

Disquay, Soazig ; Egado, Angel

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

Emotional suffering personal intervention : preliminary results of the study on the health and quality of life at work in the trades sector help and care at home

Revista de Psicología Vol. 9 N° 18, 2013

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Disquay, S., Egado, A. (2013). La souffrance émotionnelle des personnels d'intervention : résultats préliminaires de l'étude sur la santé et la qualité de vie au travail dans les métiers du secteur de l'aide et du soin à domicile, 9(18).

Disponible en:

<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/souffrance-emotionnelle-personnels.pdf> [Fecha de consulta:.....]

**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**

*Emotional suffering personal intervention:
preliminary results of the study on the health and quality
of life at work in the trades sector help and care at home*

Soazig Disquay*
Angel Egido*

Resumen

La prolongación de la edad y el aumento de la expectativa de vida han hecho surgir nuevas necesidades de atención para las personas ancianas y ello ha inducido a la ampliación de las prestaciones de servicios a domicilio. En este sentido, el trabajo de estos profesionales de intervención a domicilio, así como sus misiones, están en plena mutación. Es un sector con dificultades, debido a la dificultad de reclutar un personal especializado y al absentismo inquietante. Después de un análisis sobre el estado de este sector de la profesión en el que se establece la diferencia entre el enfoque físico y el psicológico sobre la salud, nuestra reflexión se centra en los riesgos psicosociales de esta población de profesionales. Se presentan los resultados preliminares de la investigación realizada con una muestra de 38 personas que ejercían laboralmente en este sector. Emerge la expresión de un sufrimiento emocional, en la que

el aislamiento de los participantes es uno de los factores que caracterizan los oficios identificados con una fuerte dimensión relacional con personas vulnerables. La dimensión asistencial del trabajo se presenta como fuente de satisfacción del oficio pero, a su vez, puede conducir a una dificultad de gestionar acontecimientos no previstos.

Palabras clave: asistencia a domicilio, riesgos psicosociales, estrés, apoyo social, salud en el trabajo.

Abstract

Old aged people have new needs due to longer life expectancy. Consequently home care interventions are becoming more frequent and professionals are facing changes and new challenges. This paper deals with the psychosocial risks that

* UNAM, UCO BN, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL) –EA 4638–, CAFORE), Angers, France.

home care professionals have to face. A sample of 38 professionals was analyzed. Preliminary results are presented. The expression of an emotional suffering emerges, in which the isolation of the participants is one of the factors that characterize the identified occupations to a strong relational dimension with vulnerable people, in those that the contact and perspective of attendance are presented as sources of satisfaction of the occupation and, at the same time sources of complexity, being able to drive to a difficulty of negotiating the not foreseen events.

Keywords: home care, psychosocial risks, stress, social support, health at work.

Du vieillissement des populations à l'évolution des métiers: l'aide et le soin à domicile

Le vieillissement de la population française conduira dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Ainsi, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, 1.200.000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 800.000 actuellement. Aujourd'hui, la prise en charge de ces personnes combine à la fois solidarité familiale, à travers l'aide apportée par les proches, et solidarité collective, par le biais de prestations comme l'allocation personnalisée d'autonomie. Ces deux formes de solidarité évolueront à l'avenir [...]. La solidarité familiale pourrait diminuer car le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée dépendante aura tendance à diminuer

(Michel Duée & Cyril Rebillard, 2006).¹ Cette diminution conduit à une augmentation du nombre de postes de personnels d'interventions auprès des publics âgés. Tout comme l'on peut constater l'apparition de nouveaux métiers tels qu'Assistant de Soins en Gériatrie il y a deux ans, pour répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement des personnes malades d'Alzheimer.

Évaluée à 70 ans en 1960, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter, pour en 2010 être portée à 81 ans. L'évolution des sciences et des techniques y ont bien sûr contribué. Les conséquences sur la population sont une évolution des profils. Ainsi, on vit plus longtemps, plus vieux, ce qui a augmenté la proportion de personnes âgées à très âgées dans la population française. Pour autant, il ne faut négliger les impacts, notamment liés à l'augmentation de la durée d'accompagnement de la dépendance des personnes, dont les nécessités d'accompagnement de la dépendance ont évolué. Seule une minorité des personnes âgées intègre une institution (type EHPAD, maison de retraite). Les personnes vieillissantes, même très dépendantes, optent pour le maintien à domicile, permis en partie par des allocations qui permettent de financer les services liés à l'intervention d'Aides à domicile ou de personnels soignants. L'enjeu des

¹ Auteurs de "La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040". Consultable sur: www.insee.fr.

services d'aide à domicile, dans un contexte où le recours à l'institution reste difficile et onéreux pour les familles, est de pouvoir offrir des prestations de qualité, afin de rendre possible le maintien à domicile des personnes de plus en plus dépendantes. Ceci passant par la capacité à rassembler et coordonner des compétences, et la faculté à préserver ces métiers et la santé de ces professionnels de terrain, dont le contenu des missions s'est modifié. En effet, alors que le foyer aisé "s'offrait" jadis une "femme de ménage", aujourd'hui des dispositifs d'aides sont financés par l'état afin de permettre l'intervention de professionnels tels que les aides à domicile, les auxiliaires de vie (diplômés d'état), les assistants de soins en gérontologie (et bien d'autres) auprès des personnes qui ne peuvent assurer eux-mêmes les tâches nécessaires à la vie quotidienne. Alors que la première s'en tenait à l'entretien de la maison, les suivants ont pour mission un accompagnement de la personne fragilisée, dont l'entretien n'en devient qu'un des moyens, en plus des activités de stimulation, de communication, de socialisation, etc.

Le métier du service à domicile évolue donc, s'étoffe en effectif pour répondre à la demande; mais se métamorphose également, au point de pouvoir mettre en difficulté des salariés dont la confrontation à la maladie, voire à la fin de vie, caractérisent leur nouveau quotidien.

Enfin, ce secteur de l'aide et du soin à domicile qui peine à recruter malgré

les besoins et d'autant à fidéliser ses équipes, fait face à un absentéisme supérieur à la moyenne générale tout secteur confondu, ainsi que par des indicateurs de santé alarmants. En effet, le taux de sinistralité Maladie Professionnelle-Accident du Travail était supérieur de 25% à la moyenne nationale d'après les chiffres 2008 de l'Assurance Maladie.

Conditions de travail

Parmi les facteurs de risques professionnels dans l'aide à domicile sont distingués les contraintes physiques et les contraintes psychologiques du métier (Dussuet, 2005; CNAMTS, 2008; DARES, 2006). D'après Messaoudi et al. (2012), "ces contraintes sont en rapport avec le rythme de travail, le manque de qualification ou la pression émotionnelle et psychologique qu'induit toute relation aux personnes fragilisées". Ces mêmes auteurs mettent en évidence certaines d'entre elles comme rapportées comme très pénibles par les professionnels, à savoir l'insalubrité et l'exiguïté des lieux, le fait d'être régulièrement confronté à la fin de vie, ainsi que l'effort physique récurrent que nécessite l'exercice de l'activité. D'après leurs indicateurs caractérisant la pénibilité selon la nature même du travail, l'environnement dans lequel il s'exécute et l'état de santé du bénéficiaire des services, près de deux tiers des intervenants au domicile témoignent d'une pénibilité moyenne à élevée.

L'enquête de 2008² (DREES) met également en évidence une situation d'isolement professionnel. D'après le traitement du CREDOC en 2011, un tiers des personnes interrogées n'ont jamais la possibilité d'échanger ou de coopérer avec d'autres personnes, autre que le bénéficiaire lui-même. Loones et Jeuneau (2012) indiquent toutefois que près de la moitié y ont recours souvent voire toujours. Ces mêmes auteurs viennent minimiser ce constat par le fait que les professionnels considèrent les autres professionnels et leur hiérarchie "comme des acteurs secondaires", les personnels d'interventions valorisant en lien "la relation avec l'aidé". Si cette présentation des aides à domicile valorise leur métier (Sabau et al., 2010), cet isolement pose question quant à la capacité à faire face aux difficultés-pénibilité de l'activité. En effet, cette accessibilité aux collègues profite au soutien social qui lui-même contribue à un état de santé préservé et un bien-être (Caplan, 1974; Cassel, 1976; Cobb, 1976^{références par Gottlieb, 1992}).

Le bien-être en tant qu'indicateur de santé

Ce bien-être constitue l'élément de choix comme définition de la santé pour

l'OMS qui la présente en 1946 comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Cela vient interroger les chiffres d'absentéisme au travail, qui sont un indicateur essentiel des problématiques de santé au travail, dont on peut distinguer des aspects physiques et des aspects psychologiques, comme exprimés au travers des risques psychosociaux (RPS). Vallery & Leduc (2012) fixent l'émergence de ce dernier concept dans les années 2000, qu'ils considèrent "comme une extension du vocable stress". Ils sont par ailleurs définis par le "Collège d'expertise sur le suivi des RPS"³ comme "des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental".

Les RPS constituent une composante essentielle des problématiques de santé au travail, qui sous exigences de réglementations,⁴ font partie des obligations de considération par les entreprises, qui doivent assurer la sécurité au travail des salariés. Par ailleurs, les RPS, le stress, apparaissent à considérer, en cela que leurs expressions consti-

² Drees (2012). Les conditions de travail des aides à domicile en 2008. Dossiers solidarité et santé. Sur: www.drees.sante.gouv.fr/.

³ Créé en 2008 à la demande du Ministère du Travail, en France.

⁴ Obligation de négociation autour des RPS dans les entreprises, mise en place en 2008, suite au rapport Nasse & Légeron.

tuent les symptômes repérés d'une santé détériorée. Ainsi, un trouble musculo-squelettique peut certes résulter d'un geste répétitif, mais peut également être caractéristique d'une usure mentale. De même que de la fatigue, des maux de têtes, etc.

L'étude de 2008 a approché ces considérations d'ordre davantage psychologique au moyen du questionnaire de Karasek résultant de son modèle transactionnel (1979). Elle met en évidence qu'un tiers des aides à domicile étaient en *job strain*⁵ à ce moment. Celle-ci résulte d'exigences mentales élevées associés à une faible latitude de décision laissée dans le travail. Ce profil caractérise un poste à risque dans lequel le salarié est en condition de vulnérabilité face au stress. Cinq ans plus tôt, l'enquête Sumer 2003⁶ classait majoritairement cette catégorie de professionnels comme des individus passifs, c'est-à-dire rencontrant des situations de travail caractérisées par des exigences mentales et une autonomie faibles. Une modification notable en 5 années qui appelle à réflexion autant qu'il traduit les évolutions du secteur et des métiers. Elle pourrait possiblement mettre en évidence une insuffisance de la prise en charge organisationnelle de cette dimension, en lecture des chiffres liés à l'absentéisme ou le *turn-over* dans le secteur, comme présenté en début de propos.

⁵ État de tension mentale.

⁶ Enquête Sumer 2003 sur: travail-emploi.gouv.fr.

Dans un prolongement de ces données issues des outils développés par Karasek, notre étude s'inscrit dans une approche interactionniste du stress, dans laquelle ce dernier est la résultante d'un déséquilibre entre l'évaluation d'une situation pouvant présenter un défi ou un danger et celle des ressources pour y faire face (Lazarus & Folkman, 1984). Ce concept du stress est étendu à celui des RPS, tel que référencé à ce jour, en cela qu'il regroupe des dimensions plus larges, notamment rapportés aux aspects sociaux et relationnels, qui constituent eux-mêmes des composantes particulières des métiers de l'aide et du soin à domicile, au contact de l'Autre, mais isolé de ses pairs professionnels (Loones & Jeaneau, 2012).

La problématique de l'isolement est ici appréhendée comme un des risques les plus importants du métier, liée à une difficulté de bénéfice de soutien social, *coping* (Lazarus & Launier, 1978)⁷ ou stratégie d'adaptation (Paulhan & Bourgeois, 1995) de choix permettant aux individus de faire face aux situations délicates, même si profiter de la disponibilité d'un réseau social n'est pas forcément gage d'efficacité dans la modération des transactions anxiogènes (Disquay & Egido, sous presse).

⁷ In Paulhan I. (1992). "Le Concept de Coping". L'année Psychologique, 1992, vol. 92, p. 545-557.

Méthode et participants

Objets d'analyses et hypothèses

1. Nous cherchons à identifier les effets des conditions de travail et de la pénibilité évoquée sur le vécu du travail par le salarié et la perception qu'il a de son état de santé, au-delà de diagnostics essentiellement médicaux. En réponse à la définition de l'OMS de la santé, nous investiguons la possibilité de l'atteinte du bien-être dans les professions de ce secteur, soumises à contraintes et en développement structurel et numérique. Nous envisageons une condition de vulnérabilité centrale liée à l'isolement de la profession, notamment lors de la rencontre de problématique de fin de vie.

2. Les caractéristiques du métier devraient témoigner de risques élevés de vécu de stress, dont la gestion serait rendue d'autant plus difficile de part l'isolement professionnel.

3. Au-delà de l'aspect physique de la santé tel que considéré sur le terrain par les Organisations, nous postulons la réalité d'une souffrance morale et émotionnelle des collaborateurs pouvant également expliquer les taux de sinistralité de ces professions.

Choix des participants

Soucieux de considérer l'environnement dans son ensemble, différents professionnels de ce secteur sont approchés.

Les seuls intervenants à domicile ne sont possiblement pas les seuls à être confrontés à des difficultés, nous pensons notamment à l'encadrement de proximité dont la politique de qualification se développe depuis 3-4 ans. Par ailleurs, l'Organisation doit être interrogée dans ses différentes dimensions car elles contribuent à identifier au mieux ce que vit le professionnel de terrain, qui s'inscrit dans une institution, une équipe, un rôle.

Une première phase d'enquête a été réalisée au cours du dernier trimestre 2012, auprès de 38 professionnels (tableau 1) interrogés dans le cadre d'un entretien, visant à aborder le vécu du travail, en lien avec leur santé.

Tableau 1
Répartition de l'échantillon par métiers

Poste occupé	Effectif rencontré
Aides à domicile	22
Auxiliaires de vie	10
Encadrement	4
Aides-soignants	2

Les entretiens étaient accessibles par les salariés sur la base du volontariat. A des fins d'échantillonnage représentatif, nous nous sommes toutefois attachés à rencontrer parmi les aides à domicile/auxiliaires de vie,⁸ des sala-

⁸ L'auxiliaire de vie exerce sur le même terrain professionnel que l'aide à domicile, mais bénéficie d'une qualification supérieure. Elle lui confère des compétences complémentaires lui permettant

riés de niveaux de qualification différents.

Seuls deux hommes (un auxiliaire de vie et un aide à domicile) font partie de l'échantillon, ce qui reste représentatif d'un métier (voire d'un secteur) féminisé.

Conditions de la réalisation des entretiens

Ces professionnels ont été rencontrés sur leur lieu (et pendant le temps) de travail, sur le département des Côtes d'Armor, en Bretagne. La durée prévue pour chaque entretien était fixée à une heure, en accord avec les organisations finançant ces temps d'entretien.

Outils

Le recueil des informations s'est fait sous la forme d'entretiens semi-directifs, à partir d'une grille d'entretien explorant le rapport des interviewés à la santé, au stress, au collectif au sens large, et au travail, à la fois dans ses dimensions de plaisir et de difficultés, tout comme les aspects relationnels.

L'objet de cet article constitue donc une exposition de premiers résultats abordant la dimension de la souffrance émotionnelle des métiers de l'aide à

d'intervenir auprès de publics très dépendants, dans une mission d'accompagnement complétant les tâches d'entretien du lieu de vie.

domicile, traduisant leur vulnérabilité des intervenants sur le terrain, à partir de l'analyse du discours, par le biais d'une analyse thématique associée à des tests statistiques (au moyen de logiciels comme *Wordmapper*, *Nvivo 10* ou encore *Tropes V8*).

Ainsi, après un descriptif du corpus, nous abordons les grands thèmes ressortant de ce premier traitement, tels que la santé, le stress et les caractéristiques d'un travail du plaisir idéalisé et de la difficulté de la pratique quotidienne chez les aides à domicile et les auxiliaires de vie.

Résultats

Données de l'analyse lexicale: caractéristique du discours des répondants

D'après l'extraction des verbes issus du discours et l'analyse des temps modaux employés (figure 1), le discours est ins-

Proportion d'utilisation des références verbales dans le discours

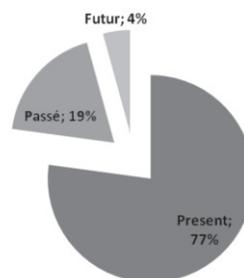


Figure 1. Temps modaux des verbes utilisés.

crit dans le présent, les personnes utilisant peu les formes verbales du passé et encore moins celles du futur.

Cela indique que les professionnels témoignent bien de ce qui est vécu actuellement, avec une faible propension à se projeter dans l'avenir.

Par ailleurs, le discours est plutôt égocentré, avec une forte utilisation du "je" (48.4%). L'utilisation du "tu" est à soulever, car s'il l'est faiblement (2.1%), il est utilisé comme une propriété à couvert, alors que les professionnels parlent de leur quotidien ("tu rentres, il est 20h", "elle va solutionner le problème pour essayer de te libérer", "tu sais ce que tu dois faire dans cette maison, t'es pas bête"), venant exprimer ici de manière indirecte ce qu'elle ne peuvent sans doute dire en se l'appropriant ouvertement. Ce masquage du vécu se retrouvant par l'utilisation du "on" (21.4%): "on peut arriver à un état de fatigue", "on travaille seule", "on ne peut pas tout mettre sur le cahier", "on peut se remettre en question". Il est également utilisé pour parler à couvert des autres que soi-même tel que "on a des personnes qui nous prennent la tête". Le "je" semble ainsi s'utiliser davantage dans le vécu assumé ou agréable ("je travaille", "je vois ça comme ça", "je gère") ou dans la présentation de soi "je ne suis pas stressée".

Les verbes constituent 40% des signifiants utilisés et indiquent de l'action liée à l'utilisation de l'auxiliaire être, exprimé majoritairement, suivi d'avoir

et faire. Pour compléter l'analyse des styles du discours, il peut être ajouté que ce dernier se veut plutôt argumentatif, puisqu'il est plutôt dans la discussion, la comparaison ou encore la critique. Il est pris en charge par le narrateur qui décrit ses états et ses actions. Enfin, de nombreuses références au doute sont relevés dans le discours, par l'utilisation importante du vocable "peut-être" ou encore les silences ou butées énonciatives dans le discours, témoignant d'hésitations ou d'incertitudes.

Par ailleurs, le type de verbes employés (tableau 2) confirment un discours exprimant majoritairement des états ou des notions de possessions (statif), des actions (factif), et enfin une utilisation notable des verbes déclaratifs, en cela qu'ils portaient sur la description à la fois sur des états (majoritaires et soulignés par l'emploi de l'auxiliaire être évoqué précédemment), des actions, des personnes, des objets ou en encore des sentiments.

Tableau 2
Caractéristiques des verbes du discours

Type d'énoncé verbal	Proporsion
Statif	39.70%
Factif	36.80%
Déclaratif	23.20%

Ces éléments du discours viennent appuyer la réalité du vécu des personnes rencontrées qui témoignaient l'actualité

des situations de travail, par des phases de description d'événements marquants.

Par ailleurs, l'utilisation significative des adjectifs subjectifs (54.5%) tels que "mielleuse", "correcte", "certains/certaines", "mécontente", "sûre", "particulier" indiquent des références multiples à des jugements de valeur, ainsi que des réactions émotionnelles.

C'est d'après cette réalité subjective et égocentrée, parfois masquée mais dynamique, que nous abordons les éléments d'analyse du contenu à suivre, autour des thématiques de la santé, du travail et de l'appartenance à un groupe de pairs professionnels.

La vision de la santé par les personnels intervenant au domicile des bénéficiaires: le physique préambule à l'expression de l'émotion

La santé est toujours associée à des aspects physiques, que ceux-là se traduisent par des références à une manière de travailler pour s'éviter des douleurs, aux conditions de travail, ou encore à une santé considérée comme un préalable pour travailler et "assurer le travail", même dans la douleur. Les témoignages y associent également une prise médicale et des gestes visant à la prévention de leur corps comme outil de travail. Dans un second temps, et pour une grande majorité d'entre eux, la santé est également associée à des aspects "psychologiques", "moral". La thémati-

que du stress est également initiée par un salarié rapportant "dormir très mal", ou une autre pour qui les conséquences du stress sont physiques: "si je stresse trop, ça coince (ndlr: le dos)".

Les analyses thématiques réalisées sur la première série⁹ d'entretiens laissent apparaître que si la souffrance psychique est perceptible, elle est souvent camouflée dans le discours. Ainsi, presque exclusivement, le vécu de souffrance est témoigné comme une "fatigue" ressentie. Des personnes peuvent relater de longs moments douloureux au travail et répondre "je n'ai jamais de stress" quand nous leur demandons d'évaluer son niveau. La fatigue est toujours rapprochée d'emblée à une fatigue physique, qui peut s'illustrer par un état physique dont le sommeil sera réparateur, une "fatigue naturelle". Rapidement, certains vont s'ouvrir à déclarer ressentir de la fatigue morale ("[je ressens] de la fatigue physique! [...] C'est vrai que c'est usant mentalement"). Ainsi, la fatigue semble plus facile à témoigner, physique d'abord, même si l'horizon de la fatigue morale se détecte en pointillés.

Dans le même sens, on détecte dans le discours un frein à l'expression de vécu de la souffrance émotionnelle, notamment en lien avec la question du stress au travail. Ainsi, lorsque l'on souhaite accéder aux évocations du terme stress, les personnes en disent davan-

⁹ 16 entretiens dont 4 personnes de l'encadrement et une aide-soignante.

tage quand on passe par la consigne de substitution¹⁰ telle que “si je posais cette question à quelqu'un dans la rue” plutôt que “d'après vous”. Il apparaît difficile pour les personnes de définir, d'évoquer des mots se référant au stress, pour soi, peut-être aussi parce que cela les impliquerait davantage. Ainsi, les personnes préféreront le terme “fatigue”, voire dans une moindre mesure “énervé”, “crainte”, “tendu”. De même, les contradictions du discours: les “oui-non”; les silences, nombreux quand on aborde le stress; ou encore les phrases inachevées viennent possiblement soutenir un certain nombre de paradoxes qui caractérisent ces métiers (“ressentez-vous du stress?”; réponse: “non, je le ressens”). Liée aux contradictions, se dessine la gêne d'aborder ce sujet.

D'autre part, le stress très majoritairement associé à une valence négative (“poison” qui crée la “maladie” et affecte la santé) a souvent pour stratégies d'ajustement le déni et l'évitement (“il faut oublier”, “je vais courir”, “je ne fais rien”), stratégies dont on sait qu'elles ne sont que faiblement efficaces, d'autant plus sur le long terme (Paulhan, 1991). Voilà qui ne permet sans doute pas à ces salariés de lutter efficacement contre la contrariété d'un événement. Ainsi, les professionnels, ici d'intervention, tendent à camoufler leurs ressentis. Pour autant, bien que parfois niée, la souffrance émotionnelle se perçoit dans le

discours, associé à des risques d'isolement social (“on a même plus envie de sortir le soir”) de personnes travaillant déjà dans la solitude “des maisons”. Ces constats sont corroborés par l'Analyse Factorielle des Composants (AFC) basée sur la variable âge¹¹ du salarié, dont deux axes centraux expliquent les trois quarts des propos. Il s'agit d'un premier axe identifiant le rôle du salarié, allant d'un pôle personnel, exprimant son vécu émotionnel, à un pôle où le rôle de la personne se caractérise par la fonction occupée. Verticalement, le discours s'articule autour du lieu d'activité, partant du domicile des bénéficiaires à l'Organisation, la structure d'emploi. Ainsi, les nombreuses expressions d'embarras et d'émotions (“euh”, “bah”, “silences/blanc”, “rires”) témoignent de difficultés que l'on vit personnellement. Les éléments qui apparaissent associés au terrain sont en lien avec la relation des personnes aidées, alors que l'organisation va regrouper les acteurs de l'Organisation, du collègue (qui est donc ailleurs) au représentant de l'institution.

Une seconde AFC de la même variable (présentée figure 2),¹² dont les deux axes l'expliquent également pour 70%, développe cette approche en

¹¹ Variable “âge”: “junior” est la modalité regroupant les moins de 31 ans, “énior” les plus de 47 ans, et “middle-age” les personnes âgés de 31 à 47 ans.

¹² Une version agrandie est disponible en annexe 1, en fin du présent article.

¹⁰ A la manière de Flament & Milland (2010).

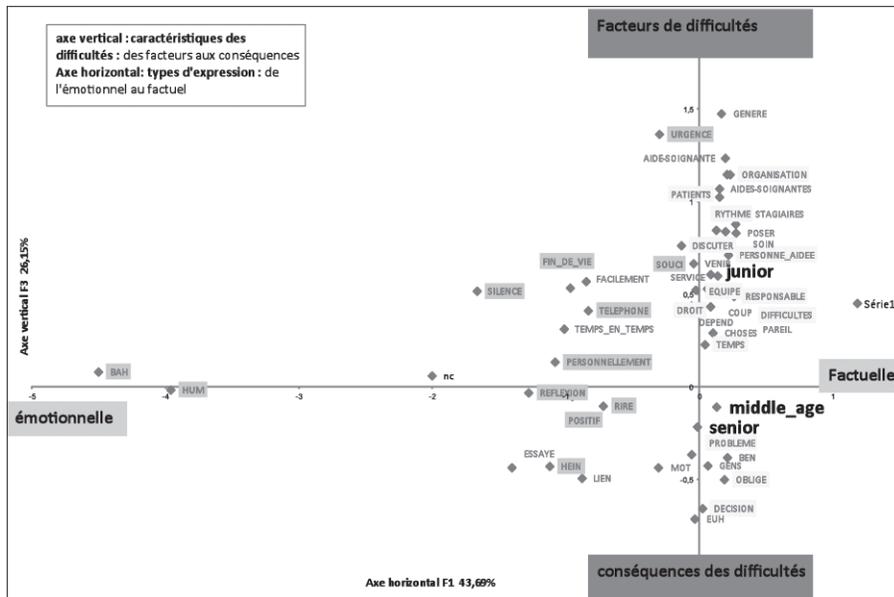


Figure 2. AFC variable âge.

abordant les difficultés en lien avec ce double rôle du salarié (personnel/émotionnel versus professionnel/factuel).

L'axe vertical fait ici référence aux difficultés du travail, allant du pôle facteurs au pôle conséquences. La partie supérieure, relative aux facteurs, permet ainsi ici d'identifier le type de difficultés rencontrées par les professionnels, qui réfèrent davantage aux problèmes d'organisation et à l'équipe, tandis que l'implication émotionnelle-personnelle relève plus des problématiques liées à la fin de vie ou des soucis.

Les *juniors* apparaissent concernés par une majorité de difficultés rencontrées, plutôt abordées via leurs facteurs, qui sont liés à l'Organisation, à l'équipe

et à la fin de vie. Les autres (plus de 30 ans), évoquent davantage les difficultés en ce qu'elles constituent des conséquences à gérer sur le terrain.

Ces éléments sont approfondis à suivre alors que le travail apparaît autant source de plaisir que de difficultés, et ceci au travers parfois des mêmes éléments, tel que celui de la relation à la personne âgée, à la fois recherchée et crainte.

En effet, la thématique du travail, abordée sous trois axes (le plaisir, les difficultés et les relations professionnelles) viennent également justifier de la souffrance émotionnelle conséquence d'un travail difficile dont on a pour persécuter un plaisir du métier idéalisé.

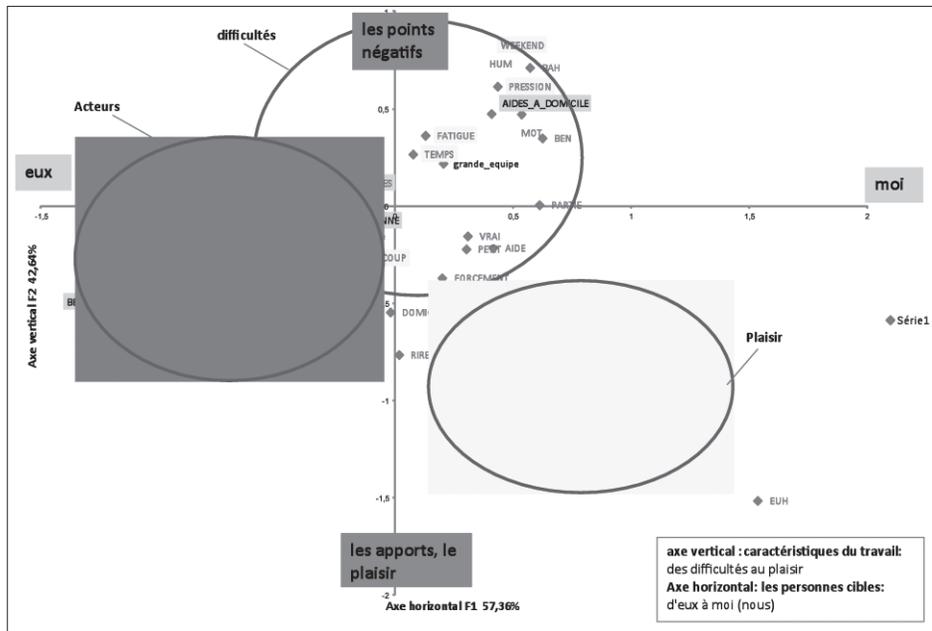


Figure 3. AFC de la variable "taille de l'équipe".

En effet, alors que le plaisir éprouvé du travail est toujours assez succinctement évoqué¹³ (le plaisir du "contact", de l'aspect "relationnel" et le sentiment d'utilité d'apporter quelque chose aux autres), il est aussi ce métier qui leur procure des difficultés et parfois des souffrances, du fait des exigences des personnes et de leur famille ou encore des responsabilités évoquées.

On apprend ainsi sur les (nombreux) paradoxes du métier, dont le premier

est d'exercer un métier dans lequel on n'apprécie pas exécuter la tâche principale: une majorité exprime fermement ne pas aimer faire le ménage alors que l'entretien est leur quotidien professionnel. Une tentative de réduction de la dissonance apparaît dans la mise en évidence du sentiment d'utilité au travers de leur plaisir évoqué: faire leur ménage alors qu'ils ne peuvent le faire eux-mêmes apporte du bonheur aux personnes aidées. Ainsi donc les motifs de plaisir semblent problématiques au bien-être, en ce sens qu'ils constituent également des insatisfactions et des difficultés dans le travail quotidien, en complément des nombreuses difficultés rapportées,

¹³ De 1 à 8% du discours total de chaque interviewé (3.06% en moyenne) d'après un codage effectué sous Nvivo (réalisé sur les 16 premiers entretiens).

notamment concernant les exigences des personnes aidées, la pression de la famille aidée, un cadre d'intervention incertain, des premières interventions anxiogènes, une course après le temps ou encore des trajets stressants (mais dont la voiture sert de cabine de décompression entre deux interventions, témoignant encore de la souffrance vécue).

La composante collective ou la recherche d'une équipe

Alors que le métier est isolé, le seul recours de l'intervenant de terrain reste le responsable hiérarchique, ce sauveur-solutionneur (sic) qui ne peut toutefois les comprendre vraiment.

Une réelle problématique réside dans la difficulté d'accès à leurs collègues, qu'ils ne connaissent même pas, malgré quelques réunions de rassemblement évoquées, jugées primordiales mais bien insuffisamment fréquentes. Les échanges ont pourtant un rôle médiateur dans le vécu de la souffrance, puisque centrés sur le travail, il leur permet de réduire le sentiment de culpabilité: "je souffrais toute seule, je ne disais rien [...] quand j'ai su que je n'étais pas la seule (ndlr: à vivre telle difficulté) par hasard, je me suis sentie mieux".

Les contacts et la lisibilité actuelle des membres de leur équipe sont insuffisants, de même que les temps de réunions ne permettent en l'état de palier à la solitude du métier. Cet isolement peut

de ce fait en partie justifier la difficulté du salarié à surmonter certains événements professionnels.

L'AFC réalisée en considération de la variable *taille de l'équipe* (figure 3),¹⁴ dont les deux axes (caractéristiques du travail et personnes cibles) expliquent 100% de celle-ci, indique que le collègue n'est pas associé de près à soi-même.

En effet, d'après l'axe horizontal, caractérisant les personnes cibles du discours, le collègue est plus un Autrui (pôle "Eux"), qu'un membre de l'endogroupe (pôle "Moi-nous"). De même, cette représentation confirme que le collaborateur est isolé. Ainsi, de riches références aux acteurs apparaissent proche du pôle de l'exogroupe, alors que rapproché de soi ou du "nous", seules trois références s'expriment: "l'aide à domicile" (le salarié lui-même), "l'assistante" (le manager de proximité) et la "personne âgée".

Ces acteurs constituent le quotidien des professionnels d'intervention. Une relation trialle dont le manager est présente surtout de manière implicite, au travers d'une "disponibilité du téléphone" (sic).

Conclusion

Le métier de l'intervention à domicile porte donc à attention particulière de

¹⁴ Une version agrandie est disponible en annexe 2, en fin du présent article.

part les vulnérabilités sociale et émotionnelle qu'il implique. Tant dans sa dimension relationnelle parfois compliquée au bénéficiaire et la famille de celui-ci, qu'à celle liée aux collègues, recherchés comme supports aux difficultés, mais absents du quotidien professionnel. Le professionnel est fatigué, parfois souffrant physiquement. Il est également émotionnellement impliqué. L'étude avancée des non-dits, des silences, des nombreux paradoxes ressortant du contenu de ces entretiens illustreront et participeront à la compréhension de la souffrance émotionnelle mise en évidence ici, mais que le professionnel cherche pour partie à masquer.

Ce métier est particulièrement soumis aux risques psychosociaux, tant la dimension relationnelle et sociale le rend vulnérable, ceci associé à une difficulté pour le professionnel de terrain à exprimer son ressenti, initié par une peur du jugement, dans un secteur où il est admis d'être fatigué et usé, physiquement; mais dont la perception de l'usure mentale apparaît moins évidente pour les différentes parties institutionnelles. Il existe cependant bien une réponse émotionnelle de la réalité des difficultés du métier, qui va au-delà des aspects physiques de la santé et du travail. La complexité de l'accès au collectif est confirmée, en cela qu'elle constitue un manque notamment dans la possibilité d'échanges d'informations nécessaire à l'activité, mais très certainement également dans la diminution de la culpa-

bilité liée à la peur de mal faire ou de réussir moins bien que ses pairs dont ils ne savent comment il vivent le quotidien professionnel. Cet élément qui doit faire l'objet d'une analyse approfondie doit conduire à envisager les leviers d'intervention sur ce point, en commençant par comprendre de quelle manière l'équipe pourrait protéger le salarié, dans ces conditions particulières d'interactions.

Référence

- CNAMTS (2008). Les risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile – chiffres clés en 2006. Mission nationale de prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile de la Cnamts.
- DARES (2006). Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle. Résultats SUMER 2003. *Document d'étude, 121*, décembre.
- Disquay, S. & Egado, A. (10 avril 2013). Soutien et Qualité de vie dans le secteur du maintien à domicile: analyse des éléments porteurs de la souffrance émotionnelle chez les aides à domicile. *Communication présentée au IVème congrès International de Psychologie de la FIUC*. Buenos Aires, Argentina.
- Disquay S. & Egado A. (octubre 2013). El secreto profesional en las profesiones sociales: ¿un freno al bienestar de los asistentes a domicilio? Trabajo presentado en el *I Congreso Iberoamericano de Psicología Y Salud*. La Coruña, España.
- Disquay S. & Egado A. (sous presse).

- L'analyse bidimensionnelle de la désirabilité sociale dans l'évaluation du stress: au service de la gestion individuelle, au détriment de la gestion organisationnelle.*
- Duée, M. & Rebillard, C. (2006). *La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040.* France: Données sociales—La société française.
- Dussuet, A. (2005). *Travaux de femmes: enquête sur les services à domicile.* Paris, France: L'harmattan.
- Gottlieb, B. H. (1992). Le soutien social: un processus relationnel et non une commodité. *La revue canadienne du vieillissement, 11*, 311-315.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implication for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285-308.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping.* New York, EEUU: Springer Publishing Company.
- Loones A. & Jeauneau P. (2012). *L'organisation du métier d'aide à domicile: entre autonomie et isolement professionnel.* France: Dossier Santé et Solidarité de la DREES.
- Messaoudi, D., Farvaque, N. & Lefebvre, M. (2012). *Les conditions de travail des aides à domicile: pénibilité ressentie et risques d'épuisement professionnel.* France: Dossier Santé et Solidarité de la DREES.
- Paulhan, I. & Bourgeois, M. (1995). *Stress et Coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité.* Paris, France: PUF.
- Valléry, G. & Leduc, S. (2012). *Les risques psychosociaux.* France: Presses universitaires de France.