

## Gestion des émotions, santé et régulation du travail dans les services à domicile

Annie Dussuet

Volume 6, numéro 2, 2011

Travail des femmes et santé : un dialogue France-Québec

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1006123ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1006123ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Centre d'étude et de recherche sur l'emploi, le syndicalisme et le travail

ISSN

1918-9354 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dussuet, A. (2011). Gestion des émotions, santé et régulation du travail dans les services à domicile. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 6(2), 102–127. <https://doi.org/10.7202/1006123ar>

Résumé de l'article

L'article s'intéresse à l'impact de la gestion des émotions dans le secteur des services à domicile. Dans ce monde où l'on trouve quasi uniquement des femmes comme salariées, gérer les émotions constitue une partie indispensable mais invisible du travail. Produire un service de qualité suppose en effet sa « personnalisation » et cela impose aux salariées de tenir compte d'autrui dans la réalisation même de leurs tâches, dans une posture de genre, caractéristique du travail au féminin. Si cet engagement dans la relation est bien un travail à part entière, qui nécessite un apprentissage, sa similitude avec les tâches et les postures de la sphère domestique tend à l'occulter, posant ainsi la question de sa reconnaissance. Faute de celle-ci, la gestion des émotions, surtout lorsqu'elle est effectuée dans l'isolement, devient une source de risques pour la santé de salariées en manque d'identité professionnelle. *A contrario*, l'existence de temps et d'espaces, où peut émerger un collectif qui assure une certaine régulation du travail émotionnel, constitue un dispositif de prévention minimal pour la santé de ces salariées. Cela démontre l'importance d'élaborer un cadre « public » à ce travail effectué dans la sphère privée.

## Gestion des émotions, santé et régulation du travail dans les services à domicile

Annie DUSSUET,  
Université de Nantes, France

### SOMMAIRE

L'article s'intéresse à l'impact de la gestion des émotions dans le secteur des services à domicile. Dans ce monde où l'on trouve quasi uniquement des femmes comme salariées, gérer les émotions constitue une partie indispensable mais invisible du travail. Produire un service de qualité suppose en effet sa « personnalisation » et cela impose aux salariées de tenir compte d'autrui dans la réalisation même de leurs tâches, dans une posture de genre, caractéristique du travail au féminin. Si cet engagement dans la relation est bien un travail à part entière, qui nécessite un apprentissage, sa similitude avec les tâches et les postures de la sphère domestique tend à l'occulter, posant ainsi la question de sa reconnaissance. Faute de celle-ci, la gestion des émotions, surtout lorsqu'elle est effectuée dans l'isolement, devient une source de risques pour la santé de salariées en manque d'identité professionnelle. *A contrario*, l'existence de temps et d'espaces, où peut émerger un collectif qui assure une certaine régulation du travail émotionnel, constitue un dispositif de prévention minimal pour la santé de ces salariées. Cela démontre l'importance d'élaborer un cadre « public » à ce travail effectué dans la sphère privée.

*Mots-clés: Femmes, santé, émotions, travail, services, sphère privée*

## INTRODUCTION

Le développement de l'activité professionnelle féminine dans le dernier tiers du XX<sup>e</sup> siècle a largement contribué aux transformations des formes et de la place du travail dans les sociétés occidentales. Cette féminisation de la population active s'est opérée à la faveur de la tertiarisation des activités ; ainsi, l'emploi des femmes se trouve aujourd'hui concentré dans un petit nombre de domaines, tout particulièrement dans les services d'éducation, de santé et d'action sociale, tant en France (Meron, Okba, Viney, 2006), qu'au niveau européen (Eurostat, 2008). Le mouvement de salarisation des femmes s'est donc en grande partie effectué à travers des emplois marqués comme féminins, tels, en France, ceux d'assistantes maternelles (99% de femmes), d'employées de maison (98%) ou de secrétaires (97%), et qui réalisent une forme d'externalisation des fonctions remplies par les femmes dans le cadre familial à travers le travail domestique non rémunéré. Leur travail comme salariée consiste alors le plus souvent, de façon centrale ou périphérique, à « aider », à « prendre soin » des autres, dans une attitude proche de celle à laquelle elles sont assignées dans l'espace privé domestique.

Dans ces emplois de services, poser la question de la santé au travail est difficile, les salariées étant couramment perçues comme bénéficiant de conditions de travail relativement « confortables », vis-à-vis de celles des salariés masculins de l'industrie. Pourtant les études épidémiologiques ont mis en évidence l'importance qu'y prennent certaines affections telles que les troubles musculo-squelettiques (TMS) ou le stress. La dernière enquête SUMER (2003) note que « *les postures pénibles concernent en premier lieu les ouvriers de type artisanal, mais également les femmes employées dans le commerce ou les services aux particuliers* » (Arnaudo et coll. 2006, p. 1), soulignant ainsi les risques d'atteinte physique que comportent aussi certains métiers de service. Mais outre ces contraintes posturales, les services imposent aussi souvent des contacts directs avec le public bénéficiaire, qui constituent également un risque, du moins de plus en plus de salariés le ressentent-ils comme tel. Lors de l'enquête SUMER, « *40 % des employés de commerce et de service en contact avec le public s'estiment exposés à un risque d'agression physique en 2003* » (Arnaudo et coll., 2004, p. 4). Sous l'apparence banale de gestes demandant peu d'efforts physiques, le travail dans les services exige donc des travailleur-se-s un engagement dans l'activité qui leur impose une charge mentale forte et qui se répercute sur leur santé aussi bien psychique que somatique. De plus, les évolutions contemporaines des organisations vers la polyvalence, l'accroissement de l'autonomie et des compétences, qui pourraient *a priori* sembler bénéfiques pour la santé, se doublent souvent d'une intensification du travail à travers la pression exercée directement par la demande et les contraintes de temps, génératrices d'un sentiment d'urgence. Les liens entre travail et santé dans les services, sont donc particulièrement complexes et nécessitent, pour être explicités, de s'intéresser, au-delà des nécessaires investigations épidémiologiques, à la manière dont les salarié-e-s concerné-e-s envisagent leur travail et perçoivent les conditions dans lesquelles il est effectué<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Les résultats des enquêtes épidémiologiques montrent l'importance du lien entre les facteurs dits « psychosociaux » et les atteintes à la santé physique des travailleur-se-s, telles les TMS (voir par exemple : Ha C., Roquelaure Y., 2010, « Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle en France. Où en est-on aujourd'hui ? », Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n°5-6, p. 36). C'est pourquoi il semble impossible de dissocier dans l'analyse santé physique et santé mentale.

À cet égard, les services à domicile<sup>2</sup> constituent un bon point d'observation de ce qui est engagé plus spécifiquement par les femmes dans leurs activités de travail. Occupant des salariées femmes à 99 %, ils sont en effet exemplaires du type de travail attendu des femmes, y compris sous forme salariée. Parce que ces services se substituent à des tâches banalement quotidiennes, souvent réalisées sans rémunération ni formation particulière par des femmes pour leur entourage familial, ils ne semblent guère réclamer de savoir-faire spécifiques. Il s'agirait tout juste de « prendre soin » et non de « soigner » : le « care » sans le « cure », en quelque sorte. Cela explique au moins en partie la confusion qui y est bien souvent entretenue entre travail et sentiments, comme s'il suffisait d'aimer les personnes auxquelles le service est destiné, pour trouver les moyens de le réaliser.

Dans ces conditions, la question de la santé au travail dans ces services peine à émerger, car la pénibilité et les dangers d'un travail qui ne se laisse pas approcher par une description objective et que tout un chacun peut être amené à effectuer lui-même ponctuellement restent largement imperceptibles au sens commun. Pourtant, ce problème pourrait se révéler majeur dans les années à venir dans un domaine en pleine croissance, que les projections à l'horizon 2015 désignent comme l'un des rares pouvant soutenir l'emploi (Chardon, Estrade et coll., 2005), et où les salariées sont des femmes relativement âgées<sup>3</sup>, ayant souvent connu des déroulements de carrière chaotiques, marqués par les discontinuités, qui devront donc se maintenir dans l'emploi jusqu'à un âge avancé avant d'envisager leur départ à la retraite. L'importance des chiffres<sup>4</sup> d'accidents du travail et de maladie professionnelle<sup>5</sup> en est un premier indice ; de plus, les coûts indirects découlant des atteintes à la santé (Askenazy, 2004), notamment de l'absentéisme et des inaptitudes au travail, devraient imposer rapidement la prise en compte de ces questions.

Comprendre quelles sont les conditions de construction de la santé au travail dans ce secteur si féminisé paraît donc tout à fait essentiel et c'est ce que je tenterai de faire dans le cadre de cet article en m'appuyant tout particulièrement sur les résultats d'une recherche menée entre 2006 et 2008 sur les liens entre organisation du travail et santé<sup>6</sup>, mais aussi sur

---

<sup>2</sup> La liste de ces services fait apparaître une diversité extrême : du ménage aux soins corporels des personnes âgées dépendantes, en passant par la garde d'enfants, l'entretien du linge, ou les courses. Le Plan Borloo de développement des « services aux personnes » de 2005 a encore accru cette diversité en ouvrant le bénéfice des mesures de dégrèvement fiscal à des services comme l'assistance informatique ou les cours particuliers à domicile. Pourtant, l'essentiel des services effectivement délivrés est constitué par l'accompagnement des personnes âgées et le ménage, sur lesquels portera plus particulièrement cet article.

<sup>3</sup> 72 % d'entre elles ont dépassé 40 ans selon le rapport du CERC (CERC, 2008).

<sup>4</sup> Les chiffres fournis par la CNAMTS ne concernent pas l'ensemble du secteur des services à domicile, les salariées de particulier employeur restant largement en dehors des enregistrements statistiques.

<sup>5</sup> Les chiffres publiés en 2008 par la CNAMTS, montrent par exemple un indice de fréquence des accidents du travail qui situe le secteur plus près des activités industrielles que des autres activités de service (CNAMTS, 2008). De plus, la tendance est à la hausse : les premiers résultats pour 2007 signalent une augmentation de près de 10% entre 2006 et 2007.

<sup>6</sup> Cette recherche, intitulée SORG, pour « Santé et ORganisation du travail », financée par l'Agence Nationale de la Recherche, a réuni autour de l'Université de Nantes des chercheurs de disciplines variées, économistes, gestionnaires, sociologues et médecins ; elle a donné lieu à des enquêtes de terrain, de type monographique, portant sur des organisations très différentes, à la fois par le secteur, de l'industrie automobile aux plateaux d'appels téléphoniques, la taille, de la TPE aux entreprises réunissant plusieurs centaines de salariés, et la forme juridique, de l'entreprise privée aux services publics en passant par les associations. Elle s'est en particulier focalisée sur le secteur médico-social, des services hospitaliers aux

l'ensemble de mes travaux concernant ce secteur de ces dernières années<sup>7</sup>. Je montrerai ainsi le rapport entre l'invisibilité<sup>8</sup> du travail fourni par ces salariées et les risques dits « psychosociaux » dont il est porteur, en empêchant les processus de reconnaissance sociale. Une partie essentielle du travail fourni par ces femmes consiste en effet à « gérer des émotions », les leurs et celles des autres ; mais parce que ce travail est invisible et qu'il est perçu comme inhérent à la « féminité », il est le plus souvent dénié, ravalé au rang de « sentiment<sup>9</sup> naturel », par les personnes aidées, leur entourage, et parfois les salariées elles-mêmes. Elles doivent alors non seulement effectuer ce travail, mais également se confronter à l'absence de reconnaissance, voire de mépris, que leurs gestes peuvent entraîner. Le travail sur les émotions, potentiellement constructeur de bien-être au travail à travers le sens qu'il donne, même aux gestes les plus stigmatisés, peut alors devenir un risque pour leur santé.

---

établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et aux services à domicile. Pour ces derniers, ce sont deux grandes associations (1800 et 600 salariés environ) de l'Ouest de la France, à rayonnement départemental, qui ont été observées. Dans ces deux organisations, 50 entretiens approfondis ont été menés, d'une part avec des responsables associatifs, salariés et bénévoles, d'autre part avec des salariées intervenantes à domicile, de différents niveaux de qualification. Pour les intervenantes à domicile, l'entretien semi-directif visait à faire décrire la trajectoire biographique ayant conduit à l'emploi occupé, le travail réalisé, ainsi que les éventuels problèmes de santé rencontrés. Les entretiens recueillis ont été soumis à une analyse thématique afin de faire ressortir d'une part le rapport entretenu au travail, et d'autre part la manière dont les problèmes de santé sont envisagés, ou non, comme liés au travail effectué. C'est donc une approche fondée non sur des indicateurs de fréquence de pathologies, mais sur une définition subjective de la santé qui a été privilégiée. Toutefois, un questionnaire reprenant les éléments des modèles de Karasek et de Siegrist a également été diffusé auprès de l'ensemble des salariés, pour lequel 739 réponses ont été obtenues au total. Elles expriment le constat d'une forte « demande psychologique » adressée aux salariées, ainsi que d'une « latitude décisionnelle » relativement faible, le risque de « tension au travail » (job strain) est donc élevé. Mais une proportion importante des réponses fait aussi apparaître un « soutien social » élevé, qui contrebalance cette tendance et corrobore les résultats de l'enquête qualitative. Enfin, une analyse documentaire a été réalisée à partir des éléments fournis par les deux associations : règlement intérieur, brochures d'accueil destinées aux salariées, aux bénéficiaires des services, ainsi qu'aux responsables bénévoles, *etc.* Elle a permis de mettre en évidence certains outils utilisés dans la régulation du travail.

<sup>7</sup> En particulier une recherche menée en 2007 pour le Service des Droits des Femmes et de l'Égalité sur les parcours professionnels des femmes dans les services à la personne (Doniol-Shaw, Lada, Dussuet, 2007), et deux recherches pour la Délégation Interministérielle à l'Économie Sociale, en 2002 sur les services à domicile aux personnes âgées (Clergeau et coll., 2002 ; Dussuet, 2005), et en 2005 sur les services aux familles (Dussuet et Loiseau, 2007).

<sup>8</sup> Invisibilité dont les auteures féministes ont montré qu'elle était caractéristique du travail réalisé par les femmes (Cresson, 1991, p. 33 ; Kergoat, 1982, p. 49 ; Delphy, 1972, p. 126 ; par exemple).

<sup>9</sup> J'utilise dans ce texte les mots « sentiment » et « émotion », comme de quasi-synonymes, la nuance entre les deux termes tenant à leur inscription différenciée dans le temps. Ainsi l'émotion prendrait plutôt le sens d'un événement ponctuel, alors que le sentiment correspondrait à une disposition plus durable.

---

**LA GESTION DES ÉMOTIONS : UNE PARTIE INDISPENSABLE MAIS INVISIBLE DU TRAVAIL AU FÉMININ****Une « personnalisation » indispensable à la qualité des services offerts...**

Les analyses de l'économie des services mettent en évidence une spécificité importante de la production des services par rapport à celle de biens matériels qui tient à la mise en relation entre le producteur et le consommateur indispensable à la production du service. Le service est donc encadré dans les « *relations sociales de service qui se nouent entre prestataires et usagers à propos de la transformation visée* » (Gadrey, 1992, p.19). Ces relations prennent une importance plus ou moins grande selon les catégories de services : certains sont en effet en partie standardisables, comme les transports, le commerce ou les services bancaires, même si ces derniers tendent aussi à évoluer vers des formes de plus en plus personnalisées. Mais si l'on s'intéresse aux secteurs les plus féminisés des services, éducation, santé, travail social, on remarque que ces derniers nécessitent une adaptation aux bénéficiaires indispensable à leur qualité.

***Tenir compte d'autrui dans le travail : un lien nécessaire pour accomplir des tâches invisibles***

Produire un service « personnalisé » signifie d'abord tenir compte de ses effets sur son destinataire, agir en prêtant attention à ses réactions et en rectifiant en continu son intervention. Il faut souligner que c'est ce que font le plus souvent les femmes dans le cadre domestique quand elles « prennent soin » de leurs proches : le travail de service ne consiste pas tant alors à « faire »<sup>10</sup> qu'à adopter cette posture d'attention à autrui pour opérer des choix, organiser, planifier les tâches matérielles. Certes, tous les travaux réclament une part de charge mentale, mais la spécificité ici consiste à intégrer en continu les répercussions sur autrui du travail accompli : il s'agit d'une « préoccupation » (Dussuet, 1997) dont la pratique se rencontre communément dans la sphère domestique. Elle est alors motivée par l'existence de liens entre les personnes concernées. Mais dans la sphère marchande aussi, alors même que les protagonistes du service sont en principe autonomes, c'est cette dimension qui constitue la « personnalisation » du service et assure sa « qualité ». Celles-ci supposent en effet un ajustement constant aux besoins singuliers des personnes aidées qui impose une telle posture.

Cette caractéristique explique que, dans les services à domicile comme pour les tâches effectuées par les femmes dans leur propre foyer, la description objective du travail est difficile, voire impossible. En entretien, les salariées intervenantes à domicile disent par exemple comment leur tâche est déterminée par cette attention prêtée aux personnes : elles ne font pas le même travail partout, les gestes changent, le temps passé aussi. Cette aide à domicile explique ainsi comment elle réalise de façon spécifique le nettoyage des sols quand elle intervient chez des personnes âgées : « *à force de travailler avec les personnes âgées, on sait ce qu'il faut faire. Par exemple, je passe toujours la serpillière deux fois, une fois avec la sèche parce qu'elles oublient qu'on est là et elles traversent toute la pièce comme ça. C'est des petites choses qu'on apprend sur le long terme. Au début, je mouillais beaucoup les sols mais je sais maintenant qu'il ne faut pas mouiller beaucoup les sols* »

---

<sup>10</sup> Parfois même, le travail consiste justement à s'abstenir de faire, pour laisser faire, ainsi que l'expriment les aides à domicile soucieuses de maintenir une certaine autonomie des personnes âgées qu'elles aident.

(...) *Il faut penser à tout. Il ne faut rien laisser par terre ; on est à deux dans la maison. On n'est pas seule.* ». La tâche apparemment si simple de passer le balai ne se fait pas n'importe comment, ni n'importe quand, mais suppose la prise en compte des singularités de la personne aidée. Les tâches ménagères qui constituent le lot commun de ces intervenantes à domicile ne sont pas réductibles à l'application de techniques d'entretien des objets, elles manifestent constamment, et dans le détail, l'attention, le souci à l'égard des personnes auxquelles elles s'adressent. Implicitement, c'est ce qui définit la qualité du service attendu des salariées à domicile.

Même quand la demande formulée porte uniquement sur des tâches ménagères, l'attente des bénéficiaires est souvent beaucoup plus vaste, englobant des activités très diverses. Elle peut aussi bien signifier un soutien passant essentiellement par la parole. Le problème principal devient alors, pour les intervenantes à domicile, de parvenir à identifier les contours de la sollicitation qui leur est adressée : *« quelquefois, si je vois que la personne a vraiment envie de parler, au lieu de prendre l'aspirateur, je vais prendre le balai. Ça permet de continuer à discuter. Et c'est vrai qu'on est content de voir que quand on arrive ça ne va pas et qu'après quand on repart ça va »*. Les salariées les plus appréciées sont celles qui arrivent à devancer les demandes en anticipant sur les besoins, sans même qu'ils soient explicités. Même s'il s'agit apparemment de *« faire simplement du ménage »*, l'adoption d'une posture morale de souci d'autrui est indispensable pour fournir un service de qualité, réellement *« personnalisé »*.

Or, les intervenantes salariées expliquent qu'elles ne parviennent à adopter cette attitude que quand de *« bonnes relations »*, des relations de *« confiance »*, de proximité sont établies avec les destinataires, ainsi que l'exprime cette auxiliaire de vie sociale : *« si je vois qu'y en a besoin je le fais, je le fais automatiquement, mais ça, on le fait généralement quand la personne a confiance et que... pas au début. Au début, on demande... »*. La qualité du service délivré naît donc de la relation entretenue avec les personnes aidées. Ce n'est que lorsque des liens existent avec les personnes aidées que les salariées peuvent calquer leur action sur le modèle qu'elles adoptent dans leur propre foyer, à l'égard de leurs proches. Elles se conduisent alors, dans l'exercice même de leurs tâches salariées, comme elles le font dans la sphère privée, *« en tant que femme »*, qui pourrait être la fille, l'épouse, voire la mère de la personne aidée. Les sentiments éprouvés à l'égard des personnes aidées obligerait ainsi à une posture facilitant le choix des modalités adéquates d'intervention.

### ***S'engager personnellement dans le service : une posture de genre comme compétence***

Fournir un service véritablement personnalisé exige des intervenantes à domicile des compétences complexes pour réaliser un ensemble de tâches invisibles et non prescrites. La maîtrise de techniques ménagères, même si elle est indispensable, ne suffit pas à mobiliser l'attention à autrui essentielle à la qualité du service délivré. Il faut aussi que la salariée *« y mette du sien »* pour comprendre les situations et leur ajuster son travail : elle réalise alors des tâches cognitives pourtant non prévues par un intitulé de poste défini *a priori* comme poste d'exécution<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Même les *« Auxiliaires de Vie Sociale »*, qui se situent au 3<sup>e</sup> niveau de la hiérarchie des qualifications des intervenantes à domicile, sont censées exercer leur activité *« sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique »* selon l'accord de branche de l'aide à domicile du 29 mars 2002.

Bien que restant toujours implicite, cette dimension du travail est la plupart du temps mise en œuvre par défaut, par les intervenantes qui, parce qu'elles sont des femmes, ont souvent l'expérience dans leur propre foyer de cette attitude de « préoccupation » envers leurs proches. Dans ce cadre, elle est motivée par l'amour qu'elles portent aux personnes de leur cercle familial, conjoint, enfants, parents âgés, tout particulièrement quand ils sont en position de faiblesse. Elles adoptent cette même posture dans leur tâche professionnelle. Les entretiens avec les intervenantes à domicile montrent souvent cette assimilation par les salariées de ces deux situations. Elles expliquent leur compétence par leur expérience domestique : « *Si j'ai fait ça aussi, c'est d'abord parce qu'il fallait que je travaille, mais c'est aussi parce que j'aimais beaucoup les personnes âgées. Je me suis occupée de ma grand-mère, j'ai toujours beaucoup aimé les personnes âgées, ma grand-mère, il y avait que moi qu'elle voulait, alors je me suis dit pourquoi pas, ah oui, je faisais tout, je faisais sa cuisine, je lui faisais son petit café le matin* ». L'apprentissage des tâches qu'elles exécutent comme salariée s'est effectué dans l'espace domestique, à travers la mise en œuvre d'une disposition éthique de souci d'autrui assignée aux femmes, mais en dehors des institutions de formation reconnues. Elles ont alors intégré comme une dimension de leur propre personne la posture genrée de disponibilité et d'attention au service des autres. C'est donc leur expérience biographique qui pousse ces salariées, même classées en A, c'est-à-dire sans qualification reconnue, à imaginer des manières différentes de réaliser les tâches, qui tiennent compte des personnes auxquelles elles sont destinées et qui deviennent une caractéristique du métier.

Car même si la liste des tâches qu'effectuent les intervenantes à domicile est considérable, elle est hétéroclite et ne comporte guère de gestes techniques dont l'apprentissage nécessiterait une longue formation. La tâche complexe qu'a à réaliser une aide à domicile auprès de personnes âgées n'est pas de poser un verre d'eau sur la table de nuit : cela, n'importe qui peut le faire, et les proches le font souvent. La tâche complexe consiste à déterminer si ce geste est nécessaire ou pas, car il pourrait aussi être contreproductif, en décourageant la personne aidée de prendre soin d'elle-même, la faisant alors glisser vers la dépendance. Plus que des savoir-faire bien identifiables, c'est cette « posture » qui a été acquise par les femmes dans la sphère privée et qu'elles réinvestissent dans leur travail salarié. Mais parce que la posture de la mère, dans l'espace privé domestique en constitue le type, celle-ci est perçue comme « naturellement féminine ». Cela ne veut pas dire que les femmes sont les seules capables de l'adopter, ni que les femmes aient une attitude morale<sup>12</sup> différente de celles des hommes, mais que c'est aux femmes principalement, du fait de leur assignation à la sphère privée, que s'adresse l'obligation sociale de donner, caractéristique de cette sphère, et qui se traduit par l'injonction d'aider les autres. C'est donc bien ici le genre, comme construction sociale de la différence des sexes au principe d'une division sexuelle des tâches, qui à la fois autorise et oblige les femmes à cette modalité d'engagement au service d'autrui, quel que soit finalement le lieu d'exercice, familial ou salarié, de leur activité.

---

<sup>12</sup> Je rejoins ici l'analyse de Joan Tronto pour laquelle l'interprétation différentialiste des travaux de Carole Gilligan en termes de supériorité morale féminine n'a pas lieu d'être. Tronto J.C. (2005), "Au delà d'une différence de genre, vers une théorie du care", pp. 25-49 in *Le souci des autres - Éthique et politique du care*, Paperman P., Laugier S., Paris, EHESS.

### **...qui suppose une gestion des émotions**

Ce service engageant un « souci de l'autre » oblige implicitement les salariées à un travail spécifique de gestion des relations et des sentiments. Un tel travail est à la fois indispensable à la qualité du service, et largement invisible, car incorporé comme une dimension de la personnalité des salariées. Comme c'est aussi le cas dans la sphère privée, il est pourtant le résultat, non d'une disposition innée, mais bien d'un apprentissage de règles issues de l'expérience. Toutefois, comme la mise en œuvre de ces règles est effectuée essentiellement par les femmes, elle est perçue comme « savoir-être », trait de personnalité et non comme « savoir-faire », qui déboucherait sur une reconnaissance de qualification.

### ***La gestion des émotions : une tâche supplémentaire, indispensable à l'efficacité du travail***

Un travail de service « personnalisé » nécessite d'une part de tenir compte des sentiments éprouvés par les personnes destinataires du service, en tentant de les orienter dans un sens qui permettent la bonne réalisation du service, d'autre part de modifier ses propres émotions afin des les rendre compatibles avec le travail à réaliser.

Comme l'a montré Arlie Hochschild, toutes les situations d'interaction impliquent l'observation de « *règles de sentiments* », règles sociales impératives, aux objectifs diversifiés, comme « sauver la face », inspirer le respect ou la pitié, ou encore simplement assurer la pérennité de la relation. Ces règles varient suivant les situations, elles diffèrent en particulier suivant le cadre, public ou privé, des interactions. Mais quelles qu'elles soient, elles impliquent de la part des acteurs en présence de « gérer les émotions » pour « *produire ou inhiber des sentiments de façon à les rendre appropriés à la situation* » (Hochschild, 2002, p. 32). Pour les intervenantes à domicile, ces règles sont fondamentales en ce qu'elles conditionnent la réalisation du travail. Elles citent quasiment toutes par exemple cette règle qui consiste à « manifester sa bonne humeur quand on intervient chez des personnes ayant tendance à déprimer » : « *Faut arriver décontractée (...), évidemment si on arrive avec une tête d'enterrement...* ». Il s'agit là d'une règle de sentiment, qui impose de manifester par sa posture corporelle un état de bien-être que les intervenantes n'éprouvent pas toujours.

Il leur faut alors prendre sur elles pour transformer ces sentiments, car un optimisme de façade pourrait être perçu comme inauthentique ; c'est donc bien à une réelle modification de leurs propres sentiments qu'il leur faut parvenir car elles ne peuvent se contenter d'interpréter un rôle à la manière d'un acteur. La dimension de lien est ainsi paradoxalement utilisée dans l'activité de travail, afin de permettre la mise en jeu des sentiments, avec des discours maintes fois réitérés sur le nécessaire amour du métier, qui ne peut être qu'amour des personnes aidées. Par exemple : « *Faut aimer faire ce qu'on fait parce que quelqu'un qui n'aime pas les personnes âgées ou les personnes handicapées, il peut pas faire ce métier là, il le fait à contre-cœur et ça n'ira pas, faut pas le faire* ».

Arlie Hochschild distingue ainsi « surface acting » et « deep acting » (Hochschild, 2003, p. 38). Dans les services personnalisés, c'est bien le « deep acting » qui est requis des salariées : leur « savoir-faire » doit s'incarner dans un « savoir-être » comme le répètent à l'envi les référentiels de compétences diffusés dans le secteur. Hochschild identifie quelques-unes des techniques corporelles, expressives et cognitives qui permettent en contrôlant son apparence, son langage, ou même ses pensées de modifier ses sentiments et ceux des personnes avec lesquelles on est en interaction. Certaines sont mises en œuvre couramment par les intervenantes à domicile. Par exemple, circulant le plus souvent avec leur propre véhicule entre des domiciles parfois éloignés de plusieurs kilomètres, les aides à domicile rencontrées expliquent comment cette sortie de la scène d'interaction leur permet d'effectuer ce travail sur les sentiments : « *Quand il y a une situation difficile, on reprend la voiture et ça permet de faire le vide tandis qu'à la maison de retraite on reste sur place. Je ne suis pas la seule il y a des collègues qui le disent. (Question : vous mettez la radio à fond ?) non, des fois rien du tout. Il y a des jours où on a besoin de silence pour se ressourcer, quand on commence dès le matin à 7h45, il faut être très objective toute la journée...non je fais le vide.* »

Beaucoup d'aides à domicile décrivent aussi cette autre règle selon laquelle leurs propres soucis personnels ne doivent pas entrer en scène sur leur lieu de travail : « *on arrive chez les gens, et ils (nos problèmes) restent derrière nous. Quand on ressort, on les retrouve... à la limite, dans sa voiture entre 2 clients on a le temps de les retrouver. Mais à la limite, même nous, ça nous fait du bien de plus y penser pendant 2 heures* ». Cette règle d'abstraction des sentiments personnels de l'intervenante vise l'efficacité du travail à destination des personnes aidées : il s'agit de placer leurs problèmes au centre de l'attention, et ainsi de construire en quelque sorte sa disponibilité. Chasser ses problèmes personnels de son esprit doit rendre à la salariée une certaine sérénité, la rendre entièrement libre pour le travail à effectuer et par là, augmenter sa capacité d'action.

Il faut donc souligner que, dans ces situations de services rémunérés, ces règles de sentiments sont des règles de travail, permettant d'accroître la performance. Les observer permet d'apporter effectivement une aide : éviter la colère ou le dégoût, ou bien au contraire éprouver de la compassion se révèle souvent indispensable pour fournir le service demandé. De même, chargées d'assurer le bien-être des passagers des avions et dans le même temps leur sécurité, les hôtesses de l'air étudiées par Hochschild (Hochschild, 2002 [1983]), sont également contraintes à la gestion des émotions pour offrir à leurs clients le sentiment de sécurité qui constitue une partie essentielle de la qualité du service offert par les compagnies, dans une période d'exacerbation de la concurrence et de tension sur les prix.

Quand on produit un service « personnalisé » et *a fortiori*, quand on intervient pour cela au domicile d'autrui, bien faire son travail c'est donc aussi « gérer » ses sentiments et ceux des autres. Cela constitue une tâche supplémentaire car il ne s'agit pas pour autant laisser libre cours à ses émotions et, même si elle n'est pas toujours effectuée consciemment, elle concourt à la performance réalisée.

### ***Savoir-faire ou « savoir-être »: un apprentissage ancré dans l'expérience***

Cette tâche supplémentaire nécessite la mise en œuvre de savoir-faire spécifiques. Ceux-ci ne sont pas innés, ils s'acquièrent progressivement, au fil de l'expérience, et beaucoup d'intervenantes à domicile racontent les déconvenues auxquelles elles se sont exposées dans les premiers temps d'exercice de leur métier, avant d'avoir appris ces techniques de gestion des sentiments.

Cette gestion est d'autant plus délicate que ces services sont effectués comme travail salarié, mais qu'ils sont en même temps l'occasion d'une intrusion dans l'espace privé des bénéficiaires. Les règles de sentiment ne sont donc pas complètement stabilisées et une incertitude règne quant à celles qui ont cours. D'un côté, la personnalisation des services engage les relations sur un mode proche de la sphère privée et les usagers tendent souvent à instaurer un mode intime en livrant des détails habituellement réservés à l'entourage familial : « *Les gens nous racontent leur vie (...) on connaît tout, on connaît pratiquement toute leur vie* ». Les salariées sont alors tentées d'appliquer une règle de réciprocité qui les situe, elles aussi, dans cet espace privé. Mais elles courent alors le risque, en se laissant submerger par l'émotion, de s'autoriser des réactions spontanées ou de livrer des éléments de leur propre vie privée et de sortir ainsi d'une relation maîtrisée permettant d'accomplir le travail.

Car, d'un autre côté, les attentes des personnes aidées ne correspondent pas toujours à ce mode privé de relations qu'elles semblent installer. Elles apprécient parfois au contraire, de la part des salariées, une certaine réserve quant à leurs soucis personnels. La confusion avec le mode privé de gestion des sentiments peut alors conduire celles-ci dans une impasse : découvrant trop facilement leur intimité personnelle, elles en deviennent peu fiables aux yeux des personnes aidées, ou encore elles s'exposent à la divulgation de ce qui est dès lors perçu par les interlocuteurs comme « public » : « *Vous savez les personnes âgées...elles déforment parfois ce qu'on dit, donc il suffit, il faut peu de choses, il faut faire très très attention à ce qu'on dit, il faut pas qu'on leur conte toute notre vie non plus (...) On a envie d'en parler des fois, parce qu'ils nous racontent leur vie!* ». Ainsi, la plupart des aides à domicile rencontrées expliquent comment c'est au fil de leurs expériences qu'elles ont pu se forger les règles qui permettent le maintien de « la bonne distance » nécessaire à l'égard des personnes aidées : « *Faut bien gérer ça, il faut savoir que quand on sort de chez cette personne, on oublie tout et... on retrouve nos affaires à nous... c'est pas évident au départ, hein... c'est pas facile...* ».

Les règles de sentiment sont donc bien des règles professionnelles de comportement permettant le maintien d'une situation où le travail soit possible. Elles diffèrent de celles qui devraient être observées dans une situation d'interaction privée : les aides à domicile ne sont ni les épouses, ni les filles de ceux qu'elles assistent dans leur vie quotidienne. Si le jeu des émotions est nécessaire, il ne peut se faire sur le même mode. Pourtant, le fait que l'aide soit apportée à domicile, dans un cadre privé donc, par une intervenante salariée, le fait que le bénéficiaire soit souvent matériellement dépendant d'elle impliquent aussi des spécificités des règles à observer vis-à-vis de celles en vigueur dans l'espace public : la distance du professionnel pourrait ici être interprétée comme

indifférence, menaçant la qualité de la relation. Beaucoup d'intervenantes expliquent ainsi comment les règles transmises par exemple par les institutions de formation leur apparaissent, de fait, inapplicables : « *on nous dit toujours de rester professionnelle, de pas trop vous mêler, de pas devenir amie mais bon... Moi, je vais chez des personnes tous les jours et je peux pas rester indifférente non plus. Par exemple, on nous dit de pas faire la bise parce que c'est un geste un peu amical. Mais je l'ai déjà fait parce que les gens attendent ça. On a envie de leur faire plaisir, de leur faire tout plein de bien. Et on est là pour ça. Et justement, eux, ils nous voient moins comme femme de ménage. Donc du coup, ça crée une autre relation* ». Les règles, issues des principes généraux d'action de l'espace public qui imposent le respect des individualités, ne sont pas adéquates dans ces services « personnalisés » accomplis dans la proximité et doivent être remises en question au cas par cas dans une perspective où la qualité du service est déterminée par sa personnalisation.

Être de bonne humeur quand on intervient chez une personne déprimée, répondre positivement aux sollicitations de contacts affectueux sont indispensables autant à l'effectuation des tâches matérielles qu'à la réalisation de la mission globale d'« aide » qui est confiée aux intervenantes. Mais parce que ce travail sur les sentiments se confond alors avec la manifestation des liens noués avec les personnes, il apparaît comme inhérent à la personnalité des salariées. Les discours communs dans le secteur, et que l'on retrouve aussi significativement dans d'autres domaines de service, identifient la compétence nécessaire comme portant sur l'« être » et non sur le « faire » : un « savoir-être », plus qu'un « savoir-faire ». Ce mode de désignation a des implications plus importantes qu'il n'y paraît au premier abord, car si le monde du travail salarié peut reconnaître les savoir-faire acquis par un individu à travers la notion de qualification, il ne peut, sauf à transgresser les règles même de l'espace public démocratique, récompenser ce qui proviendrait de la « nature » des personnes. La question de la reconnaissance du travail émotionnel est ainsi écartée.

#### **LES ÉMOTIONS COMME SOURCE DE RISQUES POUR LA SANTÉ ?**

Les conséquences de la réalisation de ce travail sur les émotions sont pourtant importantes pour les salariées, elles retentissent sur leur santé, tant physique que psychique. En effet, parce que la réalisation d'un tel travail suppose l'établissement de liens interpersonnels, les mêmes processus d'invisibilisation qu'on a pu mettre en évidence par ailleurs (Dussuet, 1997) pour le travail domestique gratuit dans la sphère privée sont à l'œuvre. Cela constitue un risque particulièrement important pour des salariées qui, intervenant le plus souvent seules dans des domiciles privés, se trouvent par là-même en situation d'isolement, et qui doivent par conséquent à tout moment « faire face » sans bénéficier du soutien de leur hiérarchie ou de leurs pairs.

#### **Une occultation du travail tenant à la gestion des émotions**

Lorsque des liens affectifs sont établis avec les personnes aidées, le travail des intervenantes à domicile tend à disparaître derrière l'affirmation de l'« amour » porté aux personnes. D'une part, la pénibilité physique des tâches matérielles devient indicible, d'autre part les savoir-faire spécifiques à la gestion des émotions sont soigneusement tus.

### *La pénibilité physique déniée*

De la même façon que dans la sphère privée, la pénibilité de l'activité devient en effet impossible à exprimer quand la travailleuse entretient un lien avec le destinataire du service. Même lorsque cette pénibilité se manifeste physiquement par des gestes répétitifs, comme dans les tâches de nettoyage par exemple, elle ne peut être explicitée.

D'un côté, cela reviendrait pour les salariées à ravalier leur activité au rang de ce « sale boulot » dont il est si important de se démarquer, car il les stigmatiserait en les rangeant au bas de l'échelle sociale. Aussi, même si ces tâches matérielles de nettoyage occupent une grande partie de leur temps et de leur énergie, leur premier réflexe est généralement de déporter ailleurs l'attention, la leur et celle de leurs interlocuteurs éventuels, sur d'autres tâches, ou sur des aspects plus « présentables » de ces tâches, leur dimension relationnelle particulièrement. Le résultat est de faire disparaître ces tâches matérielles des représentations. Cette « disparition » des tâches de nettoyage est aussi flagrante dans les présentations médiatisées des « services à la personne » : dans la France des années 2000, on ne parle jamais de services « ménagers » ou de services « domestiques », la pénibilité des tâches est ainsi masquée<sup>13</sup>. Les salariées rencontrées parlent pourtant parfois de la pénibilité des tâches qu'elles effectuent, souvent sur le mode de l'humour en faisant remarquer que « *le ménage on a beau dire, c'est physique ! debout, accroupie, pas allongée des fois mais presque ! sous le lit à chercher... ah c'est du sport ! (rire)* ». Mais elles s'expriment rarement sur le mode de la plainte, si ce n'est, quelquefois, pour faire remarquer que la fatigue ressentie au bout de leur journée de travail est mal comprise par l'entourage : « *après 3 heures de repassage, je suis fatiguée aussi... Je prends une demi-heure de décompression avant de travailler chez moi. L'entourage proche ne se rend pas compte du travail... C'est comme si, on allait prendre un café chez les gens !!!* ». Le travail d'entretien et de nettoyage, travail le plus « matériel », travail pénible, travail éprouvant physiquement, est ainsi occulté comme si l'attention portée aux personnes et aux relations impliquait la négation du travail des corps des salariées, pourtant lourdement sollicités.

D'un autre côté, mettre l'accent sur la pénibilité comporte aussi le risque, pour les salariées, d'être soupçonnées d'inauthenticité dans la relation : affirmer qu'une tâche est éprouvante, c'est souligner l'absence de plaisir intrinsèque procuré. Dans la logique du don caractéristique de la sphère privée, cela revient à fragiliser le lien avec les personnes qui en sont les destinataires en paraissant réclamer un équilibre comptable des échanges. L'évocation de la fatigue ressentie met en évidence que la motivation de l'action n'est pas entièrement contenue dans le lien avec les bénéficiaires, mais également dans la rémunération reçue, introduisant une logique marchande dans un monde qui se rêvait dégagé de telles contingences. Dans les entretiens, la plupart des salariées rencontrées

<sup>13</sup> Le plus bel exemple en est donné par la dernière campagne de publicité pour les mesures du plan Borloo en 2008, qui présente la solution à tous les problèmes domestiques rencontrés au quotidien : « découvrez le seul produit qui entretient votre maison, qui change les couches de vos enfants, et vous fait faire des économies », « le produit qui promène le chien, qui crée des emplois et qui réduit la solitude », « le produit qui lave vos vitres, remplit votre frigo et aide vos enfants à faire leurs devoirs ! ». Il s'agit d'« un bouquet de services » qui permet de se dispenser des tâches désagréables, et ce « produit » est présenté sous la forme, pourtant éculée, d'un coup de baguette magique. Visible sur le site de l'Agence Nationale des Services à la Personne : <http://www.leproduit.fr/>

mettent en avant les relations cordiales, voire amicales, qu'elles entretiennent avec les personnes aidées, en expliquant parfois comment cette qualité de relation leur permet d'aller au-delà de la fatigue physique, et de prendre parfois même plaisir à ces tâches.

### ***La difficulté des tâches et savoir-faire relationnels occultée***

Mais la partie du travail qui ne se manifeste pas par des tâches matérielles présente aussi ce même risque de dénégarion par invisibilisation. Parce que ces tâches caractéristiques du « care » ne sont le plus souvent instrumentées par aucun appareillage technique, elles prennent l'aspect de gestes anodins, de conversations, voire de bavardages. Beaucoup de salariées interviewées disent le malaise qu'elles éprouvent quand elles sont amenées à effectuer ce type de travail relationnel qu'elles-mêmes assimilent à « ne rien faire » : *« Y a des gens, ils ont besoin de parler, on y va on les écoute, y a même des fois, on travaille presque pas parce que, on est là, faut s'asseoir et... c'est vrai, y a des fois, on fait pas grand-chose ! »*. Même les aides-soignantes, pourtant munies de procédures plus techniques, mieux identifiables comme « professionnelles », semblent éprouver cette gêne : *« je suis aide-soignante, mais à domicile aussi, pour les personnes âgées, c'est plus la toilette, les aider à s'habiller, les aider à se déplacer, les aider, surveiller la prise des médicaments, surveiller l'état de santé, appeler un médecin si il y a besoin »*. Les salariées elles-mêmes ont donc du mal à accorder la qualité de « travail » à leur activité quand elle ne se concrétise pas par des tâches matérielles et qu'elle se concentre sur des aspects relationnels.

La pénibilité de ce type de tâches est pourtant réelle. Les entretiens montrent combien elles engendrent des difficultés pour les salariées. Par exemple cette auxiliaire de vie sociale : *« les gens nous disent « vous vous rendez compte dans l'état où je suis rendue ! »... Et puis on n'a pas tellement de solutions, on ne va pas leur dire que ça va s'arranger hein, c'est pas évident. Alors on leur dit « vous savez, on sera peut-être comme vous ou même pire que vous », on n'a pas trop trop de choses à leur dire et puis ils disent « ben oui vous me dites ça pour me faire plaisir ! » C'est pas toujours très simple ! »*, ou bien cette assistante de vie : *« J'ai un monsieur qui a 91 ans, il me demande à mourir tous les jours. Alors des fois c'est angoissant, parce que bon on ne sait plus quoi lui dire pour finir, parce que c'est pas évident de répondre à des personnes comme ça »*. Il s'agit alors pour elles de trouver des comportements qui leur permettent de continuer à effectuer leurs tâches, en maintenant la possibilité des interactions ; comme beaucoup d'autres, la dernière citée utilise l'humour : *« Il y a quinze jours, je suis partie en vacances, j'avais une semaine de congés à prendre. Avant de partir je lui dis « au revoir, à dans un peu plus de huit jours » « Non non je ne serai plus là ». Alors quand je suis revenue, il était toujours là, je rentre, je lui dis « bonjour, je croyais que vous n'étiez plus là, que vous deviez être parti » alors il est parti à rire. Et chaque jour, je lui dis « de toute façon il n'y a pas de place pour vous en haut ». Alors il rigole et c'est parti. Mais bon, moi c'est vrai qu'à la longue, toujours entendre ça, parce que moi je viens de perdre mon beau-père il y a un mois malheureusement il savait qu'il était condamné et tous les jours il attendait la mort, il ne parlait que de ça, c'était encore plus proche. Alors, entendre ça à côté... et c'est vrai que mon beau-père n'avait pas le même âge, il n'avait que 72 ans. Malheureusement c'est comme ça. Heureusement que toutes les personnes ne demandent pas à mourir. Je lui dis « si vous partez, je n'aurais plus mon petit café le matin et je n'aurais plus de travail ». Il dit « Oui c'est vrai ». Enfin ce monsieur là je le vois tous les matins, pour faire de la*

*surveillance. Il est gentil, on regarde le journal ensemble, l'horoscope et les décès. Tous les jours c'est une partie de rigolade. « Ah ben tiens il y a pas de mort aujourd'hui. » On regarde sur le secteur, sur Saint Pierre. Alors je lui dis « non je vous ai dit qu'il y a pas de place » Et puis l'horoscope aussi, alors hier c'était « attention en prenant le volant », alors il dit « oui sûrement, j'ai pas de voiture, j'ai pas de permis ». Il y croit pas mais on le regarde quand même, c'est trop mignon ». On voit sur ce dernier exemple l'importance du travail à réaliser sur ses propres sentiments pour produire de l'optimisme dans un moment où la salariée serait plutôt conduite dans sa vie personnelle à une humeur morose. Mais il faut surtout insister sur l'impossibilité de faire « apparaître » ces savoir-faire qui ne se manifestent que dans des comportements banals et qui, comme l'écrit Pascale Molinier, doivent rester des « savoir-faire discrets » pour atteindre leur but : « pour être efficace, le travail de care doit s'effacer comme travail ; de son invisibilité dépend son succès (...) il s'agit de ne pas mettre l'autre mal à l'aise, de ne pas lui faire honte, de respecter sa pudeur, son désir d'autonomie, de lui épargner l'humiliation de la dépendance(...) les moyens mis en œuvre ne doivent pas attirer l'attention de celui qui en bénéficie et doivent pouvoir être mobilisés sans en attendre de la gratitude. Il en résulte que le travail de care se voit avant tout quand il échoue » (Molinier, 2005, p.303).*

L'accent mis sur les sentiments, sur le lien avec les personnes aidées joue donc, ici aussi, le rôle d'un masque du travail effectué, aux yeux des salariées elles-mêmes. Les répercussions du travail sur les sentiments et de son occultation peuvent pourtant être lourdes pour la santé psychique et même physique, ainsi que l'exprime ici cette TISF<sup>14</sup> : « La famille où la dame avait le cancer, pour moi c'était dur. Je rentrais chez moi, j'avais très mal aux épaules. Ça me tombait là. C'était à cause de ça, je savais très très bien. Une fois je suis arrivée ici en pleurant, et en plus il y avait eu un décès dans ma famille, mais je me connaissais, j'avais mal dans le dos et je savais pourquoi ».

La gestion des sentiments par les salariées intervenant à domicile, parce qu'elle est invisible et surtout parce qu'elle est indicible, rend l'ensemble du travail effectué encore plus invisible. L'occultation de la pénibilité qu'elle engendre peut donc avoir des effets directs sur la santé, en empêchant l'élaboration de dispositifs de prévention, pourtant d'autant plus nécessaires que les salariées sont isolées dans leur travail.

### **La question de la reconnaissance du travail de gestion des sentiments**

Mais il faut remarquer aussi l'ambivalence de l'engagement de soi dans la gestion des sentiments requis par un travail de service « personnalisé ». D'un côté il permet aux salariées, en trouvant du sens à des tâches souvent pénibles, d'en rendre l'exécution plus facile, il peut alors jouer un rôle positif dans la construction de la santé au travail. Mais d'un autre côté, il tend aussi, en travestissant les gestes et les compétences mises en œuvre sous le masque du dévouement et de l'amour, à occulter ce travail et par là, à l'intensifier, en même temps qu'à le dévaloriser. Cela oblige à poser la question des formes possibles de la reconnaissance d'un tel travail.

---

<sup>14</sup> Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale, soit le niveau supérieur, « D », de la grille de classification des intervenantes à domicile, elle intervient surtout auprès de familles avec enfants, en difficulté soit du fait de problèmes de santé des parents, de la mère surtout, soit du fait de problèmes d'intégration sociale.

### *Les sentiments et la construction du sens du travail*

D'un point de vue factuel, la plupart des gestes effectués par les salariées des services à domicile constituent un travail d'entretien des objets, parfois des corps, mais dans les deux cas, il s'agit de s'affronter à la saleté. Ces tâches « impures » contribuent à les stigmatiser socialement, d'autant plus qu'elles s'éloignent du monde professionnel de la médecine et du soin. Ainsi que l'a montré Hughes, la division sociale du travail entre tâches « nobles » et « sale boulot » permet aux « professionnels » comme les médecins de se préserver du « *contact avec l'univers de l'impur, au sens moral et rituel, mais surtout avec la saleté physique* » (Hughes, 1996, p. 64) et ainsi de maintenir leur position sociale. Mais *a contrario*, elle relègue au ban de la société les travailleur-se-s qui ne peuvent se prévaloir de savoir-faire acquis au cours de longues études et auquel-le-s échoient ces tâches : « *à mesure que leur statut professionnel s'élève, les infirmières délèguent les plus humbles de leurs tâches traditionnelles aux aides-soignantes et aux femmes de service. Nul n'est inférieur dans la hiérarchie de l'hôpital à ceux qui sont chargés du linge sale* » (Hughes, *ibid.*). À domicile, cette délégation au rang inférieur est le plus souvent impossible et toutes les salariées qui interviennent avec la mission aussi globale qu'imprécise d'« aider » les personnes, sont amenées à effectuer plus ou moins ce type de tâches et sont donc concernées par cette stigmatisation.

En opposition avec les règles habituelles d'action des « professionnels » qui imposent le détachement, ce sont alors les liens établis avec les personnes aidées qui leur permettent de retrouver un minimum d'estime de soi : « *Y a rien de dégradant de faire ça [du ménage], ça apporte beaucoup je pense, ça apporte beaucoup sur le plan humain* ». L'accent mis sur les sentiments éprouvés permet de mettre à distance la stigmatisation et de trouver un sens positif aux gestes effectués, comme si, dans l'espace privé du domicile, la division sociale du travail et ses implications pouvaient être mises de côté afin de retrouver la seule valeur ayant cours dans ce lieu préservé, l'amour.

Ces femmes chargées d'apporter de l'aide matérielle à des personnes définies par leur état de manque, s'imposent à elles-mêmes des tâches souvent peu gratifiantes, en introduisant cette différence entre « faire seulement du ménage » et « faire du ménage pour » une personne déterminée. Plusieurs femmes rencontrées disent explicitement que, dans le deuxième cas, « le ménage n'est pas du ménage » : « *Heu... moi, je vois pas le ménage comme le ménage quand je travaille chez les gens, je vois plutôt, j'arrive pour avoir une... pour que les gens aient quelqu'un à qui parler, le ménage, c'est en second, je le fais, pour que ce soit nickel, mais je le vois pas en tant que tel, je vois plutôt le ménage comme un support pour que la personne ne soit pas seule, quoi... donc ça me dérange pas du tout, chez moi, ça m'embête, mais... (rire)* ». C'est parce qu'elles se sentent investies de cette mission d'aide envers les plus faibles qu'elles se mettent dans l'obligation de faire ce que personne d'autre ne fera : par exemple cette aide à domicile qui, tout en évoquant la honte de devoir sortir des poubelles remplies de multiples bouteilles vides lors d'intervention auprès d'une personne alcoolique explique aussi sa volonté de continuer malgré tout, pour aider « *là où personne ne veut plus aller* ». On retrouve ici cette même obligation de faire, que l'on peut comprendre comme obligation de donner (Mauss, 1950 [1923]), qui pousse les femmes dans leur propre foyer à effectuer ces tâches nécessaires au bien-être de tous, mais que personne d'autre qu'elles ne se résoudra à effectuer (Dussuet,

1997). Cette attitude altruiste, portée par les logiques de la sphère privée, est inséparable de la dimension du genre car ce sont principalement les femmes qui se trouvent socialement assignées à cette sollicitude, à cet amour d'autrui qui se porte d'abord vers les plus faibles. Et c'est dans la sphère privée, à travers le nécessaire engagement de soi envers les autres membres de la cellule familiale qui est attendu des femmes, qu'elles acquièrent cette posture leur enjoignant la prise en charge des plus faibles, et qu'elles mettent ici en jeu dans leur travail salarié.

La gestion des sentiments à laquelle elles s'obligent leur permet donc de dépasser le caractère rebutant du travail de ménage : les tâches s'allègent quand on considère le bien-être apporté aux personnes pour lesquelles on éprouve de l'affection. Le travail en devient plus facile, plus acceptable : *« J'aime pas faire le ménage... non, je vais pas dire que j'aime pas faire la ménage, je dis que j'en ai ras le bol de faire le ménage ! je vais vous dire carrément, j'en ai ras le bol de faire le ménage... Mais je le fais de bon cœur parce que les gens sont tellement sympa que je le fais... »*.

Mais cela explique aussi les réticences des aides à domicile à effectuer des interventions dites « de confort », pour des destinataires perçus comme des « clients », dont la seule légitimité à demander de l'aide réside dans leur solvabilité. Aux yeux des salariées, n'étant ni âgés ni handicapés, ils pourraient fort bien réaliser eux-mêmes ces tâches qu'ils préfèrent s'éviter en payant. Il devient alors impossible pour les intervenantes à domicile de se situer dans la relation comme « aidantes », elles se trouvent rétrogradées au rang de simples « femmes de ménage », de « bonnes à tout faire », pour tout dire, de « domestiques » et ne peuvent par conséquent trouver dans le sens de ce travail un moyen d'en diminuer la pénibilité : *« je préfère aller chez des gens où il y a de l'aide à apporter, où je sais qu'il y a de l'aide, pas chez des gens où on fait le ménage alors que elles peuvent le faire (...) c'est comme si on demandait une aide à domicile pour faire notre ménage, ... moi c'est ma vision, moi, je veux apporter de l'aide, du soutien aux personnes. (...) Là je sais que la personne a besoin de moi, pour moi, c'est important d'aller chez quelqu'un qui a besoin de moi, pas d'aller chez quelqu'un pour le ménage »*.

Ce travail, alors perçu comme mise en position de subordination peut au contraire leur apparaître encore plus pénible. Le plus difficile n'est donc pas forcément d'accomplir les tâches réclamant le plus d'efforts physiques, mais plutôt celles destinées à des personnes « qui pourraient le faire elles-mêmes ». La place de la salariée dans les deux cas n'est évidemment pas du tout la même comme le fait remarquer cette assistante de vie : *« Comme ils ont leur vie, ils voient que je vais venir tel jour faire le ménage. Bon, le lendemain, ils n'y pensent plus, alors que la personne âgée, le lendemain, on lui manque. Donc, du coup, elle ressent qu'il y a quelqu'un qui vient »*. Dans le premier cas lorsque le service est destiné à des individus vis-à-vis desquels les salariées n'ont pas de liens, donc pas d'obligation, les sentiments étant hors jeu, faire le ménage signifie pour les salariées accepter une place inférieure dans la hiérarchie sociale, entérinée par leur faible niveau de salaire. Dans le deuxième cas au contraire, quand elles interviennent auprès de personnes dépendantes, elles s'extraient de cette logique de déclassement pour adopter une perspective propre à la sphère privée, où le lien entre les personnes prime sur la question du classement social. Ainsi cette salariée dénonce-t-elle avec virulence l'amalgame entre ces deux versions de l'intervention à domicile : *« Quand on parle d'aide à domicile, il y a quelque chose qui me chiffonne, c'est qu'on regroupe toute l'aide. Ils ont une cinquantaine*

*d'années, ils travaillent et ils font appel à l'association pour des heures de ménage. J'y allais le lundi et le jeudi, le lundi, j'étais toute seule et le jeudi ils faisaient venir une autre fille pour faire le repassage. Moi, je n'appelle pas ça de l'aide à domicile mais du luxe à domicile (...) On passe des diplômés comme ça et c'est très bien pour le salaire mais j'aurais préféré rester au SMIC et avoir des cas intéressants et ne pas devoir intervenir chez des personnes qui vont travailler pour faire du ménage. Ça, c'est du luxe ».*

Au contraire, toutes les intervenantes à domicile rencontrées soulignent la valorisation d'elles-mêmes qu'elles retirent des signes de confiance qui leur sont adressés lorsque des liens affectifs les unissent aux bénéficiaires de leurs services : *« Les personnes chez qui on va, on fait partie de la famille, on est vraiment considérées comme des personnes de la famille, même à la limite, plus que leurs propres enfants, parce que les enfants ils ont leur travail extérieur, bon ben les parents, ils ont pas toujours le temps de s'en occuper ou bien ... « ils ont une aide à domicile, donc nous, on est tranquille », il y a des enfants qui disent ça aussi, ce qui est un peu logique au fond. C'est vrai que nous, on fait vraiment partie de la famille ».*

Parce que le cadre du travail est un domicile privé, les relations nouées mettent plus facilement en jeu les sentiments et cela peut apporter un certain plaisir au travail. Celles qui ont eu l'occasion d'exercer leur activité dans d'autres cadres, en structures d'hébergement pour personnes âgées, apprécient souvent au domicile les relations humaines plus chaleureuses qu'elles ont pu y trouver. Elles expliquent comment le travail est modifié par les relations dans lesquelles il s'insère et l'investissement dans les sentiments que cela implique. Comme, par exemple, cette aide-soignante, aujourd'hui employée par un service de soins à domicile après avoir connu les services hospitaliers : *« Ici, j'ai trouvé une autre ambiance, les gens vous attendent, on va chez eux... y a pas d'équipe sur le dos des gens, un qui passe pour le thermomètre, l'autre qui passe pour le, c'est pas pareil, puis les gens à domicile sont pas malades (...) Y a tout l'entourage qui est là aussi, la famille, on communique avec tout le monde. Ils comptent sur nous... mais ils sont pas soumis à nous».*

Dans ce sens, la gestion des sentiments peut contribuer à la préservation de la santé des salariées, en leur permettant d'envisager positivement leurs tâches.

### ***Des sentiments... ou du travail en plus?***

Toutefois ce travail sur les sentiments reste paradoxal dans un monde professionnel qui exclut justement une proximité trop grande entre prestataire et bénéficiaire du service, afin de garantir la mise en œuvre de savoir-faire spécifiques. La reconnaissance du travail comme « professionnel » se construit par la séparation avec les tâches que réalisent couramment les non-professionnels. Et ce sont l'objectivation de leurs gestes par les professionnels, le caractère rationnel de leur action, sa déprise des sentiments qui permettent cette distinction. Hughes explique par exemple comment les difficultés vécues sur le mode le plus émotionnel par ceux qui recourent à leurs services doivent précisément être regardées avec une certaine froideur par les professionnels pour signifier leur professionnalisme : *« une partie du problème psychologique et social du métier est la sauvegarde d'une certaine liberté et d'une certaine distance sociale par rapport à ceux qui sont concernés par le travail effectué de la façon la plus critique et la plus intime »* (Hughes, 1996, p. 84). Leur « professionnalité » repose sur leur capacité à dé-personnaliser

les situations de crise les plus aigües, afin d'élaborer des routines qui leur permettent d'accroître leur efficacité : « *la compétence même [du professionnel] vient de ce qu'il a eu à traiter des milliers de cas semblables à celui que le client aimerait considérer comme unique* » (ibid, p.85). Dans cette perspective, les dimensions du travail commandées par les sentiments, ou celles liées à la gestion des émotions, pourtant tout aussi essentielles, on l'a vu, que les gestes techniques, sont occultées. Pour les aides à domicile, une conséquence de la mobilisation paradoxale du lien et des émotions au sein de l'activité de travail est l'introduction d'un doute, à la fois sur les compétences mises en œuvre, perçues comme « non professionnelles », attachées à la personne privée, et sur la réalité du travail lui-même : il ne s'agirait pas de travail, mais seulement de sentiments. Les gestes effectués par les intervenantes à domicile qui ont à cœur de « bien faire » leur travail, afin de prendre soin des personnes avec toutes leurs spécificités, glissent alors vers la catégorie du « non-travail ». Cela conduit les salariées à effectuer du travail en plus.

D'abord, parce que ces tâches du « prendre soin » ne peuvent être strictement délimitées par la durée des gestes matériels à effectuer. Les intervenantes à domicile expliquent ainsi la difficulté qu'elles ont à délimiter leur intervention dans les plages qui sont prévues à cet effet, tant la nécessité d'entretenir la relation avec la personne aidée, de prêter attention à ses besoins spécifiques les oblige souvent à « déborder ». Par exemple : « [les personnes aidées] *ce n'est pas des machines, on va pas laisser, si la dame elle a envie de discuter, et en général c'est au moment où on part qu'elle a plein de choses à nous dire, bon on va pas laisser, lui dire « ma petite dame je m'en vais », bon si j'arrive cinq minutes en retard, je fais cinq minutes de plus* ». L'introduction des sentiments se traduit alors par des tensions à propos du temps, les salariées dépassant souvent la durée qui leur est effectivement rémunérée pour « rendre service » aux personnes aidées.

Mais les sentiments les amènent parfois aussi à déborder le champ de leurs attributions. Elles peuvent alors effectuer des tâches réclamant une grande technicité, et *a priori* réservées à des « professionnels » beaucoup plus qualifiés, telles certaines auxiliaires de vie sociale auprès de personnes handicapées qui prennent le relais de l'infirmière ou même du médecin afin d'éviter aux personnes aidées l'inconfort lié à l'attente de l'intervention de ces professionnels. Ou bien à l'inverse, elles se résolvent à exécuter des tâches pénibles que leur fonction ne prévoit pas, toujours au nom de l'affection qu'elles portent aux personnes et de l'obligation de répondre à leurs besoins que cela implique. La délimitation entre ce qui ressort du travail et ce qui relève des sentiments s'opère d'autant moins facilement que les savoir-faire, comme on l'a vu plus haut, naissent souvent de la qualité des relations. Par exemple, cette aide à domicile sollicitée par l'entourage familial d'une personne âgée désormais paralysée, pour rendre visite à cette ancienne « cliente » et l'encourager par sa présence à retrouver ses forces. Elle décrit le dilemme auquel elle s'est trouvée confrontée : « *Y a des choses qui sont pas dans nos attributions : la famille de cette personne m'a téléphoné (...) « je devrais pas vous appeler mais je vous appelle quand même parce que ma mère vous appelle », c'est poignant quoi ! (...) Mardi j'ai dit, je suis pas loin, tant pis j'y vais, j'y suis allée, je suis ressortie... oh, c'est dur, hein, mais je suis contente de l'avoir fait. (...) c'est des choses, ça fait partie de notre travail quand même quoi... parce que cette personne m'appelle parce qu'elle souhaite que sa mère récupère (...) moi je suis dans le fonctionnement de l'avenir et mon travail c'est quand même de l'encourager, si elle me réclame et que j'y vais pas, c'est pas grave, elle va pas en mourir, c'est pas ça... Mais si j'y vais et que je la stimule, je lui dis : « essayez de vous dépêcher de*

*rentrer au domicile », on n'en sait rien, mais, là je lui ai chanté une chanson, n'empêche que, elle a essayé de me suivre, et puis voilà, elle a fait surface quelques instants et... alors est-ce que ça c'est plus de notre travail ou ?... je sais pas ».* Quand les sentiments interviennent, poser une limite au travail devient difficile et les salariées sont souvent amenées à « en faire plus », sans bien savoir si ce qu'elles font relève du travail, ou de l'amour.

### ***Des formes de reconnaissance ambiguës***

Ces transgressions ne sont pas forcément défavorables à la santé des salariées, certaines y trouvent des éléments de satisfaction d'ordre moral qui récompensent leurs efforts. Comme dans la sphère privée, les salariées peuvent se sentir valorisées à travers les liens tissés, par des gestes des destinataires de leurs services qui, on l'a vu, leur donnent l'impression de faire « partie de la famille ». Même si cela peut sembler dérisoire au regard de la précarisation économique qu'elles connaissent par ailleurs, la gratitude témoignée par les personnes aidées viendrait alors compenser l'absence de reconnaissance d'ordre matériel de leur travail, en termes de qualification et de rémunération.

On peut considérer qu'il s'agit de la manifestation d'une reconnaissance (Honneth, 2002 [1992]) du travail sur les sentiments, d'ordre privé, prenant des formes alternatives à celles procurées par le marché, à travers la rémunération. Mais il faut souligner l'ambiguïté de la situation dans laquelle se trouvent alors placées les salariées. Car cette reconnaissance même favorise l'acceptation de leur part de tâches supplémentaires : dans une logique d'ordre privé, s'il s'agit d'aider les autres, comment négocier la limitation des horaires ou une rémunération supplémentaire ? Ces femmes travaillant au domicile privé d'autrui sont ainsi soumises à une grande incertitude quand il s'agit de déterminer le cadre de leur action et, par là, le niveau et les modalités de leur engagement : sont-elles dans une relation marchande impliquant rémunération et donc un décompte précis des prestations qu'elles fournissent ; ou bien s'agit-il d'une relation interpersonnelle privée engageant leurs sentiments profonds et dans laquelle elles ne sauraient quantifier leur apport ? La réponse peut varier et cela les oblige à des évaluations au cas par cas, permettant de « recadrer » leur intervention, en la limitant parfois quand elles estiment que la relation devient « intéressée » : *« c'est vrai que y en a qui vont en profiter et qui vont carotter mettons 1/4h, à chaque fois (...) au dernier moment, on a des papiers à faire signer juste avant de partir (...) alors au début, on sait pas trop quoi, on se dit, attends on va voir, on dit oui, ça dépend combien de temps ça dure, enfin bon, et puis après, je dis « désolée, l'heure elle est passée, j'ai plus le temps de vous faire quelque chose » (...) Mais c'est vrai qu'il y a des personnes je le fais de bon cœur, et il y en d'autres, quand je me suis fait avoir 1 fois ou 2, j'arrête plutôt 2-3 mn avant pour faire signer le papier, je pars à l'heure ».* Ces salariées sont ainsi sans cesse confrontées à l'alternative entre donner et compter, aimer ou rester insensible, agir en altruiste ou travailler.

Toutes disent en particulier leur difficulté à faire admettre à la fois la sincérité de leur engagement et la nécessité pour elles de le quantifier, en particulier du point de vue du temps passé. Elles font état de conflits nés des balancements entre leur investissement dans le service et leur souci de « ne pas se faire avoir » : *« plus on en fait, plus ils en demandent (...) J'ai failli me faire avoir, justement au niveau du ménage. Si on en fait de trop, les gens ils en demandent toujours autant, ils en demandent toujours plus à chaque fois qu'on y va.*

*Donc au début, oui, de toute façon, on se fait avoir au début, parce qu'on n'ose pas refuser* ». Le refus opposé à une demande portant soit sur un temps de travail supplémentaire, soit sur des tâches débordant leur fonction marque alors de façon nette un positionnement comme « travailleuse », comme « salariée », et adoptant comme telle les logiques du monde marchand. Il permet de signifier l'absence de soumission, mais il porte aussi le risque d'une rupture de la relation.

Le refus est aussi parfois le résultat d'une rupture. Plusieurs salariées décrivent le désappointement qu'elles ont éprouvé lorsqu'elles se sont aperçues que même la reconnaissance d'ordre privé à laquelle elles pensaient légitimement pouvoir prétendre ne leur était pas accordée, les personnes aidées refusant cette « privatisation » de la relation. Le terme utilisé est ici, significativement, celui de « respect » : le respect attendu n'est pas au rendez-vous. Par exemple cette auxiliaire de vie sociale qualifiée qui a consenti à faire « seulement du ménage » pour continuer à prendre en charge des enfants, mais considère que la reconnaissance est absente : *« C'est quelque chose que j'aime pas trop faire parce que ça m'apporte rien. Avant quand l'enfant était jeune ça m'apportait quelque chose, l'aide aux devoirs, mais il a grandi et au niveau scolaire je suis pas au même niveau que lui... Mais moi j'ai fait le ménage, et eux, j'arrive après l'école, on a goûté, on a tout mis sur la table, on a rien débarrassé alors qu'en bas, j'ai déjà fait...c'est pas que je veux pas refaire, mais pour moi, y a un manque de respect... »*. Après une critique de la qualité de son travail par la personne aidée, cette autre salariée évoque une « blessure » : *« là c'est quelque chose en moi, qui s'est un peu révolté peut-être. Je sens qu'il y a une tension (...) Elle m'a dit : « vous n'êtes plus la même on dirait ». Si, pour moi je suis la même, mais peut-être qu'elle sent qu'il y a une blessure. Vous savez, quand vous ne ramenez jamais un mot gentil, jamais un sourire, après, il y a quelque chose qui coince »*.

A l'inverse de ce qui est généralement admis dans la sphère privée familiale, dans ce cadre salarié, la reconnaissance en tant que « personne » n'est pas toujours réciproque, les bénéficiaires des services considérant parfois qu'ayant payé, ils ne doivent rien. Les aides à domicile découvrent cette discordance sur la définition du cadre à l'occasion de gestes inappropriés et en sont souvent très affectées. On peut rapprocher ce constat de celui établi par Arlie Hochschild à propos des hôtesses de l'air auxquelles on demande d'accueillir et de traiter les passagers comme des personnes singulières alors qu'elles-mêmes sont perçues comme des individus indistincts par ces voyageurs : *« flight attendants are reminded of this one-way personalization whenever passengers confuse one flight attendant with another or ask questions that reveal that they never thought of the attendants as real people »* (Hochschild, 2003 [1983], p. 110).

Parce que, dans le travail de service, les femmes sont assignées par leur sexe à cette modalisation spécifique de la gestion des émotions, elles sont souvent amenées à effectuer, en plus du travail clairement identifié dans leur contrat, ce « travail de femme », travail de « personnalisation » du service qui, n'apparaissant jamais explicitement, n'est évidemment pas rémunéré et contribue même à leur mise à l'écart du monde « professionnel » masculin.

## RÉGULATION DU TRAVAIL ÉMOTIONNEL ET PRÉVENTION

Le travail émotionnel est ainsi particulièrement mal reconnu dans la sphère salariale. Non seulement, comme on l'a vu précédemment, ce travail « de femme » est d'autant moins visible qu'il est bien fait et qu'il prend l'apparence d'un comportement instinctif, d'un « sentiment naturel » ; mais encore, quand il est réalisé de façon salariée, il encourt le risque d'une stigmatisation, puisque les professionnels sont censés n'agir que guidés par leur rationalité et non par leurs émotions. Arlie Hochschild remarque que : « *because the well-managed feeling has an outside resemblance to spontaneous feeling, it is possible to confuse the condition of being more "easily affected by emotion" with the action of willingly managing emotion when the occasion calls for it* » (Hochschild, 2003 [1983], p. 165).

Cette manière de gérer les émotions sous le masque des « sentiments naturels » entre ainsi en tension avec l'adoption d'une attitude « professionnelle » et empêche l'institution de formes de reconnaissance de leur travail pour les salariées. Cela peut entraîner des dérives dans les tâches effectuées et dans la manière de les réaliser et avoir des effets délétères sur la santé.

### De l'isolement à l'émergence d'un collectif de travail

Pour les intervenantes à domicile, la difficulté à trouver de la reconnaissance est accrue par l'isolement dans lequel elles réalisent leur travail quotidien. Les recherches de Pascale Molinier sur le travail infirmier ont en effet souligné l'importance du collectif de travail à la fois dans les processus de reconnaissance et dans la construction de règles d'action permettant la préservation de la santé psychique : « *préserver sa santé signifie inventer collectivement une posture qui ne soit ni trop éloignée ni trop proche du patient* » (Molinier, 2006, p. 250).

Cette posture médiane, les aides à domicile doivent parvenir à la trouver seules, dans le face-à-face avec la personne aidée, sans pouvoir recourir à leurs pairs sur le moment. L'investissement dans le travail émotionnel est alors particulièrement risqué pour ces salariées isolées. Il a parfois des répercussions importantes sur leur santé et sur leurs relations avec leur entourage, comme l'explique cette intervenante, faisant référence à ses premières années d'exercice : « *Moi, j'emmenais tout avec... c'est très dur, parce qu'on emmène tout à la maison et puis, ceux qui sont à la maison sont pas obligés de subir... on emmagasine plein de choses qui nous... qui nous choquent, parce que la mort c'est pas anodin, et... on est fort devant les personnes qu'on aide, et quand on arrive on est complètement HS, dur quoi, on prend une carapace quand on est au travail et quand on sort, il faut bien que ça lâche à un moment ou à un autre* ».

Lors des entretiens, plusieurs d'entre elles ont exposé les répercussions négatives du travail émotionnel sur leur propre équilibre psychique, mais elles soulignent surtout combien l'adoption d'une posture permettant de se préserver est le résultat d'un apprentissage. Par exemple, cette auxiliaire de vie sociale : « *sans formation on fait n'importe quoi, sur les horaires, sur le temps... les gens nous... nous accaparent et quand on a une formation on dit « ben non, ça c'est pas mon domaine, c'est à la famille de gérer ça... », on prend du recul, et ça la formation apprend beaucoup à ne pas trop s'investir,*

*c'est important, à fermer la porte (...) oui les premières années... je sais même pas comment j'ai réussi à le faire* ». Elles expliquent aussi que les règles d'ordre « professionnel » dispensées par les associations employeuses ou même par certains formateurs se révèlent souvent insuffisantes pour parvenir à un équilibre entre un investissement excessif et une distance professionnelle impossible à tenir pour effectuer un travail aussi « personnalisé ». Cela démontre *a contrario* l'importance fondamentale de lieux et de temps, formels ou informels où peuvent être discutées ces règles, entre membres d'un collectif de travail.

Pour ces salariées, forcément isolées dans leurs interventions quotidiennes, de simples « réunions de planning » jouent parfois ce rôle de constitution d'un collectif, comme les moments de « transmission » peuvent le faire en milieu hospitalier (Drulhe, 2000). Ces réunions périodiques peuvent être l'occasion de décharger la tension accumulée, comme l'indique cette responsable de secteur : « *ça permet aux salariées d'avoir un temps d'écoute et de parole, ça leur permet aussi de « décharger » tout ce qui s'est passé dans la quinzaine... y a toujours des choses, elles ont des situations de personnes âgées qui posent problème, sur lesquelles il faut discuter, ou échanger, pas forcément trouver des solutions à la fin, mais échanger* ». L'existence d'un local<sup>15</sup> où les salariées peuvent se rencontrer constitue aussi un élément favorable à l'émergence d'un collectif : « *Depuis qu'on a un local c'est bien, parce qu'il y a toujours quelqu'un, des bénévoles, et le président est bien. On n'est plus démunies (...) depuis qu'il y a le bureau, on voit plus les collègues quand même. Moi j'en ai rencontré trois, je les connais de nom (je fais partie du deuxième collègue au CA) et on met une tête sur les noms. Le local c'est génial* ». Les sessions de formation, diplômantes ou non, dès lors qu'elles sont conçues comme lieu d'échanges entre les salariées, sont également citées comme permettant une certaine régulation du travail : « *on nous apprend pas à tenir un balai ! nous on s'attendait plus à ça, pas faire le ménage, mais les gestes et postures... Mais en fait, non, ça avait rien à voir parce que, nous, on écoute beaucoup les gens... donc la formation portait beaucoup là-dessus... c'était très intéressant, c'était très bien, on était une vingtaine de filles, on venait de partout et tout le monde s'est bien mélangé c'était très intéressant : savoir comment les autres travaillaient...* ». Les discussions sur le travail, et tout particulièrement sur le travail émotionnel, permettent de revenir sur les difficultés rencontrées et d'élaborer des règles, impossibles à figer tant elles doivent toujours être ajustées à des situations singulières, mais qui, lorsqu'elles légitiment les positions parfois transgressives prises par les salariées dans leur travail, apportent une reconnaissance au travail effectué.

### **Identité professionnelle, reconnaissance et prévention des risques**

Cette fonction de régulation du travail émotionnel apparaît comme une modalité de prévention des risques dont il est porteur. On retrouve ainsi les résultats des travaux de l'équipe d'Esther Cloutier qui montrent l'importance des échanges entre professionnelles pour élaborer des dispositifs permettant la préservation de la santé des infirmières et des auxiliaires familiales et sociales au Québec : « *La construction et la dynamique du collectif de travail joue – ou non, si absent - un rôle de protection majeur de la SST des personnels ciblés* » (Cloutier et coll., 2006).

<sup>15</sup> Dans beaucoup de petites associations animées par des bénévoles, ce local est une nouveauté, le siège de l'association ayant jusque dans les années 1990 été situé au domicile du ou de la président-e.

L'existence de lieux et temps de régulation du travail, quelle qu'en soit la forme concrète, signe l'émergence d'un collectif et, par là-même, d'une identité professionnelle, en permettant une reconnaissance au moins entre pairs de la qualité du travail effectué. Leur absence est au contraire vécue comme un manque, rendant difficile le positionnement dans le travail émotionnel et remettant en cause son caractère « professionnel », ainsi qu'on peut le percevoir dans l'extrait suivant où une auxiliaire de vie sociale compare sa situation avec celle des aides soignantes à domicile, en évoquant les alternatives possibles aux temps d'échange institués : *« les aides soignantes se rencontrent une fois par semaine, elles viennent ici, elles ont une réunion et c'est vrai que ça, ça manque. Ou alors on fait ça le jour du planning et, ce jour là, il y a déjà énormément de choses à faire pour prendre un remplacement...donc c'est pas le moment d'en parler, sinon on a des [réunions de] plannings qui se rallongent et ça n'en finit plus... Ou alors on en parle à Super U, mais c'est pas l'idéal ! ou autour d'un gâteau, au début de l'année mais, bon, c'est pas le but de parler de travail, même si on avait dit qu'on n'en parlait pas et qu'on en a parlé quand même ! Mais c'est vrai que ça, ça manque, parce que là, il y a eu le souci avec cette personne là [une difficulté avec une personne aidée]. Mais ça nous arrive de nous téléphoner entre collègues pour savoir « Tiens avec cette personne là qu'est-ce que tu fais ? comment tu la perçois ?... ».*

L'enjeu est bien, à travers cette mise en débat du travail, non seulement d'élaborer des règles d'action, mais surtout de reconnaître les gestes effectués comme relevant d'un travail professionnel sans renier leur dimension émotionnelle et ainsi de limiter leur dévalorisation. Si elle ne résout pas les problèmes liés à la précarisation salariale du secteur, cette modalité collective de reconnaissance de leur travail apparaît indispensable dans une perspective de préservation de leur santé pour ces salariées atomisées dans des lieux de travail d'ordre privé.

## CONCLUSION

L'ensemble de ces observations soulignent la nécessité, dans une optique de prévention et de santé, d'instances permettant une régulation du travail, et tout particulièrement de sa dimension émotionnelle, pour ces intervenantes à domicile. Les risques pour la santé des salariées apparaissent d'autant plus importants que leur travail est effectué dans un espace privé, où règne l'ambiguïté sur les positions et les motivations respectives des salariées et des personnes aidées. Ce résultat pointe aussi le danger que représentent, pour la santé au travail, les politiques publiques encourageant des formes d'emploi direct, donc non régulées, tels les dispositifs du chèque-emploi-service universel (CESU), qui tendent aussi à ravalier les services d'aide à domicile au rang de « petits boulots » et empêchent toute constitution de collectif de travail.

De façon plus générale, cela dévoile les risques de ces activités professionnelles, le plus souvent exercées par des femmes et qui consistent à « prendre soin » d'autrui, du fait de l'assimilation de ce travail à des gestes d'ordre privé. L'appel au jeu des sentiments que suppose le travail de service effectué par les femmes, tout particulièrement quand il s'agit de « care », de « prendre soin » de personnes perçues comme fragiles, débouche, dans le cadre du travail salarié, sur une occultation des caractéristiques objectives (savoir-faire acquis, complexité, pénibilité) qui donnent toute sa valeur au « travail », et en permettent

---

la reconnaissance, tant symbolique que matérielle. Le travail émotionnel, pourtant partie intégrante du travail de service, tend à s'effacer et à faire disparaître les tâches, y compris les plus pénibles, aux yeux mêmes, parfois de celles qui les exécutent.

La question de la possibilité et des formes d'une reconnaissance par l'ensemble de la société de ce « travail de femme » lorsqu'il est réalisé de façon salariée. À défaut, les risques encourus par les salariées sont importants, d'abord on l'a vu, pour leur santé physique et psychique, mais aussi, plus largement, pour la qualité des emplois qu'elles occupent, mesurée en termes de précarisation, de qualification, et bien entendu, de rémunération. L'attribution aux femmes, dans la division sexuelle du travail, des tâches de gestion des émotions pourrait alors se révéler comme un élément fondamental de l'inégalité des sexes.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARNAUDO, B., HAMON-CHOLET, S., WALTISPERGER, D. 2006. Contraintes posturales et articulaires au travail. *Premières informations et premières synthèses*.
- ARNAUDO, B., MAGAUD-CAMUS, I., SANDRET, N., COUTROT, T., FLOURY, M.-C., GUIGNON, N., HAMON-CHOLET, S., WALTISPERGER, D. 2004. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. *Premières informations et premières synthèses*.
- ASKENAZY, P. 2004. *Les désordres du travail*, Paris, Seuil.
- CERC. 2008. *Les services à la personne*, Paris.
- CHARDON, O., ESTRADÉ M.-A. 2007. *Les métiers en 2015*, Centre d'analyse stratégique Paris, DARES, 179 p.
- CHARDON, O., ESTRADÉ, M.-A., TOUTLEMONDE, F. 2005. Les métiers en 2015 : l'impact du départ des générations du baby-boom, *Premières synthèses*, n°50.1.
- CLERGEAU, C., DUSSUET, A., NOGUÈS, H., PROUTEAU, L., SCHIEB-BIENFAIT, N., URBAIN, C. 2002. *L'économie sociale et solidaire et les services à domicile aux personnes âgées*, Rapport à la Préfecture de la Région Pays de la Loire.
- CLOUTIER E., DAVID H., LEDOUX, É., BOURDOUXHE, M., TEIGER, C., GAGNON, I., OUELLET, F. 2006. *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile*, RR 453, Montréal: IRSST.
- CNAMTS 2008. *Les risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile (année 2006)*. [http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp\\_media/Chiffres-2006-France.pdf](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/Chiffres-2006-France.pdf)
- CRESSON, G., 1991. La santé, production invisible des femmes. *Recherches féministes*, No 4, 31-44.
- DELPHY, C. 1972. L'ennemi principal. *Libération des femmes année zéro*, Partisans, Paris, Maspero, pp. 112-139.
- DONIOL-SHAW, G., LADA, E., DUSSUET, A. 2007. *Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne. Leviers et freins à la qualification et à la promotion*, Service des Droits des Femmes et de l'Egalité. [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Latts\\_rapport\\_definitif\\_21\\_mars\\_2008.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Latts_rapport_definitif_21_mars_2008.pdf)
- DRULHE, M. 2000. Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle, pp. 15-30 in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Cresson G., Schwyer F.X., Rennes, Editions de l'ENSP.
- DUSSUET, A. 1997. *Logiques domestiques : essai sur les représentations du travail domestique chez les femmes actives de milieu populaire*, Paris, L'Harmattan.
- DUSSUET, A. 2005. *Travaux de femmes - Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan.
- DUSSUET, A., LOISEAU, D. 2007. Les services aux familles offerts par les associations : un modèle de service "entre" formel et informel, pp. 95-128 in *L'économie sociale entre informel et formel : paradoxes et innovations*, Dussuet, A., Lauzanas, J.-M., Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- EUROSTAT 2008. *La vie des femmes et des hommes en Europe : un portrait statistique*.
- GADREY, J. 1992. *L'économie des services*, Paris, La Découverte.
- HOCHSCHILD, A.R. 2002. Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*: 19-49

- 
- HOCHSCHILD, A.R. 2003 [1983]. *The managed heart*, Berkeley, University of California Press.
- HONNETH, A. 2002 [1992]. *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf.
- HUGHES, E.C. 1996. *Le regard sociologique*, Paris, Editions de l'EHESS.
- KERGOAT, D. 1982. *Les ouvrières*, Paris, Le Sycomore.
- MAUSS, M. 1950 [1923]. Essai sur le don, pp. 145-279 in *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- MERON, M., OKBA, M., VINEY, X. 2006. Les femmes et les métiers : vingt ans d'évolutions contrastées. *Données Sociales*, Insee.
- MOLINIER, P. 2005. Le care à l'épreuve du travail - vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets, pp. 299 - 316 in *Le souci des autres - Ethique et politique du care*, Paperman P., Laugier S., Paris, EHESS.
- MOLINIER, P. 2006. *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Payot.
- TRONTO, J.C. 2005. Au delà d'une différence de genre, vers une théorie du care, pp. 25-49 in *Le souci des autres - Ethique et politique du care*, Paperman P., Laugier S., Paris, EHESS.