evaluation of human work: a practical ergonomics methodology*. London: Taylor and Francis.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on Work-related stress*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.

- Crawford, E. R., Lepine, J. A., & Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of applied psychology, 95*(5), pp. 834-848. doi:10.1037/a0019364
- Cuny, X., & Weill-Fassina, A. (2012). Histoire des approches de la santé et de la sécurité au travail au 41, rue Gay-Lussac, Paris. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (en ligne), 14*(1).
- Cutrona, C. (1990). Stress and social support in search of optimal matching. *Journal of social and clinical psychology, 9*(1), pp. 3-14.
- Damamme, A., & Paperman, P. (2009). Care domestique : délimitations et transformations. Dans P. Molinier, & S. P. Laugier, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 134-155). Paris: Payot & Rivages.
- Daniellou, F. (1996). *L'ergonomie en quête de ses principes. Débats épistémologiques*. Toulouse: Octarès Editions.
- DARES. (2006). « Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle. Résultats SUMER 2003 ». . Document d'étude, n°121, décembre.
- de Hennezel, M., & de Montigny, J. (1990). *L'amour ultime, psychologie et tendresse de la traversée du mourir*. Montréal: Stanké.
- de Keyser, V., & Hansez, I. (1996). Vers une perspective transactionnelle du stress au travail : pistes d'évaluations méthodologiques. *Les cahiers de médecine du travail, 33*(3), pp. 133-144.
- de Keyser, V., & Hansez, I. (2002). Evolution du travail, santé psychique et stress : points de repères. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 28-34). Toulouse: Octarès.
- de Montmollin, M. (1990). *L'ergonomie*. Paris: La découverte.
- Dedessus-Le-Moustier, N., & Douguet, F. (2010). *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*. Monts: Lavoisier.
- deJonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science and Medicine, 50*(9), pp. 1317-1327.
- Dejours, C. (1992). Pathologies de la communication. *Raisons pratiques, 3*, pp. 177-201.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le travail humain, 58*(1), pp. 1-16.
- Dejours, C. (1995). *Le facteur humain*. Paris: PUF.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*(86), pp. 499-512.
- Deruelle, V., & Metzger, J.-L. (2015). Prévenir l'isolement par l'« innovation collective » ? *Le travail humain, 78*, pp. 67-80.
- Devetter, F.-X., & Barrois, A. (2012). Aides à domicile : un régime temporel non stabilisé qui témoigne des ambiguïtés d'une professionnalisation inachevée. (DREES, Éd.) *Dossiers solidarité et santé : les conditions de travail des aides à domicile en 2008*(30), pp. 29-46.

- Disquay, S., & Egado, A. (2011). Le biais de désirabilité sociale dans l'évaluation du stress. *Actes de colloques*. Valencia: PRECOVIR.
- Disquay, S., & Egado, A. (2013). L'étude des silences en tant qu'indicateur de vulnérabilité : illustration chez les professionnels du secteur du maintien à domicile. *Actes de colloque*. Lyon: FIUC.
- Disquay, S., & Egado, A. (2013). La souffrance émotionnelle des personnels d'intervention : résultats préliminaires de l'étude sur la santé et la qualité de vie au travail dans les métiers du secteur de l'aide et du soin à domicile. *Revista de Psicología*, 9(18), pp. 51-65.
- Djaoui, E. (2014). *Intervenir au domicile* (éd. 3ème édition). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Doniol-Shaw, G. (2009). L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes. *Travailler*(22), pp. 27-42.
- Dussuet, A. (2005). *Travaux de femmes : enquête sur les services à domicile*. Paris: L'Harmattan.
- Dussuet, A. (2008). Genre et mobilisation de la subjectivité dans le travail. L'exemple des services à domicile aux personnes âgées. Dans D. Linhart, *Pourquoi travaillons-nous ? Une approche sociologique de la subjectivité au travail* (pp. 69-96). Paris: Erès.
- Egado, A. (2000). Stress, environnement et travail. Dans B. Raveleau, *L'individu au travail*. Paris: L'Harmattan.
- Egado, A. (2009a). « Fatigue comme surcharge ». Dans J.-P. Boutinet, *L'ABC de la VAE* (pp. 144-146). Toulouse: ERES. doi:10.3917/eres.bouti.2009.01.0144
- Egado, A. (2009b). Motivation, un concept polymorphe. Dans J.-P. Boutinet, *L'ABC de la VAE* (pp. 165-167). Toulouse: ERES. doi:10.3917/eres.bouti.2009.01.0165.
- Ehrenberg, A., Mingasson, L., & Vulbeau, A. (2005). L'autonomie, nouvelle règle sociale. Entretien avec Alain Ehrenberg. *Informations sociales*, 6(126), pp. 112-115. Consulté le juin 23, 2015
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1995). Assessing a patient's ability to cope. Dans F. Butcher, *Practical considerations in clinical personality assessment* (pp. 329-359). New York: Oxford University Press.
- Ennuyer, B. (2003). Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale. *Gérontologie et société*(104), pp. 135-148.
- Ennuyer, B. (2006). *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*. Paris: Dunod.
- Falkum, E., Olf, M., & Aasland, O. G. (1997). Revisiting the factor structure of the Ways of Coping Checklist: A three dimensional view of the problem-focused coping scale. *Personality and Individual Differences*, 2, pp. 257-267.
- Fayard, A., Caria, A., & Loubières, C. (2011). Dossier Empowerment et santé sociale. *La santé de l'Homme*(413), pp. 7-44.
- Fischer, B., & Tronto, J. C. (1990). Toward a feminist theory of care. Dans E. Abel, & M. Nelson, *Circles of care : work and identity in womens's lives* (H. Maury, Trad., pp. 36-54). Albany: Suny Press.
- Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Fiske, S. T. (2008). *Psychologie Sociale*. Bruxelles: de Boeck.
- Flament, C., & Milland, L. (2010). La substitution dans les études de représentations sociales : quel processus impliqué ? *Psychologie Française*(55), pp. 195-210.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: a review and critique of definitions, concepts, and therapy. *European psychologist, 18*(1).
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress and coping, 21*(1), pp. 3-14.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), pp. 219-239.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology, 55*, pp. 745-774. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology, 50*(3), pp. 571-579.
- Foucault, M. (1984). *Histoire de la Sexualité III : le souci de soi* (éd. 2014). Domont: Gallimard.
- Foucault, M. (1984). La culture de soi. Dans M. Foucault, *Histoire de la sexualité III. Le souci de Soi* (pp. 55-94). Domont: Gallimard.
- Fraisse, G. (1979). *Femmes toutes mains : essai sur le service domestique*. Paris: Editions du seuil.
- French, J. R., & Kahn, R. L. (1962). A Programmatic Approach to Studying the Industrial Environment and Mental Health. *Journal of Social Issues*(18), pp. 1-47. doi: 10.1111/j.1540-4560.1962.tb00415.x
- French, J. R., Caplan, R. D., & Harrison, R. V. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. New York: John Wiley & Sons.
- French, J. R., Rogers, W., & Cobb, S. (1974). Adjustments as a person-environment fit. Dans H. H. Coelho, G. Hamburg, & G. Adams, *Coping and adaptation interdisciplinary perspectives*. New York: Basic Books.
- Friedman, G. (1956). *Le travail en miette* (éd. 1973). Paris: Hatier.
- Fuhrer, C., Moisson, V., & Cucchi, A. (2011). Quand l'environnement relationnel contribue à la compréhension du burnout. *Management & Avenir*(41), pp. 194-215. doi:10.3917/mav.041.0194
- Fustier, P. (2000). *Le lien d'accompagnement* (éd. 2011). Paris: Dunod.
- Gardell, B. (1971). Alienation and mental health in the modern industrial environment. Dans L. Levi, *Society, stress and disease* (pp. 148-180). Oxford: Oxford University Press.
- Gautier, A., Kubiak, C., & Collin, J.-F. (2007). Qualité de vie : une évaluation positive. Dans F. Beck, P. Guilbert, & A. Gautier, *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé* (pp. 45-64). Saint-Denis: INPES.
- Gaymard, S. (2000). Représentation mentale et représentation sociale : de la pensée à la pensée sociale. *Les cahiers pédagogiques*(Hors série).
- Gaymard, S. (2006). The representation of old people: comparison between the professionals and students. *Revue internationale de psychologie sociale, 18*(3), 69-91. Récupéré sur www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-sociale-2006-3-page-69.htm

- Gilligan, C. (1977). *In a different voice: women's conception of self and morality*. Harvard Educational review.
- Gilligan, C. (1986). *Une voix différente : pour une éthique du care* (éd. 2008). (A. Kwiatek, & V. Nurock, Trads.) Val d'Oise (95), France: Flammarion.
- Glass, T. A., & Balfour, J. L. (2003). Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations. Dans I. Kawachi, & L. F. Berkman, *Neighborhoods and health*, (pp. 303-334). New York: Oxford University Press.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), pp. 67-94.
- Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé. Dans G. F. Fischer, *Traité de psychologie de la santé* (pp. 375-388). Paris: Dunod.
- Godin, G., & Côté, F. (2006). Le changement planifié des comportements liés à la santé. Dans G. Caroll, *Pratiques en santé communautaire* (pp. 129-140). Montréal.
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Récupéré sur http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- Gosselin, E., & Lauzier, M. (2011). Le présentéisme : lorsque la présence n'est pas garante de la performance. *Revue française de gestion*(211), pp. 15-27.
- Gottlieb, B. H. (1992). « Le soutien social : un processus relationnel et non une commodité ». *La revue canadienne du vieillissement*, 11, pp. 311-315.
- Goubert, J. P. (1988). *Du luxe au confort*. Paris: Belin.
- Gray-Stanley, J., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in developmental disabilities*, 32(3), pp. 1065-1074.
- Greugny, H., Nouchet, C., Bourdin, V., & Moulin, N. (2013). *Emploi Formation du secteur sanitaire, social et médico-social : diagnostic général*. Rennes: GREF Bretagne.
- Griffiths, A. (1998). The psychosocial work environment. Dans R. C. McCaig, & H. M. Harrington, *The changing nature of occupational health* (pp. 213-232).
- Grosjean, V. (2010). Introduction. Dans N. Dedessus-Lemoustier, & F. Douguet, *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques* (pp. 1-9). Paris: TEC & DOC.
- Guerrin, B. (2012). Albert Bandura et son oeuvre. (ARSI, Éd.) *Recherche en soins infirmiers*, 1(108), pp. 106-116. doi:10.3917/rsi.108.0106
- Guggemos, F., & Vidalenc, J. (2014). Une photographie du marché du travail en 2013. *Insee Première*(1516), p. 4.
- Guimelli, C. (1998). Differentiation between the central core elements of social representations : normative vs. functional elements. *Swiss Journal of Psychology*, 4(57), pp. 209-224.
- Hackman, J., & Oldham, G. (1976). Motivation through the design of work: test of theory. *Organizational behavior and human performance*(16), pp. 250-279.
- Hamel, E., Bodet, E., & Moquet, M.-J. (2012). *Démarche Qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé*. Saint-Denis: INPES, coll. santé en action.

- Hansez, I., & de Keyser, V. (2002). Du diagnostic des risques psychosociaux à la gestion organisationnelle du stress. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 189-206). Toulouse: Octarès.
- Hartweg, D. (1991). *Dorotea Orem : self-care deficit theory*. Sage publications.
- Héas, F. (2010). La pénibilité, une nouvelle approche de la santé au travail. Dans N. Dedessus-Le-Moustier, & F. Douguet, *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques* (pp. 41-51). Monts: Lavoisier.
- HEN. (2003). *Healthy Ageing, Health Evidence Network (HEN). What are the main risk factors for disability in oldage and how can you disability be prevented ?* Copenhague: WHO-Europe.
- Henry, E. (2010). La reconfiguration de l'expertise en santé au travail : vecteur de transformation de l'action publique ? Dans N. Dedessus-Le-Moustier, & F. Douguet, *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*.
- Heslon, C. (2008). *Accompagner le grand âge*. Paris: Dunod.
- Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le harcèlement moral*. Paris: Syros.
- Hiroto, D., & Seligman, M. E. (1975). Generality of learned helpness in man. *Journal of personality and Social Psychology*, 31, pp. 311-327.
- Hobfoll, S. E., Freedy, J., Lane, C., & Geller, P. (1990). Conservation of social resources: Social support resource theory. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, pp. 465-478.
- Humphrey, S. E., Nahrgang, J. D., & Morgeson, F. P. (2007). Integrating motivational, social, and contextual work design features: A meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of applied Psychology*(92), pp. 1332-1356.
- Inan, C. (2013). Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail. *Dares Analyse*(9), pp. 1-10.
- INRS. (2015). *Dossier Risques Psychosociaux*. Consulté le juillet 14, 2015, sur INRS: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/prevention.html>
- INSEE BRETAGNE. (2012a). Personnes âgées dépendantes en Bretagne : une augmentation potentielle de 40 % à l'horizon 2030. *Octant Analyse*(35), pp. 1-8.
- INSEE BRETAGNE. (2012b). Personnes âgées dépendantes en Bretagne à l'horizon 2020 : des incidences potentielles sur les emplois et les besoins de prise en charge financière. *Octant Analyse*(36), pp. 1-7.
- Ivancevich, J. M., & Matteson, M. T. (1980). *Stress and work: A managerial perspective*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Jackson, G. G. (1978). *Black psychology as an emerging point of view*.
- Jex, S., & Beehr, T. A. (1991). Emerging theoretical and methodological issues in the study of work related stress. *Research in personnal and human resources management*, 9, pp. 311-365.
- Jick, T., & Mitz, L. F. (1985). Sex differences in work stress. *Academy of management review*, 10(3), pp. 408-420.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The big five trait taxonomy : history, measurement and theoretical perspectives. Dans H. o. research. Récupéré sur <http://www.rc.usf.edu/~jdorio/Personality/BIG%20FIVE%20TRAIT%20TAXONOMY.pdf>

- Kahn, R., & Byosiére, P. (1992). Stress in organizations. Dans M. Dunette, & L. Hough, *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 571-651). Palo Alto.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*(24), pp. 285-308.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karnas, G., & Hellemans, C. (2002). Approche psycho-organisationnelle du stress professionnel : les limites d'un modèle. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 175-188). Toulouse: Octarès.
- Kaufmann, J.-C. (1988). *La chaleur du foyer, analyse du repli domestique*. Paris: Klincksieck.
- Kermisch, C. (2011). *Le concept de risque : de l'épistémologie à l'éthique*. Lavoisier.
- Kohlberg, L. (1958). The development of modes of thinking and choices in years 10 to 16. Chicago.
- Kohlberg, L. (1981-1984). *Essays in moral development*. New York: Harper and Rose.
- Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 2(95), pp. 211-237.
- Kuoppala, J., Lamminpaa, A., & Husman, P. (2008). Work health promotion, job well-being, and sickness absences – a systematic review and meta-analysis. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(11), pp. 1216-1227.
- Lainé, F., & Omalek, L. (2012). Les métiers en 2020 : progression et féminisation des emplois les plus qualifiés, dynamisme des métiers d'aide et de soins aux personnes. *Dares Analyse*(22), p. 16.
- Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological review*, 118(3), pp. 482-495.
- Lancry, A. (2007). Incertitude et stress. *Le travail humain*, 70(3), pp. 289-305.
- Lancry, A., & Ponnelle, S. (2004). La santé psychique au travail. Dans E. Brangier, A. Lancry, & C. Louche, *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 285-312). Nancy: Presses universitaires de Nancy.
- Laroque, P. (1962). *Rapport Laroque : Politique de la vieillesse*. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. Paris: L'Harmattan.
- Lassare, D. (2005). Vers un modèle psychosocial de l'épisode de stress. Dans G. Chasseigne, & D. Lassarre, *Stress et société* (Vol. 2, pp. 17-40). Reims: Presses universitaires de Reims.
- Lau, B., & Knardahl, S. (2008). Perceived job insecurity, job predictability, personality, and health. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(2), pp. 172-181.
- Laugier, S. (2009). Le sujet du care : vulnérabilité et expression ordinaire. Dans P. Molinier, S. Laugier, & P. Paperman, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 159-200). Paris: Payot&Rivages.
- Laugier, S., & Paperman, P. (2008). Présentation : la voix différente et les éthiques du care. Dans C. Gilligan, *Une voix différente, pour une éthique du care* (pp. I-XLI). Val d'Oise (95), France: Flammarion.

- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. Dans C. Eisdorfer, & M. Lawton, *The psychology of adult development and aging* (éd. 6ème, pp. 619-674). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relationship between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37(9), pp. 1019-1024. doi:10.1037/0003-066X.37.9.1019
- Lazarus, R. S. (1983). The costs and benefits of denial. Dans Breznitz, *The denial of stress* (pp. 1-30). New York: International University Press.
- Lazarus, R. S. (1991). Psychological stress in the workplace. Dans P. L. Perrewé, *Handbook of job stress: a special issue of the journal of social behavior and personality* (pp. 1-20).
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, pp. 1-21.
- Lazarus, R. S. (1998). *Fifty years of the research and theory of R.S. Lazarus: an analysis of historical and perennial issues*. New York, London: Psychology Press.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55(6), pp. 665-673. doi:10.1037/0003-066X.55.6.665
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. Dans L. A. Pervin, & M. Lewis, *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum.
- Le Blanc, P. M., de Jonge, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Job stress and health. Dans N. Chmiel, *An introduction to work and organizational psychology: A European perspective* (pp. 148-177). Oxford: Blackwell.
- Le Bouëdec, G. (2007). Tous accompagnateurs ? Non : il n'y a d'accompagnement que spirituel. Dans J.-P. Boutinet, N. Denoyel, G. Pineau, & J.-Y. Robin, *Penser l'accompagnement adulte : ruptures, transitions, rebonds* (pp. 169-188). Paris: PUF.
- Le Bouëdec, G., Du Crest, A., Pasquier, L., & Stahl, R. (2001). *Former à la recherche en éducation et formation. Un projet impossible ?* Paris: L'Harmattan.
- Legaul, L. (2002). Les modèles d'analyses : des théories riches en repères. *Objectif Prévention*, 25(1), pp. 13-15.
- Lejeune, C. (2010). Montrer, calculer, explorer, analyser. Ce que l'informatique fait (faire) à l'analyse qualitative. *Recherches Qualitatives, Hors-série*(9), pp. 15-32.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail : contribution à la psychologie ergonomique*. Paris: PUF.
- Lerbet-Sereni. (1994). *La relation duale. Complexité, autonomie et développement*. Paris: L'Harmattan.
- Lerbet-Sereni, F. (2007). Des paradoxes au paradoxe : la figure d'Antigone pour penser l'accompagnement. Dans J.-P. Boutinet, N. Denoyel, G. Pineau, & J.-Y. Robien, *Penser l'accompagnement adulte : ruptures, transitions, rebonds* (pp. 189-207). Paris: PUF.

- Lesuffleur, T., Chastang, J.-F., Cavet, M., & Niedhammer, I. (2015). Facteurs psychosociaux au travail et santé perçue dans l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*, 27, pp. 177-186.
- Livian, Y.-F. (2005). Les conditions de travail : concepts et réalités en mutation. Dans P. Gilbert, F. Guérin, & F. Pigeyre, *Organisations et comportements, nouvelles approches, nouveaux enjeux* (pp. 199-218). Paris: Dunod.
- Livian, Y.-F., & Baret, C. F. (2004). La gestion de la charge de travail dans les activités de services. *Revue française de gestion*(150), pp. 87-100.
- Loones, A., & Jeuneau, P. (2012). L'organisation du métier d'aide à domicile : entre autonomie et isolement professionnel. (DREES, Éd.) *Dossiers solidarité et santé : les conditions de travail des aides à domicile en 2008*(30), pp. 47-60.
- Mailhot, T., Cossette, S., & Alderson, M. (2013). Une analyse évolutionniste du concept d'auto-soins. *Recherche en soins infirmiers*(112), pp. 94-106. doi:10.3917/rsi.112.0094
- Malo, C. (2000). Le modèle écologique du développement humain : conditions nécessaires de son utilité réelle. *Atelier présenté dans le cadre du psychostage 2000 aux enseignant(e)s de psychologie de niveau collégial*. Sainte Lucie, Québec.
- Marchand, p. (1998). *L'analyse du discours assistée par ordinateur*. Paris: Armand Colin.
- Mark, G. M., & Smith, A. P. (2008). Stress models: a review and suggested new direction. *Nottingham University Press*, 3, pp. 111-144.
- Martin-Fugier, A. (2004). *La place des bonnes : la domesticité féminine à Paris en 1900*. Saint-Amand-Montrond, France: Perrin/Grasset & Fasquelle.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experiences burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, pp. 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Matud, P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), pp. 1401-1415.
- Mead, G. H. (2006). *L'esprit, le soi et la société*. Paris: PUF.
- Messaoudi, D., Farvaque, N., & Lefebvre, M. (2012). Les conditions de travail des aides à domicile : pénibilité ressentie et risque d'épuisement professionnel. (DREES, Éd.) *Dossiers solidarité et santé : les conditions de travail des aides à domicile en 2008*(30), pp. 5-28.
- Molinier, P. (2009). Quel est le bon témoin du care ? Dans P. Molinier, S. Laugier, & P. Paperman, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 233-251). Paris: Payot & Rivages.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris: La dispute.
- Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Payot & Rivages.
- Montoro, L. (1994). Influencia del factor humano en la Seguridad Vial. *Jornadas de Seguridad Vial, III*, pp. 395-404.
- Montoro, L. (1997). La importancia del factor humano en la Seguridad Vial. *Seguridad vial en las carreteras locales, II*, pp. 27-49.

- Montoro, L., & Carbonell, E. (1989). La comunicación científica en la Psicología: la producción y diseminación de la información. Dans J. Mayor, & J. Pinillos, *Psicología General. Historia, teoría y método* (Vol. 1, pp. 391-416). Madrid: Alhambra.
- Montpetit, M. A., Bergeman, C. D., Tiberio, S. S., & Boker, S. M. (2010). Resilience-as-Process: negative affect, stress and coupled dynamical systems. *Psychology and aging*, 25(3), pp. 631-640.
- Moré, P. (2014). Les employé(e)s domestiques dans le travail de care : corps et investissement de soi entre éthique et contrainte. *Travailler*(32), pp. 33-53. doi:10.3917/trav.032.0033
- Morval, J. (2006). L'appropriation et la désappropriation de l'espace chez la personne âgée. Dans P. Brunel, A.-D. C, & J. Morval, *Penser l'espace pour dire la vieillesse*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris: PUF.
- Motet, G. (2010). Le concept de risque et son évolution. *Responsabilité & Environnement*(57), pp. 32-37.
- Moulevrier, P. (2015). Le prix de l'intervention : exercices de la psychologie et questions économiques. *Travail rémunéré / travail bénévole ?* Angers: IPSA.
- Mouzé-Amady, M. (1999). Le stress en questions. (D. Gout, Intervieweur) Travail et Sécurité.
- Mozère, L. (2004). Le "souci de soi" chez Foucault et le souci dans une éthique politique du care. *Le portique*, 13(14), pp. 2-10.
- Mozère, L. (2009). Avant-propos. Dans J. Tronto, *Un monde vulnérable, pour une politique du care* (pp. 5-10). Paris: Editions La Découverte.
- Nache, C. M., & Trudeau, F. (2000). Déterminants psychosociaux des comportements de santé : approches théoriques et opérationnalisation en éducation pour la santé. *Revue de recherche en éducation*(25), pp. 89-109.
- Nakano Glenn, E. (2009). Le travail forcé : citoyenneté, obligation statutaire et assignation des femmes au care. Dans P. Molinier, S. Laugier, & P. Paperman, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (S. Sofio, Trad., pp. 113-131). Paris: Payot & Rivages.
- Nasse, P., & Legeron, P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*. Ministère du travail.
- Ndjaoubé, R., Vézina, M., & Brisson, C. (2012). Effets des facteurs psychosociaux au travail sur la santé mentale. Une revue de littérature des études prospectives portant sur trois modèles émergents. *Travail et Emploi*, 129, pp. 23-34.
- Neboit, M., & Vézina, M. (2002). *Stress au travail et santé psychique* (éd. (réimpression) 2013). Toulouse: Octarès.
- Nelson, D., & Simmons, B. (2003). Health Psychology and work stress : a more positive approach. Dans J. Quick, & E. Tetrick, *Handbook of OH Psychology* (pp. 97-119). Washington.
- Nielsen, M. L., Rugulies, R., Christensen, K. B., Smith-Hansen, L., & Kristensen, T. S. (2006, juin). Psychosocial work environment predictors of short and long spells of registered sickness absence during a 2-year follow up. *Journal of occupational and environmental medicine*, 48(6), pp. 591-598. doi:10.1097/01.jom.0000201567.70084.3a

- Nielsen, M. L., Rugulies, R., Smith-Hansen, L., Christensen, K. B., & Kristensen, T. (2006). Psychosocial work environment and registered absence from work: estimating the etiologic fraction. *American journal of industrial medicine*, 49(3), pp. 187-196.
- Observatoire régional de Santé. (2010).
- Orem, D. E. (1991, 2001). *Nursing : concepts of practice* (éd. 4ème et 6ème éditions). Mosby.
- Paperman, P. (2009). D'une voix discordante : désentimentaliser le Care, démoraliser l'éthique. Dans M. Pascale, S. Laugier, & P. Paperman, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 89-110). Paris: Payot & Rivages.
- Paperman, P. (2013). *Care et sentiments*. Paris: Presses universitaires de France.
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J., & Vermeylen, G. (2007). *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail*. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail,, Dublin. Récupéré sur http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2006/98/fr/1/ef0698fr.pdf
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*, 1(2), pp. 115-144. doi:10.1037/1089-2680.1.2.115
- Parker, J., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment : a critical review. *European Journal of personality*, 6, pp. 321-344.
- Parker, S. K., Wall, T. D., & Cordery, J. L. (2001). Future work design research and practice : Towards an elaborated model of work design. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*(74), pp. 413-440.
- Paterson, R. J. (1989). The Stress Response and Parameters of Stressful Situations », in. Dans R. W. Neufeld, *Advances in the Investigation of Psychological Stress* (pp. 1-42). Wiley-Interscience Publication, John Wiley & Sons.
- Paul, M. (2002). L'accompagnement : une nébuleuse. *Education permanente*(153), pp. 43-56.
- Paul, M. (2003). Ce qu'accompagner veut dire. *Carriérologie, revue française internationale*, 9(1).
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris: L'Harmattan.
- Paul, M. (2007). L'accompagnement ou la traversée des paradoxes. Dans J.-P. Boutinet, N. Denoyel, G. Pineau, & J.-Y. Robin, *Penser l'accompagnement adulte : ruptures, transitions, rebonds* (pp. 251-274). Paris: PUF.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92(4), pp. 545-557. doi:10.3406/psy.1992.29539
- Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustement ou "coping". Dans M. Bruchon-Schweitzer, & R. Dantzer, *Introduction à la psychologie de la santé* (pp. 99-124). Paris: PUF.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). *Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris: PUF.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 19(2), pp. 2-21.
- Peretti-Watel, P., Seror, V., Du Roscoat, E., & Beck, F. (2009). La prévention en question : attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes. *Evolutions*(18), pp. 1-6.

- Perrewé, P. L., & Zellars, K. L. (1999). An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process. *Journal of organizational behavior*(20), pp. 739-752.
- Peter, R., & Siegrist, J. (1999). Chronic psychosocial stress at work and cardiovascular disease: the role of effort-reward imbalance. *International Journal of Law and Psychiatry*(22), pp. 441-449.
- Pezé, S. (2010). Les représentations du stress des dirigeants: quelles implications pour la gestion du stress au travail ? Saint Malo.
- Piotet, F. (2002). *La révolution des métiers*. Paris: PUF.
- Ponnelle, S., & Lancry, A. (2002). Stratégies d'ajustement et ressources environnementales et personnelles dans la dynamique de stress. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 59-77). Toulouse: Octarès.
- Ponnelle, S., Vaxevanoglou, X., & Garcia, F. (2012). L'usage des outils d'évaluation du stress au travail : perspectives théoriques et méthodologiques. *Le travail humain*, 75(2), pp. 179-213.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19(3), pp. 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), pp. 390-395.
- Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D. L., & Hurrell, J. J. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington.
- Quick, J., & Quick, J. (1984). *Organizational stress and preventive management*. New York: Mac Graw-Hill.
- Raid, L. (2009). Care et politique chez Joan Tronto. Dans P. Molinier, S. Laugier, & P. Paperman, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 57-87). Paris: Payot & Rivages.
- Rasclé, N., & Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, 64(2), pp. 97-118.
- Raymond, G. (2010). Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité, sous la direction de Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman. *Société et jeunesse en difficulté*, pp. 2-4.
- Reynaud, J.-D. (1988). Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue française de sociologie*, 29(1), pp. 5-18. doi:10.2307/3321884
- Ribert-van de Weerd, C. (2002). Apports de la psychologie des émotions à la compréhension du stress au travail. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 79-98). Toulouse: Octarès Editions.
- Ric, F. (1996). L'impuissance acquise (learned helplessness) chez l'être humain : une présentation théorique. *L'année psychologique*, 96(4), pp. 677-702. doi:10.3406/psy.1996.28925
- Richard, L., Barthélémy, L., Tremblay, M.-C., Pin, S., & Gauvin, L. (2013). *Interventions de prévention et de promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois*. Saint-Denis: Inpes.

- Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., & Green, L. W. (1996). Assessment of the Integration of the Ecological approach in Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), pp. 318-328.
- Rivolier, J. (1992). Stress et émotion, aspects biologiques et cognitifs. *Psychologie médicale*, 24(3), pp. 257-260.
- Roselli, N. D. (2014). Psicología e interdisciplinariedad : implicaciones teoricas y metodologicas. *Revista Psicodiagnosticar*, 23-24, pp. 9-18. Récupéré sur http://www.researchgate.net/publication/280309977_PSICOLOGA_E_INTERDISCIPLINARIEDAD_IMPLICACIONES_TERICAS_Y_METODOLGICAS
- Rosenstock, I. M. (1966, juillet). Why people use health services. *The milkbank memorial fund quaterly*, 44(3), pp. 94-127.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quaterly*, 15(2), pp. 175-183. doi:10.1177_109019818801500
- Rousseau, N. (2014). *Eric Chauvier : Les mots sans les choses*. Récupéré sur ACTUPHILOSOPHIA: <http://www.actu-philosophia.com/spip.php?article569>
- Ruiller, C. (2011). Le talent des managers de proximité. Le soutien social apporté par le manager de proximité à son équipe. *Revue internationale de psychosociologie*, 17(41), pp. 223-246, 371-372, 381.
- Ruszniewski, M. (2014). *Face à la maladie grave* (éd. 1ère en 1999). Paris: Dunod.
- Saint-Jacques, M.-C., Drapeau, S., Cloutier, R., & Lépine, R. (2003). Dimensions écologiques associées aux problèmes de comportement des jeunes de familles recomposées. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(1), pp. 113-131.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness : On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 6(2), pp. 117-230.
- Sermet, C. (2004). Démographie et état de santé des personnes âgées. Dans C. Jeandel, & M. Bonnel, *Livre blanc de la gériatrie française* (pp. 25-32). Paris: ESV Production.
- Shankland, R., & Verliac, J.-F. (2013). Psychologie de la Santé. Dans L. Bègue, & O. Desrichard, *Traité de psychologie sociale : la science des interactions humaines* (pp. 482-503). Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Sherif, M. (1935). A study of some social factors in perception. *Archives of Psychology*, 187(60).
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort low reward conditions. *Journal of occupational health psychology*(1), pp. 27-41.
- Smith, A. (1999). *Théorie des sentiments moraux*. Paris: PUF.
- Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Ohlson, C.-G., Theorell, T., & Jones, I. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work and stress*, 14(1), pp. 1-15. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/026783700417195>
- Supiot, A. (1994). *Critique du droit du travail*. Paris: PUF.

- Swinnen, L., Moors, S., & Govaert, C. (1998). Stress : cause d'absentéisme. Dans *Stress au travail : origines, approches* (éd. 2ème, pp. 127-152). Bruxelles: INRCT.
- Tajfel, H. (1970). Experiments in intergroup discrimination. *Scientific American*(223), pp. 96-102.
- Thiérous, L. (2015). Les services à la personne en 2013 : un fort recul de l'emploi direct accentue la baisse de l'activité du secteur. *Dares Analyse, 10*, pp. 1-11.
- Thoemmes, J. (2012). Les temporalités et la performance dans l'entreprise. Dans D.-G. Tremblay, *Performance organisationnelle et temps sociaux*. Presses de l'Université du Québec.
- Tournois, J., Mesnil, F., & Kop, J.-L. (2000). Autoduperie et hétéroduperie : Un instrument de mesure de la désirabilité sociale. *European review of applied psychology, 50*(1), pp. 219-233.
- Tremblay, D.-G. (2012). Conciliation travail-famille. *Gestion, 37*, pp. 33-33.
- Tremblay, D.-G., & Villeneuve, D. (1997). Aménagement et réduction du temps de travail : réconcilier emploi, famille et vie personnelle. *Loisirs et Société, 20*(1), pp. 107-157. doi:10.1080/07053436.1997.10715539
- Trémène, T. (2014). Le "care", le diable et le bon dieu. *L'information psychiatrique, 90*(1), pp. 3-7. doi:10.3917/inpsy.9001.0003
- Triandis, H. C. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries, a political argument of an ethic of care* .
- Tronto, J. (2009a). *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. (H. Maury, Trad.) Paris: Editions La découverte.
- Tronto, J. (2009b). Care démocratique et démocraties du care. Dans P. Molinier, S. Laugier, & P. Paperman, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (B. Ambroise, Trad., pp. 35-55). Paris: Payot & Rivages.
- Turcotte, S., Gaudreau, L., & Otis, J. (2007). Démarche de modélisation de l'intervention en éducation à la santé incluse en éducation physique. *Staps*(77), pp. 63-78.
- UNCCAS. (2015). Dossier du mois (avril) : GRH : comment les CCAS prennent soin de leurs agents ? *ACTES*(457), pp. 18-25.
- USB-Domicile. (2010). Convention Collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010.
- Väänänen, A., Koskinen, A., Joensuu, M., Kivimäki, M., Vahtera, J., Kouvonen, A., & Jäppinen, P. (2008). Lack of Predictability at Work and Risk of Acute Myocardial Infarction: An 18-Year Prospective Study of Industrial Employees. *American Journal of Public Health, 98*(12), pp. 2264-2271. doi:10.2105/AJPH.2007.122382.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Peritti, J., & Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence : a seven year follow up of initially healthy employees. *Community Health*(54), pp. 484-493.
- Valléry, G., & Leduc, S. (2010). Une analyse des emplois de services à destination des personnes âgées : compétences sociales et identité professionnelle des aides à domicile. *Gérontologie et société*(135), pp. 213-237. doi:10.3917/gs.135.0213
- Valléry, G., & Leduc, S. (2012). *Les risques psychosociaux*. Paris: PUF.

- Van de Leemput, C. (2005). Stress et mal-être au travail. Dans P. Gilbert, F. Guérin, & F. Pigeyre, *Organisations et comportements, nouvelles approches, nouveaux enjeux* (pp. 219-244). Paris: Dunod.
- vanVegchel, N., deJonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. B. (2005). Reviewing the Effort-Reward Imbalance Model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science and Medicine*, 60(5), pp. 1117-1131.
- vanVeldhoven, M., Taris, T. W., de Jonge, J., & Broersen, S. (2005). The relationship between work characteristics and employee health and well-being: how much complexity do we really need? *International Journal of Stress Management*, 12(1), pp. 3-28.
- Vaxevanoglou, X. (2002a). Santé psychique et stress au travail, évolutions des conceptions. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *stress au travail et santé psychique* (pp. 39-44). Toulouse: Octarès.
- Vaxevanoglou, X. (2002b). Le stress au travail et la santé psychique du point de vue de l'ergonomie de l'activité. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 119-127). Toulouse: Octarès.
- Vézina, M. (2002a). Evolutions du travail, santé psychique et stress : points de repères. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 26-28). Toulouse: Octarès.
- Vézina, M. (2002b). Stress au travail et santé psychique : rappel des différentes approches. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 47-58). Toulouse: Octarès.
- Vézina, M. (2002c). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 111-118). Toulouse: Octarès.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A., & Laurendeau, M. C. (1992). *Pour donner un sens au travail : Bilan et orientations du Québec en Santé mentale au travail*. Boucherville: Éditeur Gaëtan Morin.
- Vion, M., & Negroni, P. (2002). Organisation du travail et gestion des émotions chez les agents d'accueil d'agences d'assurance chômage. Dans M. Neboit, & M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique* (pp. 251-264). Toulouse: Otarès Editions.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioural Research*, 20, pp. 3-26.
- Vollrath, M., Banholzer, E., Caviezel, C., Fischli, C., & Jungo, D. (1994). Coping as a mediator moderator of personality in mental health ? *Personality Psychology in Europe*, pp. 262-273.
- Wang, J. (2005). Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychological Medicine*(35), pp. 865-871. doi:10.1017/S003329170400324
- Wang, J., & Patten, S. B. (2001). Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. *Journal of Occupational Health Psychology*(6), pp. 283-289.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon Press.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work and stress*, 8(2), pp. 84-97.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can we do about inequalities in health. *The lancet*(338), pp. 1059-1063.

- Winnubst, J. A. (1984). Stress in organizations. Dans P. J. Drenth, H. Thierry, P. J. Willems, & J. C. Wolff, *Handbook of work and organizational psychology* (pp. 553-570). Chichester: John Wiley and Sons.
- Wisneh, A. (1979). Psychologie industrielle. *L'année psychologique*, 79(1), pp. 331-334.
- Wittezaele, J.-J. (2007). Les stratégies paradoxales dans l'accompagnement. Dans J.-P. Boutinet, N. Denoyel, G. Pineau, & J.-Y. Robin, *Penser l'accompagnement adulte : ruptures, transitions, rebonds* (pp. 129-147). Paris: PUF.
- Wolff, M., Burkhardt, J.-M., & de la Garza, C. (2005). Analyse exploratoire de " points de vue " : une contribution pour outiller les processus de conception. *Le travail humain*, 3(68), pp. 253-286. doi:10.3917/th.683.0253.
- Worms, F. (2010). *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?* Paris: PUF.
- Zech, E. (2006). *Psychologie du deuil. Impacts et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Sprimont, Belgique: Mardaga.
- Zittouni, S., & Ezzina, R. (2007). Mesure de l'effet des variables individuelles sur l'intensité d'adoption de l'EAD par les étudiants tunisiens : approche par la théorie du comportement planifié. Dans D. P., J. Mallet, I. Pouliquen, & P. Staccini. Récupéré du site Informations, savoirs, décisions et médiations (ISDM) :<http://isdm.univ-tln.fr/PDF/isdm29/ZITOUNI.pdf>.

Table des illustrations

Figure 1 : Déterminants de santé – d’après le modèle de Whitehead & Dahlgren (1991)	39
Figure 2 : Modèle conceptuel des perspectives pour un vieillissement en santé de Cardinal & Al. (2008)	41
Figure 3 : Schéma modélisation environnement de la personne âgée	43
Figure 4 : Modèle de Bronfenbrenner (1979).....	47
Figure 5 : Modélisation intégrative de l’environnement écologique de la santé des personnes âgées	49
Figure 6 : Répartition des aides à domicile selon l’âge.....	63
Figure 7 : Métiers au recrutement difficile en 2014	66
Figure 8 : La confrontation individu/organisation (d’après Vaxevanoglou (2002b))	172
Figure 9 : Modèle intégrateur de Godin (2002).....	185
Figure 10 : AFC du corpus global sous Alceste 2015	210
Figure 11 : Les cinq classes explicatives du corpus analysé sous Alceste 2015	211
Figure 12 : Réseau de forme et mots significatifs de la Classe 1 « souffrance morale »	212
Figure 13 : Réseau de forme et mots significatifs de la Classe 2 « santé physique »	213
Figure 14 : Réseau de forme et mots significatifs de la Classe 3 « temps et conditions de travail ».....	214
Figure 15 : Réseau de forme et mots significatifs de la Classe 4 « métier, relations et activités ».....	215
Figure 16 : Profils représentatifs des classes d’énoncés significatives	216
Figure 17 : Nuage de mots du corpus intégral (5 lettre et plus)	219
Figure 18 : Le silence révélateur des problématiques relationnelles et du rapport au temps.....	220
Figure 19 : Le rire qui cache la gêne et la souffrance	221
Figure 20 : Evènements problématiques rencontrés par les aides à domicile au cours du dernier mois.....	223
Figure 21 : Modélisation du temps	224
Figure 22 : Synapsie des mots rattachés à « planning ».....	226
Figure 23 : Modélisation de l’environnement de la référence « personnes aidées » sous Tropes	229
Figure 24 : Synapsie de la requête de recherche textuelle de « reconnu »	232
Figure 25 : Habitudes d’échanges sur le travail avec les amis et la famille	234
Figure 26 : Synapsie de la requête de recherche textuelle de « pas dire »	235
Figure 27 : Habitudes d’échanges sur le travail avec les collègues.....	236
Figure 28 : Fréquence et satisfaction du nombre de rencontre avec les collègues	236
Figure 29 : Réseau de forme « réunion ».....	237
Figure 30 : Fréquence des communications avec le responsable	238
Figure 31 : Sources de stress récentes, ventilées par catégorie	243
Figure 32 : Réseaux des formes les plus courantes de la classe 2 des agents à domicile.....	251
Figure 33 : Organisation de la parole dans l’entretien d’ANASTASIA	255
Figure 34 : Modélisation du silence chez les agents à domicile	256
Figure 35 : Réseau de la forme « santé » de la classe 1 (Catégorie B).....	258
Figure 36 : Réseau de la forme « enfant » de la classe 2 (Catégorie B)	259
Figure 37 : Réseau de la forme « prénom_responsable » de la classe 2 (Catégorie B).....	262

Figure 38 : Réseau de la forme « stress » de la classe 2 (Catégorie C)	265
Figure 39 : Réseaux des formes « santé » et « gens » de la classe 2 (Catégorie C)	266
Figure 40 : Réseau de la forme « occuper » de la classe 4 (Catégorie C)	268
Figure 41 : Réseau de la forme « auxiliaire de vie » de la classe 4 (Catégorie C)	269
Figure 42 : Réseaux des formes « réunion » et « parler » de la classe 3 (Catégorie C).....	271
Figure 43 : Nuage de mots des missions décrites par les aides à domicile.....	277
Figure 44 : Réseaux des formes « aimer ».....	279
Figure 45 : Réseau de forme « aide » et « occuper »	280
Figure 46 : Nuage de mots des missions décrites par les aides à domicile (comparatifs par catégorie) .	282
Figure 47 : Rapport à la responsabilité des personnes dans le travail	295
Figure 48 : Rapport à la responsabilité des personnes dans le travail, par catégorie et diplômes	295
Figure 49 : Perception de l'aptitude physique suivant la tâche à exécuter	303
Figure 50 : Stratégies de <i>coping</i> par catégorie (A, B, C).....	309
Figure 51 : Réseau de la forme « prénom_responsable »	311
Figure 52 : Habitudes de partage des ressentis avec le responsable et les collègues	311
Figure 53 : Réseau de la forme « collègue »	312
Figure 54 : Réseau de la forme « du_bois » (expression « touche(r) du bois »).....	315
Figure 55 : Requête de recherche textuelle « montrer ».....	317
Figure 56 : Modélisation intégrative de la prévention de la santé dans les métiers du care	336

Table des tableaux

Tableau 1 : Structuration de l'emploi des principaux secteurs d'activité en Bretagne.....	59
Tableau 2 : Classification des emplois de l'aide à domicile selon la CC BAD 2012.....	70
Tableau 3 : Risques professionnels dans l'aide à domicile.....	93
Tableau 4 : Facteurs de stress au travail (synthèse de Van de Leemput, 2005).....	151
Tableau 5 : Modèles complémentaires aux modèles de Karasek (1979; Karasek & Theorell, 1990).....	157
Tableau 6 : Facteurs de stress au travail des aides à domicile.....	190
Tableau 7 : Thèmes principaux du corpus (analyse Tropes).....	218
Tableau 8 : Indices non verbaux dans le corpus (requête Nvivo 10).....	219
Tableau 9 : Fréquence de l'occurrence « <i>femme de ménage</i> » dans le corpus par catégorie d'emploi....	247
Tableau 10 : Comparaison du débit de parole et de la richesse du discours par catégorie.....	252
Tableau 11 : Evaluation des exigences mentales du travail des aides à domicile.....	270
Tableau 12 : Coping mis en place face à une situation stressante récente.....	308
Tableau 13 : Problématiques caractéristiques des aides à domicile en fonction de leur catégorie.....	342
Tableau 14 : Sondage des possibles stratégies sociales complémentaires.....	345

Index des auteurs

- Aasland, 164
Ajzen, 14, 183, 184, 193, 197, 333, 360
Aldeghi, 56, 86
Alderson, 172, 186, 187, 189, 194, 197, 338
Algava, 189
Althaus, 77, 138, 139, 146, 147, 336
Amira, 77, 140, 141
Amyot, 13, 22, 31, 32, 37, 38, 44, 52, 80, 84, 88, 91, 122, 126, 127, 175, 176, 191, 198, 289, 293, 362
Angeloff, 90, 196
Anzieu, 343
Arnaudo, 179
Asch, 119
Assouline, 24, 25
Aubert, 164
Avril, 101, 120, 121, 130, 191, 193, 196, 200, 304, 332, 338, 360, 362
Badoux-Levy, 168
Bakker, 146
Balfour, 33
Bance, 133
Bandura, 188, 338
Barling, 153
Barrois, 64, 77, 90, 96, 131, 196, 199
Bart, 205
Barthélémy, 20, 22, 31, 32, 33, 34, 38, 45
Beaufreton, 81
Beaumel, 19
Beck, 121, 182
Becker, 164, 186, 193, 339
Beehr, 164
Bellamy, 19
Belqasmi, 168
Bergeman, 166
Bertrand, 20, 29, 30, 61
Biron, 147, 204
Blache, 39, 65, 66, 196
Blanpain, 20, 196
Bodard, 33, 38
Bodet, 38, 39
Bodier, 144, 190
Boker, 166
Bon, 107, 114, 115, 130, 267, 286, 292, 301, 333, 334, 335, 340, 347, 352, 362
Bonamy, 82
Borritz, 158
Bosma, 155
Boucher, 168
Bougers, 142
Bouquet, 106, 127, 128, 130, 194, 196, 200, 331, 360
Bourdin, 56, 59, 61, 73, 74, 196
Bourgeois, 166, 192
Boutinet, 113, 114
Bowlby, 124
Boyer, 46
Brière, 142
Brisson, 158, 191
Bronfenbrenner, 12, 16, 19, 32, 34, 45, 46, 47, 48, 50, 53, 117, 162, 177, 191, 195, 325, 326, 335, 337
Bruchon-Schweitzer, 160, 162, 192, 196, 308, 322
Brun, 147, 204
Bryant, 40
Buchner, 65, 196
Cancian, 99
Caplan, 155
Cardinal, 12, 19, 22, 33, 40, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 50, 53, 195, 326
Caria, 122, 186, 194, 197, 323
Caroly, 186, 197, 338
Carr, 164, 193
Causse, 86
Cavet, 144
Chardon, 20, 196
Chastang, 144
Chauvier, 102, 252
Cherkaoui, 123, 131, 168, 193, 196
Childs, 79
Chou, 167
Christensen, 158, 191
Clappier, 177
Clarke, 147
Clot, 14, 186, 194, 197, 323, 329, 338
Cloutier, 46
Cobb, 149
Cocandeau-Bellanger, 110
Cohen, 161, 347
Constantinidès, 353
Coon, 163, 192, 193, 228
Cooper, 147, 151, 204
Corbet, 40
Corriveau, 46
Cossette, 187, 189, 194, 197, 338
Côté, 339, 340
Coutarel, 186, 197, 338
Coutreau, 189
Cox, 146, 152, 155, 159, 164, 166
Crawford, 157
Cucchi, 92
Cuny, 10, 13, 145
Cutrona, 165
Dahlgren, 39, 326
Damamme, 123
Daniellou, 170, 186, 197, 338
de Hennezel, 363

de Jonge, 151, 157
 de Keyser, 148, 151
 De Winter, 142
 Dedessus-Le-Moustier, 134
 Dejours, 14, 166, 172, 173, 174, 175, 191, 192,
 194, 197, 201, 324, 329, 347
 Demerouti, 157
 Derks, 146
 Deruelle, 351
 Devetter, 64, 77, 90, 96, 131, 196, 199
 Disquay, 17, 105, 203, 309
 Djaoui, 22, 48, 50, 51, 94, 112, 118, 278, 326
 Doniol-Shaw, 283
 Douguet, 134
 Drapeau, 46
 Du Roscoat, 182
 Duchen, 65, 196
 Dussuet, 13, 52, 82, 83, 85, 95, 195, 198, 274,
 281, 285, 293, 329
 Egido, 17, 105, 152, 203, 247, 252, 309, 358
 Ehrenberg, 340
 Endler, 163, 165
 Ennuyer, 13, 17, 31, 36, 37, 42, 84, 86, 87, 95,
 103, 116, 194, 195, 281, 282
 Falkum, 164
 Farvaque, 12, 17, 77, 88, 89, 93, 95, 96, 164,
 178, 179, 192, 193, 196, 198, 199, 201, 202
 Fayard, 122, 186, 194, 197, 323, 338
 Fernandez, 46
 Fernández Macías, 144
 Feroldi, 33, 38
 Fischer, 101, 111, 117, 167, 182, 183, 185
 Fishbein, 14, 171, 183, 193, 197, 333, 360
 Fiske, 119, 174
 Flament, 257
 Fletcher, 167
 Folkman, 14, 132, 155, 159, 160, 161, 162, 164,
 165, 166, 191, 192, 197, 199, 201, 337, 360
 Foucault, 108, 109, 118, 130, 196, 327, 334
 Fouquet, 85
 Fournier, 86
 Fraise, 82, 281
 Freedy, 165, 193
 French, 149, 155
 Fuhrer, 92
 Fustier, 281, 293, 329, 344
 Gagné, 12, 22, 40, 42, 53, 195, 326
 Gardell, 154
 Gautier, 121
 Gauvin, 20, 31, 32, 34, 45
 Gaymard, 121, 177
 Geller, 165, 193
 Gilligan, 98, 104, 106, 107, 115, 118, 124, 126,
 128, 241, 246, 260, 287, 292
 Glass, 33
 Godin, 14, 171, 184, 185, 193, 197, 333, 336,
 339, 340, 360
 Gollac, 144, 190
 Gosselin, 155
 Goubert, 22
 Gray-Stanley, 141, 168, 191
 Green, 19, 34, 45, 53, 195
 Greugny, 56, 59, 61, 73, 74, 196
 Griffiths, 146, 150, 152, 153, 159, 164, 191
 Grojean, 135, 336
 Grosjean, 77, 146, 147
 Grygielski, 168
 Guerrin, 338
 Guggemos, 58
 Guilbert, 121
 Guimelli, 257
 Hamel, 38, 39
 Hansez, 148, 152, 241
 Harrison, 155
 Hartweg, 187
 Héas, 133
 Hellemans, 152, 154
 Henry, 134
 Heslon, 129, 130
 Hilderbrandt, 142
 Hirigoyen, 143
 Hiroto, 169
 Hobfoll, 165, 193
 Hurley, 144
 Inan, 76, 196
 Irachabal, 146
 Ivers, 147, 204
 Jackson, 330
 Jeauneau, 12, 202
 Jex, 164
 Jick, 164
 Joensuu, 158
 John, 17, 149
 Jones, 150
 Kahn, 151
 Kamarck, 161
 Karasek, 14, 132, 141, 143, 151, 153, 154, 155,
 156, 157, 158, 178, 179, 193, 196, 197, 269,
 325, 360
 Karnas, 152, 154
 Kermisch, 138
 Kishchuk, 19, 34, 45, 53, 195
 Kivimäki, 133
 Knardahl, 158
 Kohlberg, 107
 Kompier, 142
 Kop, 77, 105, 120, 139, 146, 147, 309, 328, 336
 Koskinen, 158
 Krief, 205
 Kristensen, 158, 191
 Kuoppala, 168
 Kutner, 40
 Labruyère, 86
 Lainé, 61, 64, 196
 Lakey, 168
 Lancry, 148, 149, 159, 164, 165, 166, 193

Lane, 165, 193
 Langlois, 12, 22, 40, 42, 53, 195, 326
 Laroque, 23, 31, 83
 Larue, 61
 Lassare, 152
 Lau, 158
 Laugier, 9, 98, 99, 100, 106, 107, 110, 111, 118,
 122, 130, 132, 168, 196, 199, 286
 Launier, 161
 Lauzier, 155
 Lavarde, 168
 Lawton, 21
 Lazarus, 14, 132, 155, 158, 159, 160, 161, 162,
 163, 165, 166, 169, 191, 192, 193, 197, 199,
 201, 314, 321, 326, 337, 360
 Le Blanc, 151, 155, 192
 Le Bouëdec, 113, 114, 115, 293, 330
 Le Duc, 143
 Leduc, 92, 144
 Lefebvre, 12, 17, 77, 88, 89, 93, 95, 96, 164,
 178, 179, 192, 193, 196, 198, 199, 201, 202
 Legaul, 182
 Legeron, 144
 Lejeune, 205
 Léon, 347
 Lépine, 46, 157
 Leplat, 145, 170, 171
 Lerbet-Sereni, 86, 110, 114, 125, 296, 332
 Lesuffleur, 144
 Livian, 144, 176, 190, 193, 344, 348
 Loones, 12, 17, 56, 77, 86, 92, 96, 131, 167,
 179, 180, 192, 193, 196, 199, 202
 Loubières, 122, 186, 194, 197, 323
 Mailhot, 187, 189, 194, 197, 322, 334, 338, 339,
 362
 Maiuro, 164, 193
 Marchand, 205
 Mark, 146, 147, 150, 155, 157, 158, 337
 Martin, 80, 81, 343
 Martin-Fugier, 80, 81
 Maslach, 330
 Matud, 164
 Mead, 328
 Mermelstein, 161
 Mesnil, 105, 120, 309, 328
 Messaoudi, 12, 17, 77, 88, 89, 93, 95, 96, 164,
 178, 179, 192, 193, 196, 198, 199, 201, 202
 Metzger, 351
 Milland, 257
 Mingasson, 340
 Mitz, 164
 Moisson, 92
 Molinier, 52, 95, 98, 99, 101, 103, 106, 122, 123,
 124, 125, 127, 128, 130, 168, 174, 175, 186,
 193, 195, 196, 199, 280, 283, 305, 330, 336,
 343, 346
 Montargot, 123, 131, 168, 193, 196
 Montmolin, 170
 Montoro, 315
 Montpetit, 166
 Monzanga, 61
 Moquet, 38, 39
 Moré, 92, 116, 119, 123, 131, 132, 197, 200,
 295, 335
 Morou, 24, 25
 Morval, 22
 Moscovici, 328
 Moskowitz, 162
 Motet, 138
 Moulevrier, 282, 285, 290, 297, 344
 Moulin, 56, 59, 61, 73, 74, 196
 Mouzé-Amady, 150
 Mozère, 100, 102, 105, 118, 123, 131, 334
 Muramatsu, 141, 168, 191
 Nache, 182
 Nahemow, 21
 Nakano Glenn, 100, 103, 110
 Nasse, 144
 Ndjaoubé, 158, 168, 191
 Neboit, 10, 134, 141, 148, 328
 Negre, 61
 Negroni, 169
 Niedhammer, 144
 Nielsen, 158, 191
 Njaoubé, 158
 Nouchet, 56, 59, 61, 73, 74, 196
 Ohlsonn, 150
 Olf, 164
 Olikier, 99
 Omalek, 61, 64, 196
 OMS, 8
 Orehek, 168
 Orem, 187
 Pagès, 164
 Paperman, 98, 99, 100, 104, 106, 107, 110, 111,
 117, 122, 123, 127, 130, 132, 168, 194, 196,
 199, 286
 Parent-Thirion, 144
 Park, 160
 Parker, 163, 165
 Paterson, 149
 Paul, 113
 Paulhan, 162, 163, 166, 192, 201, 322, 326
 Pearlin, 165
 Peretti-Watel, 182
 Peritti, 133
 Perrewé, 160
 Peter, 155
 Pezè, 117, 144, 148
 Pin, 20, 31, 32, 34, 45
 Ponnelle, 143, 149, 152, 159, 164, 165, 166, 193
 Potvin, 19, 34, 45, 53, 195
 Prlic, 19, 34, 45, 53, 195
 Quick, 153
 Raïd, 99, 100, 117, 123
 Rascle, 146

Raymond, 105
 Reynaud, 344
 Ribert-Van de Weerdt, 169, 170, 191, 322
 Ric, 170
 Rich, 157
 Richard, 19, 20, 21, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36,
 44, 45, 48, 53, 195
 Rivolier, 169
 Robert, 139, 167
 Robin, 168
 Rogers, 149
 Roselli, 97
 Rosenstock, 185, 186, 339
 Rugulies, 158, 191
 Ruiller, 167
 Russo, 164, 193
 Ruzniewski, 228, 257
 Saint-Jacques, 46
 Sandret, 189
 Sarkar, 167
 Schaufeli, 151, 155, 192, 330
 Schooler, 165
 Seligman, 169, 191
 Selye, 149, 150, 330
 Sermet, 20
 Seror, 182
 Shankland, 133, 145, 164, 182, 186, 192, 317,
 327, 335
 Sherif, 119
 Siegrist, 14, 79, 126, 154, 155, 156, 157, 178,
 197, 199, 328, 360
 Simonet, 186
 Smith, 146, 147, 150, 155, 157, 158, 191, 280,
 337
 Söderfeldt, 150
 Srivastava, 17
 Stoeber, 79
 Strecher, 186, 339
 Supiot, 134
 Tajfel, 328
 Tarquinio, 167, 182, 183, 185
 Theorell, 14, 132, 133, 150, 151, 154, 156, 157,
 196, 197, 360
 Thiérus, 87
 Thoemmes, 148
 Tiberio, 166
 Tourigny, 12, 22, 40, 42, 53, 195, 326
 Tournois, 105, 120, 309, 328
 Tremblay, 20, 31, 32, 34, 45, 90, 97, 191, 196
 Trémine, 99, 101
 Triandis, 183
 Tronto, 13, 17, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105,
 106, 107, 109, 110, 111, 112, 115, 116, 117,
 118, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130,
 132, 193, 194, 195, 196, 197, 200, 291, 322,
 325, 329, 330, 341, 353, 360, 362
 Trudeau, 182
 Turcotte, 184, 185
 Väänänen, 158, 191
 Vahtera, 133
 Valléry, 92, 143, 144
 Van de Leemput, 148, 151, 190
 vanVeldhoven, 157
 Vaxevanoglou, 143, 148, 149, 152, 171, 172,
 191, 328
 Verhliac, 133, 145, 164, 182, 186, 192, 317,
 327, 335
 Vermeylen, 144
 Vézina, 10, 11, 14, 84, 133, 134, 139, 141, 148,
 153, 154, 155, 158, 159, 173, 174, 175, 186,
 191, 197, 328, 338
 Vidalenc, 58
 Villeneuve, 97, 191, 196
 Vion, 169
 Vitaliano, 164, 193
 Vollrath, 146
 Vulbeau, 340
 Weill-Fassina, 10, 13, 145
 Whitehead, 39, 326
 Wittezaele, 114, 334
 Worms, 99
 Yanat, 123, 131, 168, 193, 196
 Zardet, 205
 Zech, 125, 326
 Zellars, 160

Glossaire

A

- AD : aide à domicile
- ADMR : Aide à domicile en Milieu Rural
- AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources : outils d'évaluation du degré de dépendance d'une personne âgée et qui oriente les prestations d'accompagnement proposées. Les critères abordés (relevant entre autres des caractéristiques individuelles, sociales, du domicile, etc.) permettent d'établir 6 profils de dépendance qui vont de 1 à 6, 1 représentant le degré de dépendance le plus élevé.
- ARS : Agence Régionale de Santé. En concertation avec les professionnels et les usagers, elle a pour mission la mise en place de la politique de santé, de la prévention aux soins et de l'accompagnement médico-social à un niveau régional.
- AVF : Assistant de Vie aux Familles, validé par un Titre Professionnel
- AVS : Auxiliaire de vie sociale

C

- CAFAD : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aides à domicile (diplôme ayant précédé le DEAVS et qui donne accès au métier d'Auxiliaire de Vie Sociale)
- CAP ETC : Certificat d'Aptitude Professionnelle Employé Technique de Collectivité (Diplôme caractérisant un emploi d'aide à domicile en catégorie B)
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale. Service des collectivités en charges de la mise en place des actions sociales au niveau local. Son Président est le Maire de la commune concernée.
- CC-BAD : convention collective de la branche de l'aide à domicile qui précise les conditions d'emploi, de travail et les garanties sociales de ce secteur, et qui complète le droit social général.
- CCE : comité cantonal d'entraide (collectivité territoriale assurant un service aux personnes dépendantes, qui emploie des aides à domicile, en mode prestataire).
- CDD : Contrat à durée Déterminée.
- CDI : Contrat à durée Indéterminée.
- CFDT : Confédération française démocratique du travail
- CFE-CGC : Confédération Française de l'encadrement – Confédération générale des Cadres
- CFTC : Confédération Française des travailleurs Chrétiens
- CGT : Confédération Générale du Travail
- CGT-FO : CGT-Force Ouvrière
- CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail. Au sein d'une entreprise, ce comité composé de membres représentant le personnel s'assure que les conditions d'exercice du travail sont conformes à l'obligation de sécurité que l'employeur a vis-à-vis de ses salariés.
- CODERPA : Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées. Ce comité consultatif est composé de représentant des populations âgées et de professionnels exerçant auprès d'eux. Il a pour mission de participer à l'élaboration des mesures de toute nature les concernant.

D

- DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques. Ce service statistique public français a pour mission d'apporter des données statistiques et des analyses éclairant les politiques d'emploi, de travail et de formation professionnelle.
- DEAS : Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant.
- DEAVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. Ce service dépend du service statistique public français et contribue à apporter des données statistiques et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

E

- ESS : Economie Sociale et Solidaire. D'après la définition établie par le gouvernement français, ce concept désigne « *désigne un ensemble d'entreprises organisées sous forme de coopératives, mutuelles, associations, ou fondations, dont le fonctionnement interne et les activités sont fondés sur un principe de solidarité et d'utilité sociale* »¹⁴².

G

- GAPP : Groupes d'échanges d'analyse des pratiques professionnelles.

M

- Mandataire : mode d'intervention dans lequel la personne aidée est employeur du personnel d'intervention (ici, l'aide à domicile) mais dont la gestion administrative est assurée par un service dit mandataire (intervenant tel un tiers).

O

- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONISEP : Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions

P

- PDT : Psychodynamique du travail
- PIB : Produit Intérieur Brut
- Prestataire : mode d'emploi des aides à domicile qui dépendent d'une structure qui est son employeur et qui met temporairement à disposition ses collaborateurs pour intervenir auprès d'un tiers (la personne aidée) pour qui il assure la coordination d'une prestation/d'un service. La personne aidée est cliente (ou bénéficiaire) de la structure prestataire dont l'aide à domicile est un salarié.

¹⁴² <http://www.economie.gouv.fr/cedef/economie-sociale-et-solidaire>

- PRS : Projet Régional de santé. Outil régional de pilotage de la politique de santé.

R

- RH : Ressources Humaines
- RNCP : Répertoire national des certifications professionnelles.
- RPS : Risques psycho-sociaux.

S

- SAAD : Service d'Aide à domicile
- SROMS : Schéma Régional d'Organisation médico-sociale. Élément composant les projets Régionaux de santé regroupant les soins, la prévention et la prise en charge médico-sociale.

U

- UNA : Union Nationale d'Aide de soins et des services au domicile
- UNADMR : Union Nationale de l'ADMR
- UNCCAS : Union Nationale des CCAS
- UNSA/SNAPAD : Union Syndicale des Syndicats Autonomes (appliqué à la branche du service à domicile)
- USB : Union Syndicale de la Branche de l'aide à domicile

V

- VAE : Validation des Acquis de l'Expérience. Dispositif français permettant l'obtention d'un diplôme par validation des compétences acquises dans l'expérience professionnelle et extra-professionnelle. La VAE sur un diplôme peut être totale ou partielle. Dans le premier cas, le candidat soutient un dossier justifiant des compétences acquises mais n'a pas à suivre de formation.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION GENERALE	8
PARTIE 1 : SANTE AU TRAVAIL ET DEVELOPPEMENT ECOLOGIQUE HUMAIN : L'INDIVIDU AU CŒUR D'INTERACTIONS DE SYSTEMES MULTIPLES	16
CHAPITRE 1ER : L'ECOSYSTEME DE LA PERSONNE AGEE ET LES POLITIQUES SOCIALES DE L'ACCOMPAGNEMENT : (RE)CONSIDERER LA PLACE DES AIDES A DOMICILE POUR UN « BIEN VIEILLIR » DES PERSONNES AGEES	19
1. Evolution des politiques sociales en France, orientées sur les personnes âgées	22
1.1. Les principales réglementations françaises encadrant l'action sociale gérontologique	23
1.1.1. Loi 2002-2 : la rénovation de l'action sociale et médico-sociale	23
1.1.2. Evaluations et bonnes pratiques professionnelles	24
1.1.3. Le droit d'option ou l'accès au sésame pour intervenir auprès des publics vulnérables	26
1.1.4. Loi HPST ou coordination organisée des services de soins : qualité, efficacité, performance ?	27
1.2. Orientations des plans stratégiques et dispositifs territoriaux d'intervention sociale	27
1.2.1. Le SROMS	28
1.2.2. Le PRS Breton	29
1.3. Politiques sociales « centrées » sur la personne âgée : des inadaptations d'application	30
2. Approche écologique et promotion de la santé des personnes âgées	32
2.1. L'approche écologique du vieillissement	32
2.2. Le modèle écologique de Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic & Green (1996)	34
2.3. L'environnement « théorique » de la personne âgée	35
2.3.1. Application du modèle de Richard & Al. (1996)	35
2.3.2. Effets et limites des décisions et programmes issus de l'environnement distancé	35
2.4. Description des acteurs caractérisant l'environnement de la personne âgée	36
2.5. La promotion de la santé des personnes âgées	38
2.5.1. Les déterminants de la santé	38
2.5.2. Le modèle écologique de Cardinal & Al. (2008)	40
2.5.3. L'aide à domicile : professionnalisme et intimité dans l'intervention gérontologique	42
3. Environnements multiples des personnes âgées	44
3.1. Les limites des niveaux du modèle de Cardinal & Al. (2008)	44
3.2. Approche écosystémique de Bronfenbrenner (1976; 1979; 1994)	46
3.3. La place prépondérante des acteurs de terrain pour un « <i>vieillissement réussi</i> »	48
4. Les enjeux de prendre soin des aides à domicile pour prendre soin des aînés	50
5. Conclusion du Chapitre 1er	53
CHAPITRE 2 : DES SERVICES ET DES METIERS EN DEMANDES DANS LE SECTEUR DU DOMICILE	56
1. L'aide à domicile : métiers et situation de l'emploi	57
1.1. Marché de l'emploi du domicile : état des lieux et projections (INSEE)	58
1.1.1. Situation de l'emploi : caractéristiques françaises et bretonnes	58
1.1.2. Contexte et caractéristiques du secteur social breton	59
1.1.3. Spécificités du maintien à domicile	61
1.1.4. L'avenir de l'emploi	63
1.2. Agent, employé à domicile et Auxiliaire de Vie : la catégorisation des métiers	66
1.2.1. La convention collective : la « BAD »	67
1.2.2. Les catégories	67
a) A : Le « parachuté » : l'agent à domicile	72
b) B : Le « qualifié » : l'employé à domicile	72
c) C : L'« inconnu-reconnu » : l'auxiliaire de vie	73
1.3. Chômage vs difficultés de recrutement : quid des postes vacants dans l'aide à domicile ?	73
2. L'aide à domicile : le présage de problématiques de santé	75
2.1. L'absentéisme révélateur d'un métier difficile ?	76

2.2.	Des indicateurs d'une santé altérée	77
2.2.1.	Enquêtes épidémiologiques et sectorielles sur la santé des aides à domicile.....	77
2.2.2.	La santé professionnelle difficile à prévenir du fait du contexte d'exercice au domicile.....	78
2.2.3.	Le stress des soignants et des professionnels de la relation.....	79
3.	Manque d'attractivité du métier : un passif chargé d'histoire	80
3.1.	Les évolutions de la domesticité d'après Martin Fugier (2004)	80
3.2.	L'approche associative : don et charité chrétienne.....	81
3.3.	La reconnaissance d'un statut : l'employé à domicile sous convention collective.....	83
3.4.	Les politiques d'emploi ayant contribué à une déqualification des professionnels	84
3.5.	La création du DEAVS, l'Auxiliaire de Vie Sociale diplômée	87
4.	L'aide à domicile : métier à risque ?	88
4.1.	Pénibilité ressentie	88
4.2.	Les conditions de travail	89
4.2.1.	Le temps de travail	89
4.2.2.	Les charges physiques.....	91
4.2.3.	Les travailleurs seniors	91
4.2.4.	Les difficultés relationnelles	92
4.2.5.	Les plaintes	92
4.3.	Les principaux facteurs de risques du métier d'aide à domicile.....	93
4.4.	L'aide à domicile ou l'étrangère intimité	94
5.	Conclusion du Chapitre 2	94
CHAPITRE 3 : CARE, ETHIQUE ET DEVELOPPEMENT ECOLOGIQUE HUMAIN.....		98
1.	Définitions du care.....	99
2.	Agents/acteurs du care	102
3.	Ethique, care et démocratie	104
4.	La tension du prendre soin : se soucier des autres et/ou de soi ?	107
5.	La pratique du care	110
5.1.	Les phases du care selon Tronto (1993)	111
5.2.	Care et/ou/est accompagnement	112
6.	Le care dans le modèle écologique du développement humain.....	115
6.1.	Des relations asymétriques	115
6.2.	La place du care dans l'environnement de la personne.....	117
6.3.	Quelle place au souci de soi ?.....	118
7.	La « norme de sollicitude » des aides à domicile selon Avril (2008)	120
8.	Les risques du care sur la santé des aides à domicile	121
8.1.	L'aide à domicile : missionnée jour et nuit pour le care	122
8.1.1.	Le care à temps plein ?.....	122
8.1.2.	Un accès inégal au care	124
8.2.	L'attachement versus la distanciation.....	124
8.3.	La dévalorisation du care et le manque de reconnaissance	125
8.4.	Conflits de care.....	126
8.5.	Les dilemmes moraux et la responsabilité	127
8.5.1.	L'absentéisme pour stratégie d'ajustement au dilemme	128
8.5.2.	Le temps d'un care moral derrière la technicité ?	129
9.	Conclusion du chapitre 3	129
CHAPITRE 4 : SANTE AU TRAVAIL : ENTRE OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RISQUES DANS L'AIDE A DOMICILE.....		133
1.	Cadre réglementaire de la santé au travail.....	135
1.1.	La santé à partir des risques	136
1.1.1.	Les risques professionnels	137
	a) Le concept de risque	137
	b) Facteurs de risque et pénibilité au travail.....	139
	c) Les risques professionnels.....	140
1.2.	Des TMS aux RPS : la souffrance psychique au travail	141
1.2.1.	Les TMS	142
1.2.2.	Les RPS	143

2.	Les modèles explicatifs de santé au travail	145
2.1.	Evolutions des objets d'études en santé au travail selon Cuny & Weill-Fassina (2012).....	145
2.2.	Courants théoriques dans le champ du travail et de la santé	146
3.	Le stress professionnel	147
3.1.	Définitions.....	147
3.2.	L'approche théorique biopsychosociale du stress	149
3.2.1.	Approche physiologique : le stress comme réponse	149
3.2.2.	Le stress comme stimulus.....	150
3.2.3.	Les facteurs de stress au travail	151
3.3.	Conceptions psychologiques populaires du stress au travail.....	152
3.3.1.	Les conceptions interactionnistes.....	152
	a) Les modèles bi et tridimensionnel de Karasek (1979; Karasek & Theorell, 1990)	153
	b) Le modèle équilibre effort-récompense de Siegrist (1996).....	154
	c) Déclinaisons ultérieures du modèle de Karasek et/ou Siegrist	156
	d) La prédictibilité et son rôle dans le processus de stress	158
3.3.1.	Conception transactionnelle du stress	159
	a) La théorie cognitive du stress (Lazarus & Folkman, 1984)	159
	b) Les évaluations cognitives.....	161
	c) Les stratégies d'ajustement ou coping.....	162
	d) Mise en œuvre des <i>coping</i> et ressources.....	165
3.3.2.	Le soutien social	167
3.4.	Les approches modernes complémentaires et intégratives	169
3.4.1.	Psychologie de l'émotion.....	169
3.4.2.	Ergonomie du travail	170
3.4.3.	Psychodynamique du travail.....	172
4.	Enquêtes de santé dans le secteur de l'aide à la personne : constat critique	175
4.1.	Diagnostic Santé et travail dans les services à domicile bretons.....	177
4.2.	L'effet de la formation et de l'ancienneté	178
4.3.	Le soutien social dans l'aide à domicile ?	179
5.	Démarche préventive et changement de comportements	181
5.1.	Intervention préventive	182
5.2.	Les théories du changement comportemental en prévention.....	183
5.2.1.	Les théories de Azjen sur les modifications comportementales.....	183
	a) Théorie de l'action raisonnée (TAR), par Fishbein & Ajzen (1975).....	183
	b) Théorie du comportement planifié (TCP), par Ajzen (1991)	184
5.2.2.	Le modèle intégrateur de Godin (2002).....	184
5.2.3.	Les limites des modèles actuels	185
5.3.	Agir sur sa santé : pouvoir d'agir et <i>empowerment</i> ?	186
5.3.1.	Prévention et autosoins (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013)	187
	a) Attributs.....	187
	b) Antécédents	188
	c) Conséquences.....	188
5.3.2.	Le refus de poursuivre ou réaliser une tâche qui affecterait leur santé.....	189
6.	Conclusion du chapitre 4	189
PARTIE 2 : APPORTS EMPIRIQUES SUR LA SANTE ET LE TRAVAIL DES AIDES A DOMICILE DANS L'EXERCICE DU CARE		195
CHAPITRE 5 : PRESENTATION DE LA PHASE EMPIRIQUE		195
1.	Rappel de la problématique	195
2.	Hypothèses	198
2.1.	Hypothèse générale	198
2.2.	Hypothèses opérationnelles.....	199
2.2.1.	Une souffrance majorée des contraintes temporelles et des relations (H1).....	199
2.2.2.	Des caractéristiques spécifiques pour chaque fonction du métier (H2).....	200
2.2.3.	Les effets de l'éthique du <i>care</i> sur la pratique et les comportements préventifs (H3)	200
2.2.4.	Des stratégies d'ajustement indicatrices du stress au travail (H4).....	201
2.2.5.	Liens entre qualification, forme de l'apprentissage et le rapport au travail (H5).....	201
3.	Méthodologie	201

4.	Introduction des résultats : caractérisation globale du corpus qualitatif	207
4.1.	Grandes lignes de l'analyse de contenu thématique	207
4.2.	L'analyse lexicographique globale du discours	209
4.3.	Cinq classes explicatives du discours	210
4.3.1.	Souffrance psychique au travail	211
4.3.2.	Affection corporelle de la santé	212
4.3.3.	Conditions de travail et rapport au temps dans la vie professionnelle et personnelle	213
4.3.4.	Métier, formation et activités	214
4.3.5.	Relations institutionnelles et (non) communication	216
4.4.	Profils les plus représentatifs du discours classé	216
4.5.	Sujets abordés dans les thématiques	217
4.6.	Une place au discours non verbal	218
5.	Conclusion du chapitre 5	222
CHAPITRE 6 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS		223
1.	Le temps et les relations sont facteurs de stress	223
1.1.	La pression temporelle	224
1.1.1.	Le planning et les conditions de travail	225
1.1.2.	Le temps professionnel ménagé et le temps personnel dévoré	227
1.2.	Les problématiques humaines et sociales	229
1.2.1.	Les personnes aidées	229
1.2.2.	L'environnement du domicile	230
1.2.3.	Organisation, collègue et hiérarchie	231
1.2.4.	Le manque de reconnaissance	232
1.2.5.	L'insuffisance de soutien social et la nébuleuse de « réunions »	233
1.3.	Les contraintes interactionnelles	239
1.3.1.	Le rapport à l'aidé vulnérable	239
1.3.2.	La pression des familles	239
1.3.3.	L'absence des collègues	240
1.3.4.	La relation ambivalente à la hiérarchie	240
1.4.	Validation de H1 : « auto-boulot-auto-boulot-dodo »	240
2.	Les spécificités catégorielles	242
2.1.	Les sources de difficultés	243
2.2.	Le manque de reconnaissance différemment vécu	244
2.2.1.	Les agents à domicile intègrent les représentations « réductrices »	244
2.2.2.	Les employés à domicile revendiquent l'apport de la qualification	246
2.2.3.	Les auxiliaires de vie : entre aide à domicile et aide-soignant	248
2.3.	L'absence d'expression de l'agent à domicile	249
2.3.1.	Le travail à faire et les manques relationnels avec l'équipe de travail	250
2.3.2.	Une souffrance non-dite	251
2.3.3.	Le silence des Agents : le mutisme d'ANASTASIA	254
2.3.4.	Les révélations des silences	256
2.3.5.	Consignes de substitution et libération de la parole	257
2.4.	L'insatisfaction des employés à domicile	257
2.4.1.	La santé du corps	258
2.4.2.	Le poids de la relation à la personne aidée, sa famille et le deuil	259
2.4.3.	Le manque du responsable	262
2.4.4.	Qualifiés mais pas reconnus	263
2.5.	La pénibilité psychique des Auxiliaires de vie	264
2.5.1.	Le stress au travail	264
2.5.2.	La pression du temps et la charge de travail	266
2.5.3.	L'accompagnement de la dépendance et le sens du métier	267
2.5.4.	L'importante communication dans le travail	270
2.6.	Validation de H2 et H5 : spécificités catégorielles et de qualification	271
3.	Aide à domicile, rapports au care et à leur santé	276
3.1.	Caractéristiques et conséquences sur la santé de ces métiers de care	276
3.1.1.	Les vocables de l'accompagnement	277
	a) Personnes aidées	278

b)	Les missions de <i>care</i>	279
c)	Le temps de travail manuel et la pause relationnelle	284
3.1.2.	Les caractéristiques du <i>care</i> dans l'aide à domicile	285
a)	La relation privilégiée	285
b)	Des compétences nécessaires.....	287
3.2.	Effet de la perception du public sur le travail et le rapport à la santé.....	289
3.2.1.	L'empathie pour les faibles.....	290
3.2.2.	La colère contre les « <i>emplois-confort</i> »	291
3.2.3.	Le poids des responsabilités	293
3.3.	Le rapport à la santé des pourvoyeurs de <i>care</i>	297
3.3.1.	Distancié et utilitariste chez l'agent à domicile	298
3.3.2.	La prévention identifiée mais peu appliquée chez l'employé à domicile	299
3.3.3.	Une utopie de la prévention de la santé chez l'auxiliaire de vie	300
3.3.4.	Evaluation de la santé perçue.....	302
3.4.	Validation de H3 : la perception du <i>care</i> influe le rapport à sa propre santé	304
4.	La santé au travail : prévention et stratégies d'ajustement.....	306
4.1.	« Gestes et postures » : un idéal de prévention de la santé.....	307
4.2.	Stratégies de <i>coping</i> des aides à domicile	307
4.2.1.	Soutien social informationnel et émotionnel - professionnel.....	310
a)	Le responsable hiérarchique	310
b)	Les collègues	312
4.2.2.	Evitement et effacement.....	313
a)	Taire et/ou minimiser la difficulté.....	313
b)	Fuir mentalement la situation	314
c)	Désir d'oubli et pensée magique	315
d)	Cacher... pour se montrer fort - compétent	316
e)	Un devoir professionnel de se contenir	317
4.2.3.	La rationalisation	318
4.2.4.	Rappeler le cadre autorisé des interventions	319
4.2.5.	Réfléchir sur sa pratique pour donner du sens.....	319
4.2.6.	La résignation.....	320
4.3.	Validation H3/H4 : la perception du <i>care</i> influence la prévention de la santé au travail.....	321
5.	Conclusion du chapitre 6	322
CHAPITRE 7 : DISCUSSION ET PROPOSITIONS		324
1.	L'ambivalence du travail de <i>care</i> sur la santé des pourvoyeurs	324
1.1.	Le travail de <i>care</i> est-il mauvais pour la santé ?.....	325
1.2.	Comment concilier la réalisation du <i>care</i> et la prévention de la santé des aides à domicile ?	331
1.3.	Quelle place donner au <i>self-care</i> dans la prévention de la santé des aides à domicile ?	334
1.4.	Ebauche de modèle intégratif du <i>self-care</i> en éducation préventive de la santé au travail.....	336
2.	Propositions de mesures organisationnelles	340
2.1.	Le rôle de l'Organisation dans la prévention de la santé	342
2.1.1.	Des propositions à adapter aux spécificités des emplois	342
2.1.2.	Agir pour développer les ressources sociales au sein des équipes professionnelles.....	342
a)	Formaliser des équipes visibles.....	343
b)	Ouvrir et structurer des espaces et des temps d'échanges réels.....	346
c)	Aménager le temps de travail afin de permettre la conciliation des sphères de vie	348
2.1.3.	Responsabilisation de l'employeur et du manager de proximité.....	348
2.1.4.	Evaluation des pratiques innovantes du secteur	349
2.1.5.	Propositions de prévention adaptées aux problématiques catégorielles	350
2.2.	Contribuer au développement d'une capacité de <i>self-caring</i>	351
2.3.	Synthèse des propositions organisationnelles préventives de la santé des aides à domicile... 351	
2.3.1.	Illustrations générales pour managers	352
2.3.2.	Exemples de propositions concrètes : boîte à outils préventifs du manager.....	353
a)	La prévention du corps	354
b)	La sécurisation morale et affective	355
c)	La création et le renforcement des équipes de travail.....	357
3.	Conclusion du chapitre 7	358

CONCLUSION GENERALE	359
BIBLIOGRAPHIE.....	364
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	383
TABLE DES TABLEAUX	385
INDEX DES AUTEURS	386
GLOSSAIRE	390
TABLE DES MATIERES	393

RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population et les conséquences de la dépendance font évoluer les besoins d'accompagnement. Cette problématique est majeure en Bretagne. L'accompagnement de la personne âgée est réalisé par les aidants naturels et différents professionnels parmi lesquels les aides à domicile. Les enquêtes épidémiologiques présentent ces derniers comme exerçant un métier à risque : le métier relationnel, l'isolement professionnel et les conditions de travail pénibles et précaires fragiliseraient leur santé. A partir des approches écologiques et socio-environnementales définissant les déterminants du développement individuel, nous identifions une interdépendance forte entre les aides à domicile et la personne âgée. Cette recherche repose sur l'idée que la disposition de santé des aides à domicile participe au « bien-vieillir » dont ils sont des leviers majeurs. L'objectif de ce travail vise à proposer de nouveaux axes de prévention de la santé à destination de ces pourvoyeurs du care, dont les effets favorables contribueront à conforter l'accompagnement des personnes âgées. Nous avons réalisé une analyse approfondie sur 32 entretiens d'aides à domicile du secteur prestataire. Les résultats confirment une situation de santé sensible. Les valeurs associées au care et au travail social en contraignent la prévention, par un effacement de soi lié à un care perçu comme devant en priorité bénéficier à l'Autrui dépendant. Ce constat conduit à intégrer une nouvelle dimension dans les modèles de prévention de la santé, la capacité de « self-care », nécessitant un apprentissage et constituant le déterminant de la propension au comportement préventif, à ce jour peu mis en œuvre par les aides à domicile.

mots-clés : Aide à domicile, care, santé au travail, prévention, personnes âgées, self-care.

ABSTRACT

The ageing of the population and the consequences of dependence are changing support needs. These problems are major in Bretagne. The accompaniment of the old person is carried out by the family and various professionals among whom the home-care worker. Epidemiological surveys have them as exercising a profession at risk: the relational work, professional isolation and painful and precarious working conditions weaken their health. From the ecological and socio-environmental approaches defining the determinants of individual development, we identify a strong interdependence between the home-care worker (caregivers) and the elderly. This research is based on the idea that the health disposition of caregivers participates in the "well - ageing" of which they are the major levers. The objective of this work is to propose new axes of health prevention destined for these providers of care, whose positive effects will contribute to consolidate support for the elderly. We conducted a thorough analysis on 32 interviews of caregivers in the service provider sector. The results confirm a sensitive health situation. The values associated with care and social work compel prevention, by erasing oneself linked to caring perceived as being in priority beneficial to others who are dependent. This observation led to integrate a new dimension in the prevention models of health, the ability to "self-care", requiring learning and forming the determinant of the propensity to preventive behavior, which to date is little implemented by the caregivers.

keywords : Home care, care, occupational health, prevention, older people, self-care.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Soazig Disquay
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **27 / 09 / 2015**