

**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**

Soazig Disquay-Perot

UCO, Laboratoire CRTD CNAM Paris

[sdisquay@yahoo.fr](mailto:sdisquay@yahoo.fr)

Egido Portela Angel

UCO, Laboratoire LPPL Nantes

[angel\\_egido@yahoo.fr](mailto:angel_egido@yahoo.fr)

**Résumé**

Face à l'augmentation et aux évolutions de la population âgée, il est nécessaire de répondre aux nouveaux besoins liés à la dépendance et aux souhaits des personnes vieillissantes par de nouvelles compétences, via des effectifs également plus importants au sein des services de maintien à domicile. Dans un contexte où les responsables de service font face à une pénurie de candidats qualifiés, un turn-over et un absentéisme importants dans les équipes, les enjeux de formation (orientation, formation initiale, formation continue et présence forte de l'encadrement) deviennent des enjeux majeurs de la pérennisation des professionnels dans ce secteur d'activité (Disquay, 2015). A partir d'une méthodologie qualitative et quantitative, il est mis en évidence une souffrance au travail de ces professionnels de la relation de *care*, dont le rapport à leur propre santé est distancié, voire effacé, au bénéfice des personnes aidées. Les résultats s'avèrent toutefois spécifiques en fonction de la catégorie d'appartenance du métier au regard de sa triple déclinaison. Ainsi, le générique « aide à domicile » représente, dans la convention collective de la Branche de l'Aide à Domicile de 2012, à la fois l'agent à domicile, l'employé à domicile et l'auxiliaire de vie sociale, selon sa qualification et les missions prescrites. Ces spécificités de pratiques et de rapport au travail et à leur santé conduisent ici à interroger les leviers possibles que peuvent offrir la formation initiale et

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

continue, ainsi que l'éducation à la santé, pour accompagner au mieux ces professionnels de la relation d'aide dans la réalisation de leur travail, en santé.

## **Introduction**

Convaincus de l'intérêt de favoriser le bien-être des aides à domicile dans le but d'un bien vieillir des personnes âgées, Disquay (2015) a rencontré plusieurs professionnels de terrain, managers et personnels d'intervention, dans le secteur du maintien à domicile, afin d'approcher la réalité de ces métiers, en vue également de comprendre comment se réalise cette mission d'accompagnement et les impacts que ce travail peut avoir sur la qualité de vie de ces professionnels de l'ombre, reconnus pour leur discrétion, mais apparemment bien peu pour leur action sociale pourtant indispensable (Dussuet, 2005; Molinier, 2013). Les propos recueillis permettent au travers du présent article de penser de nouvelles façons de participer à la formation des aides à domicile, considérant leur difficulté à exercer, qui a également des impacts sur leur santé pour laquelle le développement de la capacité à prendre soin de soi, le « self-caring », dans l'exercice du care est ici discuté. Une présentation de résultats de l'enquête de terrain réalisée auprès de près de 150 professionnels du secteur (par la voie de méthodes qualitatives et quantitatives), qui indiquent la spécificité d'un métier de l'autre qui peut se décliner sous trois fonctions distinctes, initie une seconde partie se centrant sur les modalités d'ajustement pouvant répondre aux problématiques mises en exergues. Cette dernière partie, vise ainsi à comprendre les nouvelles orientations qui peuvent être considérés dans les futures formations à dispenser à ces publics, de manière directe au travers de la formation initiale et continue, ou indirecte, au travers de la formation des managers (qui ont à encadrer leurs équipes d'intervention à des fins de mise en œuvre des plans d'aides auprès des personnes âgées d'une part, mais également de répondre à leur obligation de sécurisation de leurs collaborateurs).

## **L'aide à domicile acteur majeur de l'accompagnement des personnes âgées**

La population âgée a fortement augmenté depuis quelques années, bénéficiant de l'évolution de la médecine et du baby-boom d'après-guerre. Pour répondre aux besoins de cette population vieillissante, plus importante, aux profils multiples (3<sup>ème</sup> âge, 4<sup>ème</sup> âge, dépendants ou non,

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

etc.), les gouvernements ont (notamment depuis la loi de 2002) développé un ensemble de programmes visant au « bien-vieillir »<sup>1</sup>. Les dispositifs du maintien à domicile sont mis en place pour permettre à la personne âgée de demeurer à son domicile le plus longtemps possible, par l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé, impliquant l'assistance d'une aide à domicile, de soignants ; financée tout ou en partie par des aides spécifiques de la situation sociale et médico-sociale de la personne aidée. Il s'agit là d'assurer l'accompagnement des populations âgées dans un cadre juridique relevant des politiques de l'action sociale, et répondant à la volonté croissante des personnes âgées de vieillir à leur domicile. On assiste de fait à une croissance des effectifs dans l'aide à domicile, notamment des personnels d'intervention, tour à tour nommées<sup>2</sup>, dans les textes ou dans le legis, « aides à domicile », « agents », « employés à domicile », « femmes de ménage », « auxiliaire de vie sociale », « boniche ». Les théories de l'environnement et du développement écologiques (Bronfenbrenner, 1979; Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic, & Green, 1996; Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008) ont permis à Disquay (2015) de démontrer l'importance du rôle de ces professionnels du secteur de l'aide à domicile dans l'accompagnement des personnes âgées. En effet, intervenant au domicile de la personne âgée, elles pénètrent dans l'intimité des personnes, dans ce contexte particulier des toits des individus, de leurs territoires singuliers. Dans cette proximité géographique et interactionnelle, l'action des aides à domicile joue ainsi, selon Disquay (2015) et au regard des dynamiques écologiques, un rôle majeur sur le bien-vieillir des personnes âgées. Ces interactions fortes et bidirectionnelles indiquent à la fois l'impact de l'intervention de l'aide à domicile sur la personne âgée, mais cette dernière a également un effet sur le professionnel ainsi régulièrement côtoyé dans le cadre d'une relation d'aide de proximité immédiate. L'action et la présence de l'aide à domicile sont favorables à la personne âgée, d'autant plus si elle est elle-même en situation de bien-être, dans l'idée que la relation s'imbiberait de l'état psychologique de l'un et de l'autre, réciproquement, du fait d'un lien particulièrement proche de cette relation. Si une personne âgée est mécontente ou affectée, cela vient modifier les liens et les relations qu'entretiennent les deux protagonistes, le professionnel pouvant en être lui-même affecté et/ou amené à modifier sa pratique d'aide. De même, si l'aide à domicile est en souffrance ou contrariée, sa possibilité d'investissement

---

<sup>1</sup>Cf. revue des lois par Disquay (2015), complétée de la loi ASV du 28/12/2015.

<sup>2</sup>Ndlr : terme utilisé délibérément au féminin pour signifier la prévalence féminine de la profession.

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

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

### **Situations critiques et métier du care en évolutions**

Les aides à domicile sont associés à des indicateurs alarmants qui s'expriment par un absentéisme et un turnover importants, de même qu'un manque d'attractivité du métier qui rend difficile le recrutement des équipes, dans un contexte où le nombre d'aides à domicile doit s'accroître de manière très significative pour répondre aux besoins liés au vieillissement des populations et de la dépendance. Le caractère précaire (travail à temps partiel, rémunération faible) de ces métiers en termes de contractualisation conduirait à fragiliser l'individu qui l'exerce. Le manque d'attractivité flirte avec les effets d'un métier qui peine à s'extraire d'une image défavorable (Ennuyer, 2003; Dussuet, 2005; Molinier, 2013), dont les origines de la fonction appellent à une représentation que l'aide à domicile ne disposerait pas de compétences spécifiques, mais mettrait davantage en œuvre des qualités personnelles, féminines, charitables. Les politiques de formation ont conduit au développement de l'accès à la formation et au diplôme. Pour autant, les politiques d'emploi ont contribué à maintenir une image d'un métier à la portée de tous. D'après l'enquête BMO 2015 (Blache, Buchner, & Duchon, 2015), tous métiers confondus, les aides à domicile représentent la fonction qui domine l'ensemble en terme de difficulté de recrutement, ce qui peut en soit déjà consister un indicateur d'alerte. Dans le même temps que cette difficulté rencontrée par les services et managers pour recruter ces profils, Greugny & Al. (2013) constataient que, pourtant, les candidats disponibles sont à quantité des postes vacants. L'interprétation qu'en donne Disquay (2015) est que le rapport mathématique ne suffit pas à l'équilibre entre offre et demande. En effet, si les candidats disponibles sont nombreux (y compris à se manifester sur ces postes, dont l'histoire a formé des représentations du métier comme celui d'une fonction accessible à tous), cela ne répond pour autant pas au besoin. Ainsi, on observe sur les prises de postes des abandons (y compris le jour même) importants, du fait d'un personnel engagé sans qualification, et insuffisamment préparé à la réalité du terrain, ce qui se traduit donc par un

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

turn-over important, qui soutient la difficulté du recrutement, qui s'exprime finalement plus comme une pénurie de profil qualifié et avisé pour le métier, qu'une seule question de rapport lié à la main d'œuvre disponible. Le secteur fait donc face à la fois à des problématiques de recrutement et de fidélisation concernant l'acquisition et le maintien des compétences organisationnelles.

Par ailleurs, l'aide à domicile est rattaché aux métiers du care qui présente des caractéristiques conduisant à rendre ces professionnels eux-mêmes vulnérables dans leur pratique et leurs réalités professionnelles. Le *care* agit sur l'individu aidé, mais également sur celui qui le met en œuvre, du fait de la singularité et de la complexité des situations qui demandent au pourvoyeur de sans cesse (ré)adapter son *care*, autant qu'il peut en être lui-même changé du fait des « conflits de responsabilités ». L'éthique du *care* en appelle en effet aux compétences et qualités telles que l'attention, les responsabilités, les compétences (pratiques) à mettre en œuvre, ainsi que la capacité de répondre de manière adéquate à un besoin (Tronto, 1993). La morale risque alors de se substituer à l'éthique dans des pratiques injonctives et de conduire à une culpabilité si l'on ne fait « bien ». En outre, le pourvoyeur de *care*, placé dans un contexte de l'action sociale qui repose sur les valeurs de justice, d'égalité, du devoir d'aider l'autre et du dévouement professionnel (Bouquet, 2003), est aussi connu pour investir son énergie dans le soutien au malade (Bon, 1994), conforme à une norme d'éthique du *care* (Avril, 2008). Tout cela peut conduire les aides à domicile à réaliser des tâches dans un engagement possiblement excessif. Disquay & Egido (2013) et Disquay (2015) ont mis en évidence une souffrance psychique chez les aides à domicile, au-delà de la pénibilité physique, elle davantage acceptée. Cette réalité est renforcée par le profil vulnérable dessiné par les auteurs. Ainsi, ce qui contraint la santé des aides à domicile est de quatre ordres principaux :

- leur habitude à garder pour eux, cacher, retenir, bref, tolérer la pression
- leur tendance à accepter les contraintes de planning qui peuvent empêcher des pratiques de soins (par la prise de rendez-vous médicaux ou le respect du repos nécessaire au travailleur)
- l'acceptation des débordements des temps professionnels sur les temps personnels (qui contraignent la conciliation des sphères de vie et un épanouissement hors travail)

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

- le manque de disponibilité et d'activation de stratégies d'adaptation en dehors de l'évitement (parfois du déni)

Dans leur pratique de *care* (auprès des personnes dépendantes), cela s'est traduit concrètement par :

- le silence et l'effacement de soi en présence de la personne âgée (et qui peut également s'étendre à un contexte professionnel)
- l'absorption de la souffrance de l'autre et la tolérance à la violence verbale, voire physique
- une ultra disponibilité qui peut s'étendre aux temps personnels

Ces pratiques caractéristiques sont perçues comme contribuant à un *care* valorisant et moral, et dont l'approche protectrice qui les oriente nous conduit à dire qu'elles contribuent au bien vieillir des personnes âgées. Comment alors concilier cet objectif des structures et des *caregivers*, tout en favorisant une démocratisation du *care*, où chacun peut exercer et évoluer en santé, y compris lorsque son activité professionnelle le place dans un omniprésent souci d'Autrui ? Il apparaît ici qu'il faille en développer les ressources individuelles, dont la responsabilité dépend de l'Organisation dans ce contexte prestataire qui l'y autorise, voire l'y oblige d'après le droit du travail. Les structures prestataires rencontrées (dans le cadre du recueil des données et lors de contacts complémentaires) proposent pour la majorité des formations qui vont en ce sens, comme la formation « gestes et postures » qui vise à prémunir le corps par l'adoption de positions adaptées dans les différentes missions que peuvent réaliser les professionnels (effectuer un transfert, nettoyer, etc.). Nous avons constaté que ces formations ne sont pas gage de l'adoption de comportements appris, ne serait-ce que sur le plan physique. Par ailleurs, nous n'avons pas identifié de réelles préventions portant sur les risques psychosociaux, alors que les organisations auraient même tendance à créer le risque, par un isolement des pairs dont les rassemblements sont pourtant loués par les aides à domicile et au moins désirés par une stricte majorité d'entre eux. Il apparaît alors ici que le besoin réside dans un apprentissage nécessaire de l'aide à domicile quant à la prévention de soi et le développement de l'idée selon laquelle on n'est pas égoïste parce que l'on se regarde

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

soi, mais qu'au contraire, le bien-être associé devrait renforcer le rapport relationnel positif à l'autre.

### **Une triple configuration de profils ou les enjeux d'adapter les dispositifs de formation**

#### **a) De l'enquête de référence aux premières catégorisations**

L'enquête (Disquay, 2015) qui permet d'étayer les perspectives présentées s'est appuyée sur 32 entretiens semi-directifs auprès d'aides à domicile. Ces enquêtes ont fait l'objet d'une analyse lexicographique à l'aide du logiciel ALCESTE, et ont été complétées par un questionnaire réalisé auprès d'un échantillon de 96 aides à domicile. Des entretiens formels et informels ont également eu lieu avec des responsables managers d'équipes et de structures.

La qualification et la caractérisation des métiers nous laissent à penser qu'en fait, l'aide à domicile correspond soit à trois métiers différents (entre agent, employé et AVS), soit à un même métier et trois manières de le réaliser. Ce qui entraîne des impacts sur la manière de penser les formations sur ces métiers. En effet, les aides à domicile se distinguent en différentes catégories (48% d'agents, 16% d'employés et 19% d'auxiliaires de vie sociale en France comptabilisés en 2011). Ces répartitions relèvent de la classification réalisée dans la Convention Collective de la Branche de l'Aide à Domicile (CC BAD), et qui définit des spécificités dans le métier générique de l'aide à domicile, qui s'expriment en termes de formation, de rémunération, de missions et de publics accompagnés. Les formations des personnes exerçant ce *care* à domicile sont par ailleurs multiples. L'absence de formation (pour certains) et les frontières floues de l'intervention auprès de la dépendance, peuvent conduire à les mettre en difficulté si, par exemple, 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.

Une première mesure, déjà mise en place dans certains centres de formation, concerne un dispositif d'aide à l'orientation vers ces métiers. Alternant stages de terrain dans différentes structures, sensibilisation aux aspects théoriques de ces métiers, et accompagnement individuel et collectif pour commencer à élaborer des choix, ces dispositifs permettent aux stagiaires de percevoir la réalité de l'exercice des métiers, afin de décider de façon plus

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

consciente d'entreprendre une formation ou de s'engager directement dans l'emploi, ou de trouver une nouvelle orientation professionnelle.

Une deuxième mesure à penser apparaît alors concerner ce qui relève de la formation continue alors que les connaissances qui relèvent de la formation initiale ne sont pas égales à chacun des aides à domicile. Le vécu des différents professionnels a permis de dégager des profils classifiés en accord avec leur catégorie professionnelle de rattachement, et qui nous permettent d'en décliner les possibles mises en œuvre adaptées, en terme de formation et même d'éducation à la santé.

#### **b) Caractéristiques du travail prescrit, des qualifications et des formations initiales en fonction de la catégorie professionnelle**

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

Il est important de noter que seul l'agent à domicile a une condition d'exercice différente, à savoir que comparativement aux autres fonctions étudiées, il est le seul dont il est précisé qu'il « *ne peut intervenir habituellement et de façon continue chez des personnes dépendantes, ni auprès des publics en difficultés* ». Cette phrase peut paraître d'interprétation soumise à la subjectivité. Il n'est pas précisé de critères objectifs permettant de caractériser ce qui relève de l'habitude ou de la continuité. Les entretiens ont permis de montrer que malgré son absence de formation, ces agents à domicile peuvent être positionnés sur des interventions auprès de publics vulnérables. Intervenir auprès d'une personne dépendante implique une

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

complexité que l'agent n'est peut-être pas en position de prendre en charge, faute de qualification et d'autonomie décisionnaire dans son travail, même si la nature des activités demandées relève bel et bien de compétences techniques liés à l'entretien du lieu de vie. L'aspect relationnel ne peut pour autant en être affranchi, ce qui peut créer des difficultés dans la compréhension de manifestations agressives, par exemple, relevant d'une expression de maladie du bénéficiaire, mais pour lequel l'agent n'a possiblement pas le niveau de connaissances lui permettant de ne pas personnaliser de tels comportements in situ, situations pour lesquelles les Auxiliaires de Vie Sociale, de catégorie C, titulaires du DEAVS<sup>3</sup> ou de l'ancien CAFAD<sup>4</sup> sont davantage préparés.

Par ailleurs, 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. En effet, multiples entrées sont donc possibles sur cet emploi, ce qui peut d'ailleurs poser question. Certaines formations semblent pour autant moins préparer ces professionnels à l'intervention auprès d'un public dépendant, majoritairement âgé. Entre autres, Disquay (2015) fait référence à :

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

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

- le CAP Employé Technique de Collectivité (ETC), aujourd'hui enregistré sous la fiche RNCP : « Certificat d'aptitude professionnelle assistant(e) technique en milieu familial et collectif », dont la composante liée au milieu familial nous apparaît plus adaptée que la simple référence à la collectivité. Au domicile, on est seul, et pas en équipe, on ne possède pas non

---

<sup>3</sup>Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

<sup>4</sup>Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

plus de matériel spécifique, et les procédures devraient être plus difficiles à mettre en œuvre comparativement à ce que l'on peut rencontrer dans le cadre d'un travail (semi)normé en institution. Le référentiel de cette nouvelle appellation est conforme à ce qui peut être de l'ordre des missions confiées à l'employé à domicile. Entendu que le domicile ne relève pas d'une collectivité mais n'ayant pu accéder à des référentiels de contenus de formation de l'ancienne appellation (rappelons que les professionnels sont âgés dans le métier et qu'ils ont possiblement effectué cette formation avant 2004), nous ne pouvons identifier si la formation initiale était en conformité avec ce que sont amenés à rencontrer les professionnels.

D'ailleurs, lors des entretiens auprès des professionnels de cette catégorie, il est apparu que des titulaires du CAP ETC se sont présentés comme sans formation (s'il n'avait pas acquis en parallèle le titre professionnel d'assistant de vie). Comme si la compétence que nous supposons déjà comme plus centrée sur la technicité n'était pas ce qui permet d'exercer un *care* dans le métier d'aide à domicile. Toutefois, le faible effectif de ces employés ainsi formés ne permet cependant que d'évoquer une tendance sur le rapport à la formation technique pour ces métiers.

Enfin, les auxiliaires de vie (AVS) présentent le risque d'un épuisement relatif à leur métier dont les responsabilités apparaissent plus attendues, alors que ces professionnels sont spécialisés dans l'intervention auprès de publics très dépendants, voire en fin de vie. De même, les AVS sont plus âgés et plus anciens dans le métier (conséquences de multiples VAE mises en œuvre auprès de professionnels en poste depuis une quinzaine d'années). Or, les enquêtes sectorielles récentes indiquent des éléments contradictoires sur le niveau de formation (Messaoudi, Farvaque, & Lefebvre, 2012). La pénibilité ressentie au travail est plus importante chez les plus formés, et en même temps, le DEAVS préviendrait la pénibilité que ces professionnels déclarent ressentir de manière plus importante que les autres. Cette question de la qualification pourrait alors indiquer trois possibilités : soit le travail des AVS est plus lourd (relation à la dépendance et la fin de vie, transfert de personnes dépendantes, etc.) ; soit la formation ne répond pas aux exigences de l'emploi ; soit certains professionnels disposent d'une formation supérieure à leur emploi actuel qui pourrait générer une frustration dont les effets se ressentent à suivre sur le corps et la psyché. Nous ne remettons pas en cause la formation du DEAVS dont le référentiel apparaît suffisamment riche pour faire face aux

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

contraintes du métier. Toutefois, il pourrait exister des différences entre l'AVS qui a obtenu son diplôme par VAE et celui qui réalisé la formation, et donc engagé un processus réflexif sur son travail, en interaction avec ses pairs apprentis, ce que les travaux récents sur la formation indiquent comme plus favorable pour développer des compétences.

La façon dont le salarié est qualifié pourrait donc impacter son propre vécu des situations de travail et donc sa santé, plutôt envisagée dans sa dimension psychologique.

### **c) Problématiques rencontrées par les aides à domicile : des inégalités de ressources selon les catégories**

L'enquête a confirmé l'existence de profils spécifiques suivant la catégorie d'emploi occupée. Premièrement, concernant les sources de difficultés, les agents à domicile (catégorie A) ont très peu rapporté le manque de temps pour effectuer le travail comme une source caractéristique de difficulté au travail, comparativement aux employés à domicile (catégorie B) et aux AVS (catégorie C). La nature des interventions peut possiblement expliquer ces différences, alors qu'une prestation de ménage (telle que demandée aux agents) devrait s'organiser plus aisément auprès d'un public autonome. A contrario, la cadence est plus soutenue chez les professionnels qualifiés, du fait de leurs missions auprès de personnes dépendantes qui modifient la nature des interventions à réaliser, et ce souvent dans un temps restreint en lien avec les plans d'aide accordés contraints par les budgets alloués.

Une seconde spécificité des agents concerne la problématique de la première intervention comme source de difficultés, voire de stress et de peur. En effet, si ce motif représente celui le moins évoqué par les employés et les AVS, il constitue le deuxième facteur de pression chez l'agent – après la situation de mécontentement et/ou d'agressivité qui pour chaque catégorie est la plus grande source de difficulté. La peur de l'inconnu traduit la crainte de l'agent à intervenir auprès d'un nouveau bénéficiaire, dont on redoute l'entrée en relation, la première séance permettant généralement de réduire l'angoisse d'un manque de prédictibilité qui s'explique par des carences informationnelles. Les employés et les auxiliaires semblent ainsi se caractériser par une adaptabilité plus importante à la nouveauté, là où l'agent craint de ne pas être en capacité de répondre aux exigences de la personne. De même, l'accompagnement de la dépendance demande une coordination et une intervention par binôme voire trinôme qui

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

permet les échanges avec les pairs qui interviennent au sein de la même maison. Peut-être également, la qualification et la formation que possèdent les AVS et les employés permettent de rassurer davantage le professionnel sur sa capacité à répondre au besoin, là où l'agent craint de ne pas être à la hauteur. La question de la qualification et de la confiance en ses capacités semblent ici un motif d'explication plausible et constituent des ressources individuelles importantes.

Enfin, la dégradation de l'état de santé de la personne aidée (ou son décès) comme motif majeur de difficulté à court terme augmente avec la catégorie d'emploi. Ce qui apparaît cohérent, puisque les interventions auprès de la dépendance en sont une caractéristique (prioritairement attribuées aux AVS puis employés, en fonction de la nature de la dépendance et des tâches à réaliser). Le risque est donc plus important de rencontrer ces situations pour les AVS et les employés, comparativement aux agents. Ce qui a interpellé les chercheurs, toutefois, dans les résultats concernant cette source de difficulté, est la proportion rencontrée concernant les agents sur ce point. En effet, un cinquième des aides à domicile de catégorie A ont évoqué cette problématique parmi le panel de l'enquête quantitative. Or, ces professionnels ne devraient pas être positionnés auprès de personnes dépendantes au sens de la convention collective. Il est ainsi mis en évidence ici une différence entre le travail prescrit et le travail réel que rencontrent les agents à domicile. Par ailleurs, des profils se sont à nouveau dégagés comme représentatifs des catégories d'emploi avec des agents qui avalent leur souffrance en silence, des employés qui souffrent d'un manque de soutien et de reconnaissance face aux problématiques relationnelles et des AVS qui témoignent d'une pénibilité psychique majorée de l'accompagnement de la dépendance (par la même désiré et satisfaisant), malgré un accès au soutien social plus favorable que leurs pairs.

Ainsi, la nature des problématiques rencontrées est différemment vécue selon l'emploi et en arrière-plan, la qualification des aides à domicile, et peut-être la perception de leurs compétences à bien agir en réaction. Il apparaît alors, à la lumière de ces trois métiers révélés et toutes les problématiques évoquées, la nécessité d'adapter, voire de penser différemment la formation des aides à domicile. Elles doivent permettre l'acquisition des compétences techniques bien sûr, comme relationnelles. Il s'agit bien là des références prises en compte dans les formations actuelles préparant au métier. Pour autant, il est probable qu'il faille

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

étendre les champs à une éducation à la santé de ces professionnels qui s'oublent dans l'exercice du *care*, dont les organisations doivent leur permettre d'être malgré tout récipiendaire, au sens des théories développées entre autres par Tronto (1993), Gilligan (1986) et leurs contemporains (comme Paperman, Molinier, Fustier, Amyot, etc.).

L'enjeu est donc de penser conjointement une formation technique et au-delà l'éducation à la santé dans les formations des aides à domicile, la connaissance de la nécessité de prendre soin de soi nous apparaissant comme un prérequis à la pratique du *care* auprès de la personne vulnérable.

### **Quelle formation pour amortir la souffrance et accompagner la pratique de l'aide à domicile ?**

Les formations actuelles préparent les futurs aides à domicile à la connaissance des publics et des réactions dues aux pathologies, ainsi qu'à leurs besoins. Des programmes de formations (initiale et continue) s'attachent également au développement de techniques les formant aux gestes et postures adéquats. La nouveauté à intégrer dans la formation initiale est sans doute davantage orientée d'après l'acquisition de la compétence à prendre soin de soi, alors que les résultats présentés ci-avant ont montré que le métier entraînait la vulnérabilité voire la souffrance des professionnels. Il s'agit donc de prendre en compte les dimensions relationnelles et psychologiques de ce métier du *care*, dont le cadre vocationnel ou de valeur impacte d'autant le vécu et la pratique professionnels.

Pour être là pour l'autre, dans son souci, il faut également être en être capable pour soi-même. Et c'est bien là que le travail peut être à opérer, au travers du management bien sûr, mais également dans la formation initiale, déjà. Prendre conscience du *care* apparaît alors comme un prérequis à l'engagement dans la pratique du *care* (pour l'autre). Cette prise de conscience relève d'une action extérieure, dont la formation apparaît un premier levier.

Enfin, du point de vue de la formation continue, ces éléments peuvent être repris bien sûr, notamment en réponse au triptyque de profils évoqué du métier. Plus loin, la formation (continue) et l'accompagnement par l'Organisation (et donc l'encadrement) devraient dorénavant être envisagés de manière adaptée en fonction des nouvelles connaissances portant sur les caractéristiques catégorielles. Dans tous les cas, la formation continue (plus facilement égalisable d'un aide à domicile à l'autre, peu importe sa catégorie), permet de procurer

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

l'espace d'une analyse réflexive, qui contribue à la pratique (ré)adaptée du *care* (Mozère, 2004). Cette dernière profite au bien-être, par une meilleure compréhension des situations, facilitant le travail et sa réalisation. Ce processus demande l'existence d'un tiers, dont on s'attend à ce qu'il soit représenté par un responsable hiérarchique, ainsi que dans une autre configuration par un tiers extérieur à l'Organisation (tel un psychologue du travail).

**a) Intégrer et considérer les apports des théories du *care***

Le *care*, considéré comme une pratique, illustrée par des activités et des expériences, est exercé dans le but de répondre aux besoins des autres. La satisfaction résultant de l'atteinte de l'objectif entraîne chez l'aide à domicile qu'il minore l'attention qu'il se porte à lui-même pour y parvenir (Disquay, 2015). Pour autant, le temps du *care* « relationnel » est souvent secondaire au *care* « technique » sur le terrain (Heslon, 2008). Or, il apparaît bien de l'éthique du *care* que c'est elle qui donne sens au métier (Tronto, 1993; Molinier, 2013). Une pratique centrée sur le geste et la réalisation, distante du relationnel pourrait alors engendrer une absence (ou une perte) de sens du métier, contraindre la pratique d'accompagnement en elle-même, et même conduire à une baisse de l'estime de soi et donc une souffrance, que cette dernière s'exprime par de la frustration, de la colère, une démotivation, une tristesse, etc. Les agents de catégorie A, comme nous l'avons identifié, apparaissent les plus vulnérables dans ce sens.

Nous lisons bien là ce que cela engendre d'intégrer ces dimensions dans la formation de ces professionnels. Un premier enjeu qui se dessine ici est sans doute de ne pas éviter ces connaissances liés au *care* qui impactent nos positionnements, pensées et comportements (donc pratiques et postures) en survalorisant une dimension technique, pour autant, réelle et importante. Il ne s'agirait pas non plus ici de trahir le commentaire recueilli auprès d'une assistante de vie encadrant elle-même des stagiaires (futurs aides à domicile), qui rappelle que la nuance et un juste équilibre doivent pouvoir être apporté dans la projection du métier que confère la nature de la formation dispensée et les dimensions valorisées auprès de l'apprenant :

*« Euh... on présente un peu ce métier-là comme un accompagnement, euh... moi, je leur dis « 99 %, c'est du nettoyage ». Ça, il faut... il faut pas se leurrer. Il est grand temps*

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

*que les profs, là-bas... moi, j'aimerais bien avoir des profs en... en stage, hein. Il est grand temps que les profs, là-bas, euh... changent leurs mots. Parce que... une ga... une gamine de 18 ans, qu'on dit que c'est de l'accompagnement, eux, c'est de l'accompagnement. Elles, pour elles, l'accompagnement, c'est aller se balader, aller faire des courses, hein. Et ça euh... vous le faites pas beaucoup. »*

Pour autant, les discours politiques et des décisionnaires n'ont de cesse d'appeler à mettre la personne âgée « au cœur du dispositif ». Notre perception au contact du terrain est que cette injonction (qui nous paraît parfois presque obsessionnelle) à être tourné vers l'autre constitue un risque pour le professionnel de ne plus être quant à lui au centre de l'attention de l'Organisation dans l'accompagnement dont il doit lui-même bénéficier alors qu'il évolue dans un secteur complexe et sensible. Ceci impacte sa propre santé physique, psychique et morale, alors que l'aide à domicile aussi, professionnel du *care*, est pourtant bien aussi une personne dont la santé doit être considérée, car faisant également partie de cette population ciblée par la désormais bien connue définition de la santé par l'OMS. Il s'agit alors ici en complément de travailler sur ce qui peut faire dogme dans le secteur de l'accompagnement, d'un bénéficiaire au centre du dispositif, qui pourrait desservir le professionnel ainsi mis de côté, comme un renfort à l'oubli de soi.

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

**b) Ouvrir sur le travail en réseau et former les managers à l'accompagnement des équipes d'aides à domicile**

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

Une autre mesure à considérer dans la formation des aides à domicile est donc une formation indirecte qui peut être traduite par un accompagnement plus adapté à la réalité des fonctions d'aujourd'hui par le manager de proximité. Si les activités de *care* contraignent la prévention de soi, il est possible de former les managers à prendre soin de leurs aides à domicile et y être eux-mêmes sensibles, ou tout le moins, s'autoriser (enfin) à être eux-mêmes récipiendaires. L'exercice du *care* entretient un rapport ambivalent sur la santé des aides à domicile et le bien-vieillir des personnes âgées. Les comportements et les compétences relevant de la pratique du *care* sont à la fois l'essence de l'accompagnement du bien vieillir et un frein à la prévention de la santé des aides à domicile. Par ailleurs, les comportements et stratégies mises en place et qui contraignent cette prévention correspondent dans le même temps à une pratique du « *care-valeur* » (Disquay, 2015) participant à l'accompagnement des personnes âgées. Il s'agit donc de mettre en œuvre des dispositifs de prévention qui permettent de maintenir la qualité du *care* apporté, tout en développant une capacité de *self-care* chez l'aide à domicile, dont un apprentissage est nécessaire pour qu'il s'autorise à se regarder et participer à sa préservation. Le développement du réseau social professionnel y contribue, et c'est alors la formation des managers qui se trouve engagée, pour la mise en œuvre et le soutien des dits réseaux, dans des formes à inventer avec les professionnels.

Aujourd'hui, les temps d'échanges et de réunions permettent de rassembler ces professionnels isolés. En effet, deux tiers des sondés témoignent participer ponctuellement ou régulièrement à des réunions de service pour faire part de leur difficultés concernant les personnes aidées et les familles (Loones & Jeunneau, 2012). Sont-elles pour autant efficaces ? Pas forcément à en lire les résultats liant la proportion des tendus suivant le type de rencontre dont ils bénéficient avec leurs collègues. Ainsi, 38,9% des salariés ne profitant pas d'échanges ou de réunions avec les collègues sont tendus. Or ce chiffre se réduit de seulement 3,7% si des moments formels d'échanges existent ! Cela pose question quant à l'efficacité des rencontres (contenus des échanges vs contacts-soutien de la présence d'autrui) et demanderait à être développé. L'INRS, en 2005, identifiait pourtant que les groupes de paroles soulagent l'anxiété des intervenants auprès de personnels fragilisés, même si l'effet est limité. Leur interprétation était toutefois que les personnes participant à ces groupes faisaient partie des plus vulnérables et présentaient aussi le plus de difficultés. L'accent doit être porté auprès des

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

futurs coordinateurs des services d'aide à domicile pour contribuer, indirectement à réduire la souffrance des personnels d'interventions.

**c) Education à la santé : apprendre à développer son « self-caring », sa capacité à prendre soin de soi dans l'exercice du care**

Enfin, comme un liant aux précédentes stratégies évoquées, un focus nouveau nous semble à envisager dans la formation des aides à domicile. Initié par l'intégration des effets de l'éthique du *care*, la formation peut également participer à l'apprentissage et au développement d'une compétence à « prendre soin de soi », proche des théories de l'éducation à la santé, que nous étendons à ces professionnels, comme une analogie à ce qui peut être développé chez un patient. Le concept d'autosoins (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013) duquel nous déclinons une capacité de « *self-caring* » que l'on peut développer par apprentissage, constitue une stratégie complémentaire et nouvelle à considérer dans les formations. Le concept en question vise à permettre à un patient de prendre soin de sa santé. Disquay (2015) transpose ce concept au professionnel qui a à se former à prendre soin de lui-même.

Les auteures reposent leur revue de littérature d'après la définition du concept d'autosoins donnée par Orem (1991, 2001) dont elles proposent la traduction suivante reprise de Hartweg (1991)<sup>5</sup> : « *la pratique de l'activité que les individus initient et effectuent pour maintenir leur vie, leur santé et leur bien-être* » (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013, p. 95). Elles déclinent le concept en trois dimensions de ce travail de revue, à savoir sous l'angle des attributs, des antécédents et des conséquences.

Les attributs correspondent aux caractéristiques du concept, classés selon 5 caractéristiques que sont (1) l'activité, (2) la décision consciente, (3) la justesse, (4) le centrage sur un objectif et (5) son acquisition. L'activité est plutôt orientée sur le physique et a la caractéristique d'être observable dans les premières publications consultées (1970-1990), puis s'étend à une dimension psychique dans les années 90 et une dimension spirituelle dans les années 2000.

---

<sup>5</sup>Hartweg, D. (1991). *Dorotea Orem : self-care deficit theory*. Sage publications.

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

Le concept d'autosoins dans le contexte infirmier concerne davantage les soins réalisés dans le cadre d'une affection de longue durée, plutôt que dans le cas de maladies aiguës (Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013). Pour autant, l'idée de l'apprentissage d'une nouvelle compétence comme « prévention de fond » servant la pratique et le vécu professionnel, dont découle l'accompagnement des personnes dans une dynamique favorable à chacun des acteurs, nous apparaît une piste intéressante à expérimenter.

Les auteurs relèvent 4 conséquences (qui sonnent comme des finalités) principales des études menées sur le concept d'autosoins :

- La suppression des symptômes
- Le maintien de la santé, de la vie et du bien-être, ainsi que l'évitement des complications ou des contraintes à la réalisation de l'autosoin
- Le développement de l'autonomie : le concept d'autosoins implique le transfert de partie de la responsabilité du soin par le professionnel, à l'attention de la personne concernée
- L'empowerment : visant à rendre le contrôle de l'individu sur sa santé

Nous définissons le *self-care* comme le souci de soi que nous distinguons toutefois de l'approche de Foucault (1984) qui le définit davantage comme une quête de plaisir. Nous l'envisageons davantage dans le contexte de travail et de prévention de la santé comme le développement d'une attention à se regarder soi-même et écouter son corps et son esprit quand l'environnement de travail peut y être lié négativement. Elle pourrait s'apparenter à la traduction de ce que l'on développe par la conscience réflexive qui permet à l'individu, grâce à l'usage de la parole, de « *savoir qu'il sait* » (Wittezaele, 2007, p. 134) et donc d'appuyer sa pratique future sur sa méta-expérience, ceci concourant à préserver sa pratique du « *care-valeur* » perçu, c'est-à-dire l'accompagnement relationnel de la personne (en dehors des activités techniques d'aide à la personne) et sa santé.

Il nous est apparu que les effets sont déjà visibles chez les AVS qui ont sans doute acquis cela de leur formation. Toutefois, tous les aides à domicile n'ont pas le diplôme d'état et ne seront pas amenés à l'acquérir, que cela soit dû au fait que cela ne réponde pas aux besoins des

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

services, à la demande de l'aide à domicile lui-même, ou du fait de capacités. Moré (2014) a mis en évidence que le discours tournant autour du souci de soi serait plus assimilé parmi les salariés ayant des parcours plus professionnels et ayant suivi des formations. Cela se vérifie dans le recueil de données auprès des aides à domicile, alors que des pratiques réflexives ont été relevées chez les AVS en plus grande majorité, et qui constituaient chez eux un support à des stratégies adaptatives et donc une forme de protection de soi, traduisant selon nous, non le souci de soi en tant que tel mais le souci des Autres dont la gestion des problématiques me permet une prise de distance qui me préserve. De même, le souci de soi serait plus important chez les personnes ayant par avance été en situation de vulnérabilité elles-mêmes, en ayant été confrontées à la maladie par exemple, comme si cette dernière avait joué le rôle de vaccin face à des risques ultérieurs. Dépassant l'utilisation de l'optimisme comparatif qui vise à croire que l'Autre va plus mal que soi (Shankland & Verhiac, 2013), l'expérience de la maladie rééquilibre le rapport à la santé par la prise de conscience que chacun est vulnérable, soi compris.

Ainsi, développer le *self-care* apparaît une ressource nécessaire à ces professionnels du *care* à domicile dont le dévouement pourrait témoigner d'une tendance, sinon un risque à devenir un martyr de la relation de sauvetage, au sens des théories d'analyse transactionnelle (Berne, 1984). Il faut encourager l'individu, le professionnel à aller vers la sauvegarde et non le sauvetage de l'autre, qui conduit à passer du rôle de sauveur au rôle de la victime. La sauvegarde consiste à se donner le temps d'éduquer pour que la personne ne soit plus abaissée au rang de victime et puisse être actrice de sa vie (Bon, 1994). Le pourvoyeur souffrant pourrait ainsi se caractériser par un positionnement à l'autre tel un sauveur, ce qui le met en situation de vulnérabilité. Il s'agirait alors de faire prendre conscience de cette attitude à l'aide à domicile, afin qu'il se détache de ce rôle. Ainsi, toute la difficulté réside dans le cheminement de conscience et les résistances à explorer, au fil d'une expérience, si le professionnel trouve des espaces de formation conçus comme accompagnement de la réflexion/conscientisation de chacun par les autres. « *Aider sans se sacrifier* » (Bon, 1994, p. 232) devient un des enjeux majeurs de ces professionnalités, dans l'intérêt également de la personne bénéficiaire de l'aide. Care et auto-care deviennent ainsi indissociables, comme les deux faces de la même médaille. Pour autant, si l'on peut envisager de former les aides à

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

domicile sur cette éthique du care, il n'en est pour autant conclu que le care s'enseigne en soi, sans appropriation et acceptation par celui à qui on souhaiterait le dispenser. Alors peut-être faudrait-il dans le même temps considérer cette proposition d'approche comme une sensibilisation à un professionnel qui garde autonomie et décision quant à l'accueil qu'il fait du care, et qu'il doit pouvoir choisir, ou non, de prendre. C'est également une façon d'exercer à la fois dans un care nouvellement dirigé vers lui, pour initier le cheminement vers un auto-care, de soi.

### **Conclusion**

Ainsi, au terme du présent article, nous prenons la mesure de la nécessité et/ou l'enjeu de penser une nouvelle façon de former l'aide à domicile à la spécificité et l'évolution de ce qu'il(s) rencontre(nt) en activité. Cela peut être discuté au regard des connaissances nouvelles sur les réalités professionnelles bien sûr, mais également, sans doute, en précisant la réflexion quant à l'intégration d'une nouvelle approche qui considérerait également une éducation à la santé visant la prise en compte de, et pour chacun, d'une éthique universelle du *care*. Mais comment, dans un contexte évolutif et contraint en termes de temps et de finance, opérationnaliser de nouvelles formes d'accompagnement organisationnel et de formation qui prendraient en compte et participeraient à donner un sens au souci de soi, à l'agir pour soi, pour des professionnels qui semblent souffrir d'être centré sur l'autre ? Pour autant, comment former à du care, qui ne nous apparaît cependant pas pouvoir s'enseigner ? Tout autant qu'apprendre à dispenser le care, il s'agirait donc, ici, d'apprendre à le recevoir et à se le donner. S'attacher à aller dans ce sens apparaît en effet un enjeu majeur du métier et des professionnels l'exerçant. L'auto-care apporte dans le même temps que la prévention de soi, une expérience et un vécu qui participent simultanément d'une prise en soin adaptée des publics accompagnés, par un approfondissement possible de la connaissance de ses propres fonctionnements psychiques, intellectuels et comportementaux dans la relation de care.

Finalement, de nouvelles perspectives d'approfondissement ne pourront s'affranchir d'un travail partenarial dans une conscience partagée que le bien-être de l'aide à domicile constitue aussi un axe profitant aux actions du bien-vieillir de nos aînés, l'auto-care et le care pouvant, sous certaines conditions se renforcer l'un l'autre.

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

### **Bibliographie**

Avril, C. (2008). Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude. *Retraite et société*(53), pp. 49-65.

Berne, E. (1984). *Des jeux et des hommes*. Stock.

Blache, G., Buchner, D., & Duchon, P. (2015). Enquête "besoins en main d'oeuvre" : les employeurs entrevoient une amélioration de leurs perspectives d'embauche pour 2015 et de moindres difficultés à recruter. *Eclairages et Synthèse*(11), pp. 1-12.

Bon, M. (1994). *Accompagner les personnes en fin de vie*. Paris: L'Harmattan.

Bouquet, B. (2003). *Ethique et travail social, une recherche du sens* (éd. 2012). Paris: Dunod.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development : experiments by nature et design*. Cambridge: Harvard University Press.

Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D., & Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec.

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*. Université d'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. *Carriéologie* (numéro thématique spécial).

Dussuet, A. (2005). *Travaux de femmes : enquête sur les services à domicile*. Paris: L'Harmattan.

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

Dussuet, A. (2008). Genre et mobilisation de la subjectivité dans le travail. L'exemple des services à domicile aux personnes âgées. Dans D. Linhart, *Pourquoi travaillons-nous ? Une approche sociologique de la subjectivité au travail* (pp. 69-96). Paris: Erès.

Ennuyer, B. (2003). Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale. *Gérontologie et société*(104), pp. 135-148.

Ennuyer, B. (2006). *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*. Paris: Dunod.

Foucault, M. (1984). *Histoire de la Sexualité III : le souci de soi* (éd. 2014). Domont: Gallimard.

Gilligan, C. (1986). *Une voix différente : pour une éthique du care* (éd. 2008). (A. Kwiatek, & V. Nurock, Trads.) Val d'Oise (95), France: Flammarion.

Greugny, H., Nouchet, C., Bourdin, V., & Moulin, N. (2013). *Emploi Formation du secteur sanitaire, social et médico-social : diagnostic général*. Rennes: GREF Bretagne.

Hartweg, D. (1991). *Dorotea Orem : self-care deficit theory*. Sage publications.

Heslon, C. (2008). *Accompagner le grand âge : psycho-gérontologie pratique* (éd. 2010). Paris: Dunod.

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., & Jauneau, P. (2012). L'organisation du métier d'aide à domicile : entre autonomie et isolement professionnel. (DREES, Éd.) *Dossiers solidarité et santé : les conditions de travail des aides à domicile en 2008*(30), pp. 47-60.

Mailhot, T., Cossette, S., & Alderson, M. (2013). Une analyse évolutionniste du concept d'auto-soins. *Recherche en soins infirmiers*(112), pp. 94-106. doi:10.3917/rsi.112.0094

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

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.

Moré, P. (2014). Les employé(e)s domestiques dans le travail de care : corps et investissement de soi entre éthique et contrainte. *Travailler*(32), pp. 33-53. doi:10.3917/trav.032.0033

Mozère, L. (2004). Le "souci de soi" chez Foucault et le souci dans une éthique politique du care. *Le portique*, 13(14), pp. 2-10.

Orem, D. E. (1991, 2001). *Nursing : concepts of practice* (éd. 4ème et 6ème éditions). Mosby.

Paperman, P. (2009). D'une voix discordante : désentimentaliser le Care, démoraliser l'éthique. Dans M. Pascale, S. Laugier, & P. Paperman, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 89-110). Paris: Payot & Rivages.

Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., & Green, L. W. (1996). Assessment of the Integration of the Ecological approach in Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), pp. 318-328.

Shankland, R., & Verliac, J.-F. (2013). Psychologie de la Santé. Dans L. Bègue, & O. Desrichard, *Traité de psychologie sociale : la science des interactions humaines* (pp. 482-503). Bruxelles: De Boeck Supérieur.

Tronto, J. (1993). *Moral boundaries, a political argument of an ethic of care* .

Wittezaele, J.-J. (2007). Les stratégies paradoxales dans l'accompagnement. Dans J.-P. Boutinet, N. Denoyel, G. Pineau, & J.-Y. Robin, *Penser l'accompagnement adulte : ruptures, transitions, rebonds* (pp. 129-147). Paris: PUF.

N° 17 (2017), pp. 49 - 73

**Abstract**

In view of the increase and the evolution of the elderly population, it is necessary to respond to the new needs linked to the dependency and the wishes of the aging population by new skills, via an even larger workforce in the home care services. In a context where service managers are faced with a shortage of qualified candidates, significant turnover and absenteeism in the teams, the training issues (orientation, initial training, continuing training and strong presence of management) become the major stakes of the perpetuation of the professionals in this sector of activity (Disquay, 2015). Using a qualitative and quantitative methodology, there is evidence of suffering in the work of these professionals of the care relationship, whose relationship to their own health is distanced or even erased, to the benefit of the people assisted. The results are however specific according to the category of membership of the trade with regard to its triple declination. For example, in the collective agreement of the Domestic Help Division of 2012, the generic "home help" represents both the home agent, the home worker and the social worker, according to its qualification and the prescribed missions. These specificities of practices and relationships with work and their health lead here to question the possible levers that initial and continuing training, as well as health education, can offer to best accompany these professionals of the helping relationship in carrying out their work, in health.

**Resumen**

Frente el aumento y a las evoluciones de la población de edad avanzada, es necesario responder a nuevas necesidades vinculadas a la dependencia y a las aspiraciones de las personas longevas con nuevas competencias, y un aumento importante de los efectivos en los servicios de asistencia a domicilio. En un contexto donde los responsables de servicio deben afrontar la escasez de candidatos cualificados, un elevado *rotativismo* y absentismo en los equipos, los retos de la formación (orientación, formación inicial, formación continua y fuerte presencia y apoyo de los responsables) se transforman en desafíos mayores de perduración de los profesionales en este sector de actividad (Disquay, 2015). A partir de un estudio realizado con una metodología cualitativa y cuantitativa, se pone de relieve un sufrimiento en el trabajo de estos profesionales de la asistencia a domicilio, una relación a su salud distanciada, o incluso anulada, en beneficio de las personas asistidas. Los resultados se muestran

Nº 17 (2017), pp. 49 - 73

específicos en función de la pertenencia a una categoría profesional. Así pues, lo genérico "asistencia a domicilio" representa, en el convenio colectivo de la Rama de la Ayuda a domicilio de 2012, a la vez el agente a domicilio, el empleado a domicilio y el auxiliar de vida social, según su calificación y las misiones prescritas. Estas especificidades de prácticas y de relación al trabajo y a su salud conducen aquí a cuestionarnos los posibles incentivos que pueden ofrecer la formación inicial y continua, así como la educación para la salud, para acompañar lo mejor posible a estos profesionales de la asistencia a domicilio en la realización de su trabajo, en salud.

### **Resumo**

Com o aumento e as mudanças da população idosa, e para atender às novas necessidades relacionadas com a dependência e desejos das pessoas mais velhas, é necessário desenvolver novas competências, por parte de maior número de funcionários dos serviços de apoio domiciliário. Em um ambiente onde os gestores de serviços estão enfrentando uma escassez de candidatos qualificados, uma alta rotatividade do pessoal das equipas e um absentismo significativo, questões de formação (orientação, formação inicial, formação contínua e forte presença do enquadramento) tornam-se questões importantes da fixação de profissionais neste sector (Disquay, 2015). Utilizando uma metodologia qualitativa e quantitativa, foi posto em evidência o sofrimento desses profissionais da relação de ajuda (care), cuja atenção à sua própria saúde fica distante ou mesmo apagada em benefício das pessoas assistidas. Os resultados apresentam-se, contudo, específicos, dependendo da categoria dos membros da profissão, tendo em conta a sua tripla declinação. Assim, o genérico "ajudante ao domicílio" representa, na convenção colectiva do Ramo de Ajuda ao Domicílio de 2012, tanto o agente de ajuda domiciliária, como o trabalhador doméstico e o auxiliar na vida social, de acordo com a qualificação e as missões prescritas. As especificidades destas práticas e do seu impacto para o trabalho e para a saúde, levam-nos a questionar aqui possíveis alavancas que a formação inicial e contínua possam oferecer, assim como a educação para a saúde, para acompanhar da melhor forma possível, estes profissionais da relação de ajuda na realização do seu trabalho, com saúde.