

La cohabitation norme-autonomie dans l'accompagnement des personnes âgées par les aides à domicile : le tout paradoxal

*La cohabitación norma- autonomía en el acompañamiento
de ancianos por las asistentes a domicilio: un todo paradójico*

*The cohabitation norm-autonomy in the care
of the elderly by home-care workers: a paradoxical whole*

Disquay-Perot, Soazig *
Cocandeu-Bellanger, Laurence **
Egido-Portela, Angel ***

Resumé

Cet article s'intéresse au métier d'aide à domicile en questionnant la place et la matérialisation du concept d'autonomie dans un métier d'exécutant, balisé de procédures, de normes et d'injonctions qui réduisent les latitudes individuelles. L'autonomie étant un fer de lance dans le secteur et les métiers de l'accompagnement, il est discuté ici le paradoxe rencontré par le professionnel qui doit jouer de marges virtuelles d'autonomie pour préserver celle des Autruis vulnérables (eux-aussi). Ces « contorsions » quotidiennes du/au travail ont des impacts sur le vécu, la pratique et la santé de ces professionnels. Le propos à suivre s'applique donc à explorer et comprendre les implications et conséquences possibles de la

cohabitation entre normes et autonomie chez les aides à domicile (entendu(e)s avec leurs spécificités de profils et de pratiques) intervenant principalement auprès de publics vieillissants, dont la maison de l'un devient le lieu de travail de l'autre. Sur un plan empirique, la réflexion ici partagée s'appuie sur les résultats d'une étude de terrain réalisée auprès de 136 acteurs des services de l'aide à domicile, au travers d'une méthodologie de recueil mixte (40 entretiens approfondis dont 32 auprès des aides à domicile, complétés de questionnaires à visée confirmatoire auprès du même public) ; et dont les données qualitatives ainsi recueillies ont fait l'objet d'analyses de contenus thématique et lexicographiques. Enfin, la réflexion est également orientée en considération de la réglementation et des modes organisationnels en vigueur dans le secteur, afin de mettre en

*Maître de conférences en Psychologie - Université Catholique de l'Ouest ; Laboratoire EA 4132, CNAM-Inetop, Paris

**Maître de conférences en Psychologie - Université Catholique de l'Ouest ; Laboratoire EA 4132, CNAM-Inetop, Paris

***Professeur en Psychologie - Université Catholique de l'Ouest ; Laboratoire EA 4638 Laboratoires de Psychologie des Pays de la Loire (LLPL), Angers-Nantes- E-mail: angel.egido@uco.fr

Fecha de recepción: 23 de octubre de 2017 - Fecha de aceptación: 28 de noviembre de 2017

lumières quelques paradoxes bousculant les professionnels dont l'autonomie quand on est exécutant devient désir, entre une part d'envie et une part d'inaccessible.

Mots-clés : personnes âgées, aide à domicile, autonomie.

Resumen

Este artículo se centra en la actividad de la asistencia a domicilio cuestionando el término y la materialización del concepto de autonomía en una labor de ejecutante, balizado de procedimientos, normas y prescripciones que reducen las latitudes individuales. La Autonomía que es una punta de lanza en el sector y en los oficios del acompañamiento, se cuestiona en el mismo la paradoja encontrada por el profesional que debe jugar con márgenes virtuales de autonomía para preservar la de los demás, vulnerables igualmente. Estos "malabarismos" diarios de/en el trabajo tienen impactos en lo vivido, en la práctica profesional y en la salud de estos profesionales. Las reflexiones que siguen se aplican pues a explorar e incluir las implicaciones y consecuencias posibles de la cohabitación entre las normas y autonomía en un grupo de asistentes a domicilio (percibidos/as con sus especificidades de perfiles y prácticas) trabajando principalmente ante públicos de edad avanzada, donde el domicilio de uno se convierte en el lugar de trabajo del otro. A nivel empírico, la reflexión aquí expuesta se apoya en los resultados de un estudio de campo realizado a partir de una muestra 136 actores de los servicios de la asistencia a domicilio, a través de metodología mixta (40 entrevistas, completadas de cuestionarios a objetivo confirmativo ante el mismo público); y los que datos cualitativos así recogidos fueron objeto de análisis de contenido temático y lexicográficos. Por último, la reflexión se orienta también en consideración a la reglamentación y los métodos organizativos en vigor en el sector, con el fin de sacar a la luz algunas paradojas que perturban a los profesionales, cuya autonomía cuando se es ejecutante se convierte en deseo, entre una parte de

deseo y una parte de inaccesible.

Palabras clave: adultos mayores, asistencia a domicilio, autonomía.

Abstract

This article focuses on the activity of home care by questioning the term and the materialization of the concept of autonomy in the performer's work, delineated by procedures, standards and orders that reduce individual latitudes. Autonomy being a spearhead in the sector and in the professions of care, we question the paradox found by the professional who must play with virtual margins of autonomy to preserve that of others, equally vulnerable. This daily "juggling" at work has an impact on the experience, professional practice and health of these professionals.

These considerations are applied to the possible implications and consequences of cohabitation between norms and autonomy in a group of home-care service workers (perceived with their specific profiles and practices) occupied mainly with the elderly, whose home becomes the other's workplace. These reflections are based on the results of a field study conducted on a sample of 136 performers of home-care services, using a mixed methodology (136 questionnaires and 40 interviews). Finally, the reflection is also oriented towards the regulation and organizational methods in force in the sector, in order to bring to light some paradoxes that disturb the professionals, whose own autonomy when becoming a performer becomes desire, between part wish and part inaccessible.

Key words: old age people, home-care service, autonomy.

La norme des paradoxes dans l'intervention gérontologique : l'autonomie d'exécutant à dépendant

Le propos qui nous rassemble ici interroge le lien et les relations entre normes et autonomie,

notamment chez les individus. Derrière l'autonomie, dans le quotidien, ou dans le travail, au sens courant, nous voyons, de manière pour autant non exhaustive, la capacité à faire, à prendre une décision, à réaliser seul. L'usage et la valorisation de l'autonomie nous interpelle (provoque ?) quand il s'agit de le mettre en tension, avec celui qui la perd ou ne la détient pas. L'exécutant est rémunéré et engagé pour exécuter, réaliser, faire, appliquer. Certes, il peut faire seul, mais dans un espace empli de procédures qui visent à réduire la pensée interprétative, pour s'en tenir à une application d'une règle pensée par un autre que soi, qui a décidé, en amont, avant... soi. Alors, nous sommes interpellés, d'une première ironie de questionner le rapport à la norme et l'autonomie de l'exécutant, dont nous allons voir cependant que la question n'est en rien insignifiante, tant elle est réelle, mais, simplement, distante du prescrit. Alors, qu'en est-il de ces applications entre normes et autonomie pour celui qui, de plus, exerce ou doit exercer avec autonomie dans un univers particulier où règne la dépendance, comme le secteur gérontologique, sanitaire et/ou social où s'entrechoquent autonomie émancipatrice et autonomie injonctive?

L'autonomie comme projet a été l'un des moteurs des mouvements sociaux des années soixante-dix et aujourd'hui, cinquante ans après, est devenu une norme sociale. Dans de nombreux domaines de vie sociale, la généralisation des valeurs d'autonomie contribue à transformer les pratiques. Les services de l'accompagnement social n'échappent pas à cette évolution. L'ancienne idée de l'individu autonome perçu comme un sujet isolé, intérieur, ne reposant que sur lui-même, a évolué durant ces années de manière qu'aujourd'hui « autonome » défini celui capable de déléguer de nombreuses tâches ordinaires à d'autres que lui. Laisser les salariés organiser leur travail, faire en sorte qu'ils puissent prendre des initiatives sont des opérations qui apportent de la considération au travail et au salarié. De même, c'est également le style d'action le plus valorisé. Les cas les plus perceptibles dans le domaine de la santé sont les transformations opérées dans système des soins où le principe du consentement

du patient aux soins qui lui sont prodigués a été institutionnalisé. Le malade ne peut guère échapper à l'autorité du médecin, et encore moins à la maladie, mais le fait d'avoir son mot à dire assure un minimum de considération. De même, ces transformations ont permis de redonner une dignité aux malades avant enfermés dans les hôpitaux psychiatriques.

L'autonomie peut constituer au final autant une qualité personnelle et professionnelle (relever d'une compétence), qu'un élément de contexte à prendre en compte dans la pratique. L'existence des structures et organisations institutionnelles, au travers de l'émergence (en vue de leur respect) de normes, vont contribuer à baliser le champ du possible, les « frontières » à l'autonomie. Mais la norme peut devenir une contrainte lorsqu'elle est imposée à des individus qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour s'affranchir des dépendances. L'autonomie donne alors un nouveau visage aux inégalités, d'où sa perception parfois ambivalente. C'est le cas quand les salariés sont livrés à eux-mêmes, autrement dit, doivent réaliser leur travail avec un support à minima, sans formation, ou en payant eux-mêmes leur couverture médicale.

Tel un paradoxe constitutionnel, nous pénétrons ainsi un secteur où règnent les discours sur l'autonomie, dans un contexte d'évaluation de la dépendance, celle des personnes vieillissantes ; un secteur où se côtoient les personnes âgées bien sûr, mais également leur famille et les professionnels de l'action sociale, dont nous pourrions également nous interroger sur les relations de dépendance entre eux. La personne (âgée) elle-même, fondamentalement, demeure dans le désir d'être autonome, et finalement, par extension, d'être. De même, chaque professionnel du soin, que ce dernier relève d'une forme de care ou d'un acte médical, aura, comme la personne âgée elle-même, la pression d'une injonction à rester autonome : que cela corresponde au fait de le permettre (voire le devoir) pour les professionnels, ou, l'être, pour le bénéficiaire, d'autant quand on se réfère aux politiques du « Bien Vieillir » mises en avant depuis les années 2000. Enfin, il est également à considérer que le professionnel

accompagnant ces publics vulnérables lui-même est soumis à ses propres vœux et objectifs d'autonomie : dans ce droit que l'on aurait de se réaliser, y compris au travail, comme dans ce devoir que de respecter un cadre légal et normatif qui rend (plus ou moins) lisible le champ des possibles, en terme d'activités et de tâches professionnelles. Plus loin que cela, de manière générale, le travail est en partie autonome, parfois faiblement bien sûr, dans le cas par exemple d'une organisation scientifique du travail où l'Homme devient outil (et la norme la seule autonomie de son application stricte). Cependant, la place de l'autonomie est d'autant plus présente dans les réalisations que la composante relationnelle est importante dans l'activité.

Nous approfondissons notre réflexion auprès des professionnels qui jonglent dans cette cohabitation normes-autonomie, et exercent au sein des structures de l'accompagnement à domicile, terrain applicatif des politiques du Bien Vieillir, dont Disquay a identifié les aides à domicile comme occupant une place et un rôle significatifs dans l'écosystème de la personne âgée, avant d'en étudier leur rapport à leur santé au travail et ce qui caractérise leur cadre de pratique auprès des publics vulnérables vieillissants. La suite du propos est élaborée d'après les explorations réalisées sur le terrain dans le cadre de sa thèse doctorale.

Aide à domicile ou « métier-valise »

Très concrètement, si l'on interroge l'autonomie du métier d'aide à domicile, se caractérisant sur le papier par des responsabilités et des champs d'actions réduits, il nous semble que ce professionnel ne peut pour autant être associé à un « travailleur-machine » (sic) qui répondrait et exercerait une activité de manière mécanique. *In fine*, il apparaît que par son ancrage lié à l'accompagnement et aux relations, il doit justement l'adapter à un ou des contexte(s), *hic et nunc*, mais souvent à renouveler du fait des comportements de la personne aidée vulnérable, de l'évolution de sa maladie, de son (de l')

environnement, etc. Parallèlement, l'aide à domicile est employée avec une marge d'autonomie restreinte, d'après l'analyse menée par Disquay (2015) sur le cadre conventionnel de travail du métier d'aide à domicile. La qualification croissante des catégories d'emploi et la caractérisation des métiers indiquent qu'en fait l'aide à domicile correspond soit à trois métiers différents (entre agent, employé et AVS¹), soit à un même métier et trois manières de le réaliser. Ce qui n'est pas sans laisser présager de frustration et de risques de souffrance pour ces professionnels dont l'absentéisme n'est expliqué qu'à hauteur de 8% par les maladies professionnelles et les accidents du travail, ce qui révèle bien que d'autres facteurs que la pénibilité physique du métier entrent en jeu, notamment ce qui conduit à l'expression d'une souffrance émotionnelle chez les aides à domicile. L'agent de catégorie A est celui qui dispose de peu ou pas de formation et d'une absence d'autonomie et de contrôle sur son activité. La catégorie B se caractérise par une entrée dans une mission davantage relationnelle, une capacité d'adaptation des règles pouvant s'appuyer sur une formation ou une expérience sur laquelle il a déjà pu porter un regard critique. Enfin, les postes rattachés à la catégorie C se caractérisent par un ancrage plus fort de la qualification et de la professionnalisation qu'ils peuvent utiliser pour adapter leur pratique. De même, les vocables utilisés dans le référentiel de la convention collective étudiée, sont, pour les agents, davantage liés à des tâches purement pratiques et exécutives (« réalise des activités », « aide à l'accomplissement »), alors que la catégorie B intègre davantage une dimension relationnelle (« aide les personnes », « assiste et soulage »). Les postes de la catégorie C s'engagent encore d'un cran dans la relation de care où la place est faite à un « accompagnement social » (« accompagne », « aide les personnes », « stimule ») dans lequel il est responsabilisé au travers de son rôle dans la coordination de cet accompagnement.

Chaque métier présente donc des typologies de risques spécifiques. Pour les agents à domicile, le manque de marge de manœuvre et le caractère purement pratique de leur fonction peut entraîner une frustration de ne pas exercer de missions d'aide

à la personne. Également, l'absence de formation et les frontières floues de l'intervention auprès de la dépendance, conduisent à les mettre en difficulté lorsque les agents à domicile sont amenés à intervenir, même ponctuellement, auprès de personnes présentant des dépendances dont le professionnel ne perçoit pas forcément les effets sur les comportements, tel que le comportement d'agressivité chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Les employés à domicile, riches de leur liste élargie de qualifications pourraient ne pas bénéficier des connaissances adéquates à l'intervention auprès des personnes âgées, et pour autant être habilités à en assurer un accompagnement. Nous pensons notamment au fait que certains aides à domicile de catégorie B sont titulaires d'un CAP Employé Technique de Collectivité, qui prépare à l'intervention dans les collectivités, mais n'est pas pour autant adapté aux spécificités des connaissances nécessaires à l'exercice à domicile. Enfin, les auxiliaires de vie témoignent d'un épuisement relatif à leur métier dont les interventions sont privilégiées auprès de publics très dépendants. Il apparaît au final que ce sont davantage les missions de care qui conduisent à ressentir de l'épuisement que les tâches de ménage (registre de l'effort physique) pour les AVS. Les activités d'accompagnement étant source de satisfaction et de reconnaissance de leur action, mais les ressources engagées sur un plan psychique étant toutefois contraignantes à leur santé. Il est sans doute ici davantage question du rapport aux responsabilités qu'à l'autonomie en soi, mais l'un ne va toutefois pas sans l'autre, d'autant quand l'on est amené à prendre une décision seul(e), du fait des conditions de réalisations du métier, notamment lors des astreintes du week-end.

Le professionnel peut ainsi être mis à mal dans l'exercice d'une autonomie dont il est difficile de discerner les frontières. La solution devient alors soit d'agir malgré tout, avec les risques entrepris pour la personne et pour lui-même, soit de ne pas agir, avec les risques du même ordre. Il lui faut alors finalement choisir, en l'absence du responsable (du « bureau »), entre son autonomie injonctive et émancipatrice. Ce choix traduit

l'autonomie que l'Organisation lui demande finalement implicitement de prendre, en tension avec un discours normatif rassurant, rationnel, mais pas pour autant conforme à la réalité du terrain professionnel exploré par l'aide à domicile. Ce que l'on observe de fait, sur le terrain, c'est en effet un retour à l'autonomie, ou une injonction non explicite à la prise de décision, que cette dernière soit donc contrainte (quand la situation s'impose au salarié telle la chute ou le décès de la personne lors des astreintes du week-end pendant lesquelles les aides à domicile sont « seules ») ; ou désirée (quand l'aide à domicile s'autorise (comme si ça ne l'était pas a priori) à « [prendre] le temps » avec la personne aidée). L'autonomie demeure ici nécessaire et réelle, même si elle n'est pas forcément autorisée et définie de manière large et claire dans le cadre conventionnel. Toutefois, si les champs d'autonomie semblent insuffisamment ou parfois inadéquatement définis, il s'avère que ce métier présente par ailleurs un cadre normatif spécifique.

Travailler la relation entre deux mondes : Antre-Autre

De par son univers plural, professionnel et personnel, intime, le métier d'aide à domicile présente la spécificité d'être soumis à des normes et règles complémentaires aux règles classiques d'un travail qui s'exerce, naturellement, ailleurs que dans un chez soi. Les règles relevant du foyer intégré, source de vie, d'histoire, de liberté, d'autonomie ; celles relevant du lieu d'exercice, encadré par des règles du contrat de travail, définissant par la même des postures professionnelles à tenir *in situ*, etc. A cela s'ajoutent les règles prescrivant les bases d'un bien-vieillir dont le professionnel est garant de « *bonnes pratiques* », qui n'est pas sans rappeler l'éthique du *Care*, se basant sur les concepts du Juste et du Bon, dont les injonctions peuvent conduire à des sentiments de culpabilité chez les aides à domicile ne se sentant pas à la hauteur de réaliser l'attendu, entre le prescrit et le réalisé, voire, le réalisable.

Le domicile d'un Autre pour open-space

Le lieu de travail des aides à domicile est également un lieu de vie, et la propriété d'un autre, personne singulière, ayant par essence, autorité sous son toit. De même, dans ce cadre précis, la réglementation du travail ne s'y exerce pas comme dans les autres métiers. Par exemple, en matière de sécurité au travail, et de relations collectives, le seuil de la porte est franchi par l'aide à domicile, mais pas par le CHSCT^{II} ^{III} qui y perd ses prérogatives habituelles. Les différences de cette situation spécifique d'un espace partagé entre intimité et mission professionnelle, vient ainsi pour partie contraindre la nature des relations, qui oscillent entre un rapport d'aidant à aidé (aider), de propriétaire des lieux à salarié, rémunéré pour sa tâche. L'employeur est tantôt la structure prestataire ou le bénéficiaire lui-même. Ce dernier cas renforce le rapport d'asymétrie, avec le couperet du risque de la perte d'emploi(-direct).

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

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

être source de tension et de conflit, ce qui constitue là la prévision d'un contexte où peut naître une relation de complicité autant que des rapports conflictuels où chacun doit trouver sa place et un territoire.

Le rapport à l'autonomie est ici modifié en fonction du cadre associé au lieu d'exercice. Suis-je soumis aux règles de mon travail et de l'autorité de mon responsable hiérarchique (« *au bureau* »), où suis-je soumis à celles de l'occupant de la maison où je pénètre? Quelle autonomie ai-je pour refuser une tâche que le cadre prestataire m'octroie alors que je suis face au bénéficiaire, voire à sa famille qui parfois peut diligenter la prestation à la place de ? C'est toute une difficulté mise en évidence par les aides à domicile rencontrés, aux prises entre ce que « *je dois* » faire, ce que « *j'ai le droit* » de faire ou de refuser. Seulement, entre ce qu'il est prescrit sur le papier et ce que le professionnel va s'autoriser à faire, cet espace entre deux est empli de culpabilité pour le professionnel perdu entre son devoir d'aider le vulnérable, la peur de la critique si le travail est perçu comme ne répondant pas aux attendus par le bénéficiaire (et donc « *mal fait* »?), ou encore la peur d'un appel au bureau qui contrarierait le maintien d'un emploi déjà fort précaire.

Il apparaît possiblement comme un risque schizoïde chez un professionnel dont la relation intime cohérente à celle qui peut s'opérer dans le logis familial, amical, vient s'opposer à la relation d'aide professionnelle (pour lequel l'individu est justement missionné expressément), dont les murs et le contexte peuvent contraindre sa lecture. L'effet étant renforcé par le fait que plusieurs aides à domicile trouvent justement le sens de leur travail dans les temps relationnel du partage (du café, de la confiance...), qui sont distingués du temps du travail.

Pourtant, malgré ce que l'on peut attendre du risque d'asymétrie d'une relation de bénéficiaire-employeur^V, il apparaît que les professionnels exerçant en prestataire sont plus vulnérables et présentent plus de risques de souffrance psychologique et d'épisodes de stress. Cela interpelle alors que le fait d'appartenir à une Organisation, comparativement à une relation

d'emploi direct par le bénéficiaire, leur donne accès à des avantages multiples : la formation professionnelle continue, une annualisation des salaires qui réduit les effets de la précarité, l'appartenance à un collectif. L'explication pourrait résider alors dans une souffrance consécutive d'une activité du travail qui fatigue à la longue : la pénibilité ressentie diminue certes avec l'âge mais augmente avec l'ancienneté, d'autant que les salariés en prestataire interviennent auprès de davantage de bénéficiaires, et ce dans des relations moindres de convivialité, présageant donc d'une qualité relationnelle vécue comme moyenne ou insuffisante par les aides à domicile.

La nature des relations à l'usager dans le prestataire pourrait ainsi expliquer une pénibilité perçue supérieure. De même, le rapport à l'autonomie témoigné par l'aide à domicile exerçant hors prestataire vient donner une autre lumière à ce constat. Les modes d'emploi direct sont ainsi perçus comme plus souples dans l'organisation des horaires du travail, comme dans la composante relationnelle, souvent plus proche, du fait d'une relation choisie et durable en emploi direct (face à des changements d'aide à domicile plus importants dans le prestataire, pour répondre aux contraintes d'organisation : congés, maladie, ...). L'emploi direct apporte cette autonomie d'un emploi du temps que l'on peut modifier plus aisément, que le travail prestataire et la lourdeur organisationnelle associée ne permet plus. En effet, le rapport au temps est modifié en mode prestataire, avec des plannings à fortes amplitudes, changeants, dont les impacts des horaires atypiques contraignent la vie professionnelle et privée, ce dont on sait que cela constitue un frein au bien-être des individus.

Sur le terrain, on a alors constaté que des aides à domicile développe une angoisse du téléphone, qui sonnerait pour un énième remplacement, synonyme d'un énième rendez-vous personnel à annuler et planifier à nouveau, alors que ces professionnels témoignent difficilement pouvoir projeter ce qu'ils feront ne serait-ce que la semaine prochaine, contraignant par ailleurs leur accès aux loisirs, puisque les planning changeants minimisent la possibilité de

s'engager dans des activités extra-professionnelles pourtant favorables au développement des ressources en soutien social et dont la conciliation des différentes sphères de vie est vue comme un moyen de développement individuel. Les aléas de l'organisation professionnelle contraignent donc ici quasi totalement l'autonomie dans le cadre individuel, celle permettant de s'accomplir.

Les normes du Bien (vieillir) pour règlement intérieur : entre cadre et valeurs

Les normes sont également constituées des croyances collectives et politiques orientant nos pratiques, conduites et attitudes. Ces normes sont traduites en lois, mais représentent également ce qui peut se délayer par extension de ces écrits, en tant qu'interprétations de celles-ci notamment. Il y a donc, comme ce qui distingue le prescrit du réel, ce qui est écrit, mais également ce qui est compris, et parfois, étendu. Tout en cadrant des pratiques et attendus au bénéfice de populations, les cadres peuvent cependant parfois se réaliser au détriment, y compris imprévu, d'autres acteurs.

3.2.1. Orientations, règlementations et... certifications

Le cadre réglementaire français des politiques sociales du vieillissement (Cf. lois 2002-2^v, 2005^{vi}, HPST 2009^{vii}, ASV 2015^{viii}), élaborées en bienveillance pour les publics âgés pourraient présenter des effets pervers pour les acteurs de l'environnement des personnes âgées. Nous pensons par exemple ce qui renvoie (1) à l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles qui donnent injonction à faire et à faire bien ; (2) aux multiples certifications, agréments, autorisations qui présentent l'enjeu d'assurer un maintien de l'activité des structures et donc de leurs emplois ; (3) au renforcement des contraintes réglementaires qui augmentent la part des tâches administratives des responsables de services, entraînant des surcroûts qui peuvent contraindre le temps initialement attribué à l'animation et le soutien des équipes, et qui présentent autant de

risques de renforcer l'isolement de professionnels (mis en évidence par Loones & Jeuneau), que de créer des tensions entre le responsable et son collaborateur ainsi délaissé, faute de temps pour cumuler les missions; (4) aux financements publics en baisse de dotations qui contraignent les embauches supplémentaires et l'augmentation des salaires qui pourraient respectivement entraîner un épuisement professionnel des équipes en sous-effectif et/ou fragiliser les professionnels en situation de travail précaire; (5) ou encore aux programmes tels que ceux portant sur la bientraitance qui peuvent être assimilés à un contrôle des pratiques ou entraîner une culpabilité (et une baisse de l'estime de soi) du collaborateur de n'avoir pas bien fait et/ou la peur de perdre son emploi si sa pratique n'est pas conforme à l'attendu, alors que les questions éthiques rattachées à la bientraitance complexifient les frontières des bonnes pratiques. L'objectif de qualité d'accompagnement de l'un (le bénéficiaire) ne serait possiblement donc pas sans effet sur les différents acteurs en jeu, les professionnels notamment.

Ces recommandations liées aux bonnes pratiques pourraient placer parfois le personnel d'intervention en situation délicate, notamment celles liées à la réduction du risque de maltraitance et aux pratiques favorisant la bientraitance. Par les responsabilités que cela peut représenter pour le praticien à l'image des travailleurs sociaux qui peuvent être sous pression face à une situation sensible et complexe (ex : en cas de suspicion de mauvais traitements). En effet, il peut apparaître délicat pour un personnel d'intervention, qui ne dispose pas des responsabilités ou l'autonomie d'action comme son encadrement, de distinguer ce qui relève de la maltraitance ou non. S'il apparaît logique que frapper ou insulter est maltraiter, qu'en est-il des (non)comportements moins évidents? Comment évaluer ce qui touche à « *une absence de considération* », ce qui relève d'un « *non-respect de l'intimité* »^{ix} quand on intervient dans une maison où la personne aidée n'a pas fait ce choix, ou quand on doit prodiguer des soins d'hygiène ? Comment se placer vis-à-vis d'éventuelles pratiques d'infantilisation quand elles sont

réalisées sans conscience de la maltraitance parce que réalisées peut-être par protection, telle la mère à l'enfant ? Que réaliser, corriger et/ou sanctionner de négligences relevant de l'ignorance? Tels peuvent être les dilemmes rencontrés par les acteurs du maintien à domicile sur le terrain, perdus parfois entre désir d'autonomie, contrainte d'autonomie et rejet de l'autonomie et des responsabilités associées.

Par ailleurs, au sens industriel, dans lequel a pris sens l'univers qui s'est développé autour de la Qualité, et qui a conquis les autres secteurs, on peut retrouver cet objectif du « *zéro défaut* ». Toutefois, il ne peut être applicable dans l'accompagnement social, tant le cœur même du métier est complexe. Tant il n'est pas, en somme, industriel. Certes, le secteur social est devenu lui aussi « *procéduré* » de cette mode, mais il s'avère que la procédure est sans cesse « ajustée » par les professionnels, tels ceux qui utilisent comme ils le doivent la grille AGGIR^x pour évaluer la dépendance d'une personne âgée, mais s'en (ré)approprie les reformulations, pour humaniser l'évaluation, désautomatiser la relation. En effet, le résultat est difficilement évaluable par des critères rigoureux, dont mêmes les échelles conduisant à la définition des financements et de la nature des plans d'aides sont différents d'un évaluateur à l'autre, du fait d'une place laissée à l'interprétation que nous lisons comme un acte de retour à une forme d'autonomie du professionnel qui ne retrouve ni le bénéficiaire ni ses valeurs et le sens de son travail dans ce qui fait et ce qu'il fait d'un outil rigide et peut-être pas toujours adapté. Le « *zéro défaut* » n'est pas atteignable, tant les actions constituées par l'accompagnement ne se finalisent par pas un produit, que l'on peut exclure et détruire pour non-conformité. Parce que finalement aussi, quelque part, la non-conformité, constitue l'autonomie. Toutefois, en parallèle du cadre, formel, rigoureux sur lequel repose les normes consécutives de la réglementation, les professionnels de l'action sociale voient leur posture, leur pratique, leur engagement dans l'activité orienté de manière significative par des normes relevant d'un autre champ, moins palpable sans doute, celui valeurs.

3.2.2. *Éthique du care et norme de sollicitude*

Un ultime élément spécifique de l'accompagnement vient définir le cadre d'exercice des acteurs s'y rencontrant. Celui du Care, à la fois, concept, pratique et éthique, porteur de sens, plus ou moins commun, et arguant plus ou moins consciemment des attendus envers les individus qui en sont « *pourvoyeurs* ».

Du concept et de l'éthique du care, défini par Avril comme une « *éthique de sollicitude* », découle une norme, qui correspondrait à une pratique des aides à domicile, relevant d'un comportement normatif relatif au care. Pour elle, l'éthique se définit comme le fait dans ces métiers d'être « *convaincu du bien-fondé de ce qu'on fait, de la légitimité du service rendu, de son intérêt moral et social* ». De plus, à l'ère de la professionnalisation, et de l'accès à la qualification, elle considère que la norme de l'éthique de sollicitude serait, dans la structure intégrée, portée par les formateurs et l'encadrement, via une valorisation des activités de *care* (ex tâches liées au vieillissement (ex : toilette), proximité/distance des relations à la personne âgée, etc.). Ce qui n'est pas sans nous rappeler le témoignage de cette auxiliaire de vie nous relatant le passage d'une stagiaire à qui les formateurs promettent de l'accompagnement, telle une utopie. On constate alors ici l'existence dans l'environnement d'un cadre de pensée et d'action qui tourne autour d'une valorisation d'un care de l'autre, qu'il est bon d'afficher et de mettre en œuvre, parce que, peut-être, cela veut dire que l'on est, de fait, « *quelqu'un de bien* ». Enfin, une autre entrée explicative de la création de la norme (au-delà des conséquences des orientations politiques et institutionnelles des 20 dernières années qui œuvrent à valoriser le care) prend forme dans l'objectif d'une qualité de service, où l'éthique de la sollicitude deviendrait instrumentalisée pour répondre aux besoins des... clients (Avril, 2008). Nous comprenons alors que la norme subjective, la croyance collective est finalement acceptée des organisations qui s'en approprie les valeurs à partager. Finalement, derrière cette éthique de sollicitude, on entend comme une injonction relevant des activités du *care*, « *de faire bien* », et

« *d'être quelqu'un de bien* ». Ce qui entraîne parfois chez le professionnel de renoncer à soi-même, contraire à une autonomie nécessaire au prendre soin de soi.

Autonome... à l'usure

Les points précédemment évoqués nous laissent à penser que les professionnels d'intervention à domicile ont à jongler avec une notion peu évidente à saisir en ses mains, celle de l'autonomie. Celle que je prends, celle que l'on me donne, celle que l'on me tolère, etc. Il apparaît ainsi au final que l'aide à domicile, et plus largement le professionnel de l'accompagnement se situe entre d'une part une autonomie que l'on a de faire dans une norme, dans un cadre et les règles associées ; et d'autre part dans une autonomie relevant plus de ce qui va caractériser l'essence de la vie quotidienne singulière à faire des choix. Toute la complexité étant alors de faire valoir et/ou profiter d'une autonomie toute relative dans l'exercice d'une activité qui s'inscrit dans un entre-deux : entre l'exigence organisationnelle qui prête à exécuter (!) et l'exigence (perçue ? normative ?) de ce qui relève du care et de son éthique et induit tout autant de nécessaires adaptations et ajustements. Au final, il apparaît que l'individu doit « user » de son autonomie pour faire face aux exigences de la situation, comme le traduit le surinvestissement ou l'effacement de soi de l'aide à domicile, dans l'objectif de restaurer la relation, « hors temps de travail », quand ce(cette) dernier(ière) reprend la main face au cadre qui les donne pour exécutant.

^I Auxiliaire de vie sociale.

^{II} Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail: instance représentative du personnel dans les entreprises françaises d'au moins 50 salariés dont la mission est de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés et à l'amélioration des conditions de travail.

^{III} Il est accepté dans la CC-BAD que l'aide à domicile ne bénéficie pas de l'accès aux mêmes droits que ceux relevant du droit général du Code du Travail sur des textes réglementant les relations collectives (Titre II).

^{IV} Emploi direct ou contrat mandataire.

^v Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/MESX0000158L/jo/texte>.

^{vi} Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/SANX0300217L/jo/texte>.

^{vii} Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte>.

^{viii} Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo/texte>.

^{ix} Illustrations des différentes violences représentant de la maltraitance, par Assouline et Morou, page 85.

^x La grille nationale française Aggir permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne afin de déterminer les besoins qui sont les siens et d'identifier le montant financier de la prise en soin qui peut être octroyé pour y répondre. Six niveaux de dépendance sont mis en évidence, corrélés à des besoins d'aides pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne.

Referencias

- Assouline, M., & Morou, F. (2010). *Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles des services à la personne*. La Plaine Saint Denis: AFNOR Editions.
- Avril, C. (2008). Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude. *Retraite et société*(53), pp. 49-65.
- Devetter, F.-X., & Barrois, A. (2012). Aides à domicile: un régime temporel non stabilisé qui témoigne des ambiguïtés d'une professionnalisation inachevée. (DREES, Éd.) *Dossiers solidarité et santé: les conditions de travail des aides à domicile en 2008*, pp. 29-46.
- Disquay, S. (2015). La santé au travail des aides à domicile du secteur gérontologique prestataire breton: la difficile prévention de soi dans l'exercice du care. *Thèse*. Angers.
- Disquay, S., & Egido, A. (2013). La souffrance émotionnelle des personnels d'intervention: résultats préliminaires de l'étude sur la santé

et la qualité de vie au travail dans les métiers du secteur de l'aide et du soin à domicile. *Revista de Psicología*, 9 (18).

- Disquay, S., & Egido, A. (2017). Une question de régénération intergénérationnelle: reconstituer les équipes de travail dans l'aide à domicile. *Carrièreologie*, 13(3/4), pp. 365-377.
- Disquay-Perot, S., & Egido, A. (2017). Préparer les aides à domicile pour faire-face aux difficultés de la réalité du travail de care: éducation à la santé et formation tout au long de la vie. (AFIRSE, Éd.) *La Recherche en Éducation*(17), pp. 49-73.
- Gilligan, C. (1986). *Une voix différente: pour une éthique du care* (éd. 2008). (A. Kwiatek, & V. Nurock, Trad.) Val d'Oise (95), France: Flammarion.
- Laugier, S., & Paperman, P. (2008). Présentation: la voix différente et les éthiques du care. Dans C. Gilligan, *Une voix différente, pour une éthique du care* (pp. I-XLI). Val d'Oise (95), France: Flammarion.
- Loones, A., & Jeuneau, P. (2012). L'organisation du métier d'aide à domicile: entre autonomie et isolement professionnel. (DREES, Éd.) *Dossiers solidarité et santé: les conditions de travail à domicile en 2008*(30), pp. 47-60.
- Messaoudi, D., Farvaque, N., & Lefebvre, M. (2012). Les conditions de travail des aides à domicile: pénibilité ressentie et risque d'épuisement professionnel. (DREES, Éd.) *Dossiers solidarité et santé: les conditions de travail des aides à domicile en 2008*(30), pp. 5-28.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris: La dispute.
- Tremblay, D.-G. (2012). Conciliation travail-famille. *Gestion*, 37, pp. 33-33.
- Tremblay, D.-G., & Villeneuve, D. (1997). Aménagement et réduction du temps de travail: réconcilier emploi, famille et vie personnelle. *Loisirs et Société*, 20(1), pp. 107-157.
doi:10.1080/07053436.1997.10715539
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries, a political argument of an ethic of care*.