



HAL
open science

Comprendre les inégalités sociales de santé par la dimension émotionnelle du travail. Esquisse d'une typologie dans le secteur marchand de l'aide à domicile

Thomas Bonnet, Éric Drais

► To cite this version:

Thomas Bonnet, Éric Drais. Comprendre les inégalités sociales de santé par la dimension émotionnelle du travail. Esquisse d'une typologie dans le secteur marchand de l'aide à domicile. *Revue française des affaires sociales*, 2022, *Hôpital : réformes, crises et résistances*, 4, pp.227-244. 10.3917/rfas.214.0227 . hal-04668882

HAL Id: hal-04668882

<https://hal.science/hal-04668882v1>

Submitted on 7 Aug 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Comprendre les inégalités sociales de santé par la dimension émotionnelle du travail.
Esquisse d'une typologie dans le secteur marchand de l'aide à domicile**
Thomas Bonnet¹ et Éric Drais²

Résumé

Cet article propose de montrer comment la dimension émotionnelle du travail dans le secteur marchand de l'aide à domicile éclaire les inégalités sociales de santé au travail. En s'appuyant sur une enquête menée au sein de deux agences d'aide à domicile et se basant sur plus de 328 h d'observation et plus de 63 h d'entretiens enregistrés sur dictaphone, cette contribution souligne l'importance du travail émotionnel dans la problématique de la santé et sécurité au travail des aides à domicile. Généralement masquée, voire réfrénée, la dimension émotionnelle du travail peut constituer pourtant une ressource pour les professionnelles cherchant à acquérir une autonomie plus importante dans l'organisation de leur travail. Les jeux stratégiques de nature émotionnelle déployés par les intervenantes ne leur assurent toutefois pas toujours des bénéfices. En analysant les relations entre les ressources émotionnelles et les transactions identitaires opérées, l'article met en évidence trois trajectoires de santé typiques : celles qui *réussissent*, celles qui *tiennent* et celles qui *partent*. La compréhension de tels enjeux éclaire la prévention de la désinsertion professionnelle dans un milieu particulièrement exposé.

¹ t.bonnet@univ-lyon2.fr

² eric.drais@inrs.fr

Introduction

Selon la logique d'un gradient social explicatif des inégalités sociales de santé (Leclerc et al, 2000), on pourrait aisément situer la population des intervenantes à domicile³ (désormais IAD) parmi les travailleurs défavorisés. En France, en effet, l'aide à domicile⁴ figure en tête des secteurs d'activité les plus sinistrés en matière de risques professionnels, ayant dépassé depuis peu le secteur du BTP (Gayet, 2016). Ce milieu professionnel qui connaît une précarité de l'emploi prégnante (Ribault, 2008) a vu ses conditions de travail déjà peu favorables (temps partiel subi, horaires variables, horaires atypiques, etc.) se dégrader (Kulanthaivelu, Thiérous, 2018). Les problèmes de santé rencontrés relèvent majoritairement de troubles musculosquelettiques, de chutes (de hauteur et de plain-pied) et de risques psychosociaux. L'activité s'exerçant au domicile des bénéficiaires s'accompagne d'une atomisation des tâches et d'une solitude plus ou moins bien vécue par les IAD (Loones, Jeumeau, 2012), ainsi qu'une impossibilité d'accès au lieu de travail par les instances de contrôle, comme l'inspection du travail ou la médecine du travail, ce qui limite la régulation des situations à risques (Avril, 2009). Ces caractéristiques contribuent à fragiliser plus ou moins durablement l'emploi d'une population par ailleurs essentiellement féminine, peu qualifiée, âgée, populaire et ethnicisée. À ce titre, le milieu professionnel de l'aide à domicile présente des enjeux cruciaux au vu des besoins démographiques d'accompagnement du vieillissement de la population et des orientations politiques prises en France à l'égard du grand âge et de la perte d'autonomie (Libault, 2019). S'il est appelé à se développer, le problème qu'il connaît en matière de recrutement de travailleurs peu ou pas diplômés (Jany-Catrice, 2010) pose question en termes de public-cible et de prévention de la désinsertion professionnelle. Les processus de santé qui soutiennent l'emploi interrogent selon nous la « dimension émotionnelle du travail », thématique que nous proposons de mobiliser pour comprendre les trajectoires de santé différenciées et donc la vulnérabilité des salariés de l'aide à domicile.

La dimension émotionnelle du travail est très souvent appréhendée par le paradigme du travail émotionnel (Hochschild, 2017)⁵. Ce dernier permet de comprendre les effets délétères de la prescription et de la proscription d'états affectifs, notamment quand ce double processus dénote le caractère aliénant du travail (Soares, 2003 ; Lhuillier, 2006). Le travail émotionnel peut être en effet coûteux pour celui qui l'exerce et conduire à des troubles psychosociaux (Gollac,

³ Étant donné la féminisation massive du secteur, nous féminisons les termes permettant de désigner les salariées.

⁴ L'aide à domicile peut s'exercer selon trois modalités. En emploi direct dès lors que le particulier est employeur. En mode mandataire où une structure (le plus souvent associative) fait le lien entre la salariée et le particulier employeur. En mode prestataire, où l'intervenante est salariée de la structure qui l'emploie. Il convient de voir également que plusieurs acteurs peuvent être prestataires. Les associations et les organismes publics (centres communaux d'action sociale par exemple) sont des acteurs historiques qui côtoient depuis peu les entreprises (Le Roy, Puissant, 2016).

⁵ Hochschild (op cit. p. 167) considère le travail émotionnel (*emotional labor*), notamment, comme un travail que réalise un individu sur ses propres émotions dans « un métier en contact avec un public, contraint à produire un état émotionnel chez un tiers [et où] l'employeur à travers la formation et la supervision exerce un certain contrôle sur les activités émotionnelles de l'employé ».

Bodier, 2011) ou à une dissonance émotionnelle induisant un épuisement (Ribert-Van De Weerd, 2011). C'est le cas pour les IAD comme d'autres salariés (Dussuet, 2011). Toutefois, le travail émotionnel n'est pas systématiquement délétère. Il peut constituer aussi une ressource importante pour le travail, comme l'article entend le montrer : ce travail émotionnel qui participe des facteurs de risques professionnels peut-il aider à rendre compte de processus de santé de manière plus générale ? Comment peut-il révéler des engagements préventifs de la part des IAD dans un métier particulièrement pénible et contraignant ? Pour ce faire, nous proposons d'analyser les dimensions émotionnelles du travail dans une perspective de dynamiques identitaires, de dispositions, de capitaux et de ressources pour l'action. L'article permet alors de comprendre comment la dimension émotionnelle du travail illustre des « inégalités de parcours » (Volkoff, Thébaud-Mony, 2000) au sein de l'aide à domicile.

Dans un premier temps, nous présenterons la façon dont se structure la dimension émotionnelle du travail dans le jeu triadique (agence, IAD, bénéficiaire) de la relation marchande de l'aide à domicile. Cela nous permettra dans un deuxième temps de montrer comment le travail émotionnel peut assoir une relation stratégique au bénéfice parfois de la santé au travail et de la préservation de soi pour les IAD, mais aussi souvent, en contrepartie, de prise de risques suite notamment à des glissements de tâches. Enfin, le troisième temps de l'article, tirant parti d'une analyse de configurations relationnelles et émotionnelles typiques, proposera une typologie de profils d'IAD face à la santé et la sécurité au travail. En distinguant celles qui *réussissent*, celles qui *tiennent* et celles qui *partent*, l'analyse du travail émotionnel fournit une aide pour comprendre la construction conjointe des parcours professionnels et de santé. Cela nous permet d'identifier des facteurs d'inégalités sociales de santé au travail et des risques de désinsertion professionnelle et sociale.

Méthodologie

L'article s'appuie sur une recherche sociologique menée dans le cadre d'un projet national visant à étudier les cultures organisationnelles de prévention en entreprises. Notre contribution est basée sur une observation longue menée en 2019 au sein de deux agences comparables d'un réseau privé d'aide à domicile auquel nous donnons le nom fictif de *Bedom* pour « bien-être à domicile ». Il s'agit d'une entreprise comptant plusieurs dizaines de succursales et de franchises et employant plusieurs milliers de salariés.

Nos propos se fondent sur 41 jours d'immersion effectués sur un semestre dans deux grandes villes métropolitaines (l'une en façade océanique (agence O) et l'autre en bord de mer (agence M)). Vingt jours à temps complet ont été passés dans chacune des deux agences volontaires pour analyser leurs pratiques de prévention en santé et sécurité au travail. Les deux agences présentent des similitudes fortes : trois responsables encadrent le travail d'une cinquantaine d'IAD dont la moyenne d'âge est de 45 ans. Si le taux de rotation du personnel est à l'image de la volatilité du secteur, on remarque néanmoins qu'un tiers des salariées ont plus de 5 ans

d'ancienneté dans l'agence O et près de la moitié dans l'agence M. Le nombre d'heures moyen travaillé est aussi similaire : les deux agences réalisent aux alentours de 3 500 h d'intervention par mois. Le nombre de clients est aussi proche, puisqu'en moyenne les deux agences interviennent mensuellement auprès de 220 bénéficiaires. En revanche, une distinction importante est à noter. *Bedom* emploie deux types d'IAD : des aides-ménagères et des auxiliaires de vie. L'agence O travaille essentiellement avec des auxiliaires de vie alors que l'agence M emploie principalement des aides-ménagères. Cela a de fait une importance, car l'activité des deux agences diffère en ce sens. Néanmoins, l'angle de notre problématique est peu affecté par cet aspect des choses.

La méthodologie qualitative a d'abord consisté à bien saisir les prestations, en passant du temps en agence et en accompagnant à domicile un panel de 23 IAD volontaires dont les bénéficiaires, informés, avaient consenti formellement à notre présence pour un motif de recherche sur les conditions de travail. Les entretiens se sont déroulés sur le temps de travail, parfois dans un bureau au sein de l'agence mais le plus souvent aux domiciles ou lors des trajets avec la présence fréquente des bénéficiaires (en moyenne une fois sur deux) mais en l'absence des encadrants. La population étudiée est variée en termes de formation, d'âge, d'expérience et d'ancienneté, pour satisfaire des analyses comparées de parcours. Certaines IAD sont jeunes (9 d'entre elles ont moins de 25 ans), d'autres proches de la retraite. Certaines sont anciennes (11 d'entre elles travaillent à *Bedom* depuis plus de 5 ans) quand d'autres commençaient leur emploi peu de temps avant l'étude. Si la majorité des IAD ne déclaraient pas de problème de santé spécifique, elles furent nombreuses à évoquer des douleurs physiques occasionnelles en lien avec le travail. Certaines souffraient de maladies chroniques (au moins 4 d'entre elles) signalées ou non à la médecine du travail.

La méthodologie, enfin, a reposé sur l'observation de l'organisation du travail et de la formation à la santé et la sécurité au sein du réseau, du siège aux agences en passant par les régions. Par une recherche documentaire et des entretiens auprès de différentes instances, nous avons cherché à renseigner la question de la prévention à *Bedom*. De fait, nous disposons de plus de 328 h d'observation. Soixante-trois heures d'entretiens systématiquement enregistrés sur dictaphone découlent de notre ethnographie.

1. Une activité de *care* pas toujours claire

La dimension émotionnelle du travail d'IAD telle que nous l'observons au sein de la relation triadique de l'aide à domicile combine les attentes d'un travail émotionnel et un éthos professionnel lié au *care*. L'engagement de la subjectivité qui s'en dégage reste toutefois rarement clair et explicite.

Le domicile en tant qu'espace intime du bénéficiaire⁶ s'impose dans la pratique professionnelle des IAD. Il s'agit de travailler dans un lieu privé et sous l'autorité directe du donneur d'ordre. Ce contexte de travail joue un rôle structurant dans l'attention portée par les IAD aux demandes émotionnelles. Celles-ci variant fortement entre des bénéficiaires très solliciteurs et d'autres exprimant une demande strictement technique et dénuée d'affects. Cet espace domestique changeant et peu contrôlé par l'extérieur conduit à un travail atomisé, distant de l'employeur et d'un collectif de travail. Cet isolement et cette individualisation renvoient rarement à des référentiels collectifs ou des règles de métiers mises en œuvre par les pairs, au contraire du travail d'équipe à l'hôpital (Mercadier, 2002). Aussi, les IAD sont souvent amenées à négocier seules avec les bénéficiaires, les ajustements affectifs exigés par la psychologie ou l'état de santé de ceux-ci. Si un contrat de prestation visant à régir l'échange est signé entre l'agence et le bénéficiaire sur la base de visites et de contacts souvent téléphoniques, cette prescription générale ne recouvre pas la coopération réelle élaborée entre l'IAD et le bénéficiaire.

Du côté des agences, le travail émotionnel n'est pas clairement mentionné dans le référentiel d'emploi des IAD quel que soit leur statut et leur qualification. Il est comme souvent une compétence tacite. Cet implicite qui cadre certaines attentes de l'agence envers ses employées participe aussi à entretenir un doute sur la professionnalité du travail émotionnel car ses modalités d'exécution et de reconnaissance sont floues. On retrouve les descriptions d'un travail émotionnel oscillant entre marchandisation de ses émotions au travail (Illouz, 2006) et servitude émotionnelle (Jeantet, 2018). La capacité de l'agence à prescrire et réguler émotionnellement le travail est, en effet, cruciale pour garder une (em)prise sur la relation entre l'IAD et le bénéficiaire : il convient évidemment pour l'agence de ne pas se trouver en position superflue où l'IAD et le bénéficiaire décideraient de travailler en emploi direct ou en travail dissimulé⁷. Dans cette relation triadique, l'agence ne peut en effet exercer un contrôle strict sur les pratiques professionnelles, du fait que le travail s'exerce à domicile.

Toutefois le travail émotionnel réalisé par les IAD ne correspond pas uniquement à une réponse face à des injonctions plus ou moins affirmées et contradictoires. L'effort éventuel des IAD de témoigner d'empathie et d'émotions « positives », au demeurant parfois simulées, est fondé sur la croyance dans leurs bienfaits sur la prestation de service et la possibilité de prendre soin de l'autre par la mobilisation des affects. Que les IAD en tant qu'aides-ménagères ou auxiliaires de vie, préparent à manger, fassent les courses, du ménage, aident à la toilette, etc. leurs activités relèvent en général du *care*, dans le sens où le travail vise à soigner autrui. Cela implique une attitude émotionnelle particulière manifestant a priori la bienveillance (Gilligan, 2008) et donc un travail émotionnel car le *care* associe un acte technique à une disposition éthique (Tronto,

⁶ Par *bénéficiaire*, il convient à la fois d'entendre le bénéficiaire direct du service, mais aussi son entourage qui joue un rôle important dans la prescription du travail de l'intervenante.

⁷ Notons que l'agence est très souvent consciente de la part de travail dissimulé qu'opère l'IAD chez son bénéficiaire. Cela fait en quelque sorte partie des *règles du jeu* dès lors que cette part clandestine du travail ne devient pas trop conséquente. Par ailleurs, il est stipulé dans le contrat de travail et le contrat de prestation que les contractants ne peuvent se soustraire à la régulation de l'agence ; ce qui ne l'empêche pas toujours.

2009). Certes, on peut observer des divergences de postures professionnelles sur ce sujet (Avril, 2014 ; Bonnet, 2006), dans la mesure où toutes les IAD rencontrées n'accordent pas la même importance à la dimension émotionnelle de leur travail.

L'activité de *care* comportant invariablement des caractéristiques l'invisibilisant (Benelli, Modak, 2010), on comprend alors que les conditions de reconnaissance et d'exécution du travail émotionnel dans l'aide à domicile participent en soi, à rendre la définition des objectifs peu stable ou explicite. Pourtant, le travail émotionnel peut être un moyen pour les travailleuses de faire valoir une compétence particulière, favoriser une reconnaissance de leur activité, voire s'approprier plus encore la relation de service et négocier ses conditions de travail en s'aménageant des moments de répit ou de repos, notamment quand il dialogue harmonieusement avec l'éthos professionnel.

2. Un travail émotionnel source de ressources stratégiques

Le travail émotionnel pour les IAD peut être source de plaisir ou de déplaisir, voire de souffrance. Si la prescription du travail émotionnel peut engendrer en effet un « risque émotionnel » aux conséquences délétères (Bonnet, 2020), il convient de voir que les émotions au travail sont aussi une ressource pour l'action et témoignent d'un investissement de la part des IAD. La situation triadique, telle que nous l'avons présentée, crée ce que l'analyse stratégique des organisations nomme des *zones d'incertitude* (Crozier, Friedberg, 1977), que les IAD peuvent maîtriser plus ou moins. Précisément, cette approche permet de montrer comment les aides à domicile peuvent trouver une véritable latitude décisionnelle (Karasek, 1979), source de pouvoir, dans ce jeu émotionnel à trois. À travers le jeu émotionnel, on peut parfois observer les IAD agir comme stratèges⁸ afin de s'aménager certaines conditions de travail. Notons toutefois que ce jeu stratégique peut aussi se retourner contre elles ; Comme nous allons le voir, il relève d'un équilibre délicat quelques fois précaire.

2.1 Le travail émotionnel : un moteur d'autonomie ?

L'*autonomie*⁹ est hautement recherchée par les IAD. Elle explique très souvent le choix de ce type de carrière en opposition aux métiers en structure hospitalière ou dans l'hôtellerie :

⁸ À notre sens, la recherche de gains d'autonomie n'est absolument pas incompatible pour les IAD avec une croyance réelle dans les vertus du travail émotionnel. Par conséquent, il serait abusif de considérer dans nos propos que *stratégie* soit synonyme de comportement opportuniste et malhonnête.

⁹ La notion d'*autonomie au travail* est « controversée voire paradoxale » (Terressac, 2012, p.47). Il ne s'agit ici nullement d'affirmer que les travailleuses de l'aide à domicile jouiraient d'une autonomie professionnelle totale visant à « se gouverner par leurs propres règles » (Ibid.), mais plutôt que l'autonomie est bien le résultat de la liberté incompressible de l'acteur face au système (Crozier, Friedberg, op cit.). Il est patent que les aides à domicile travaillent dans un milieu fortement prescrit par l'agence et le bénéficiaire, qu'elles appartiennent d'une façon générale aux catégories des dominés objectivement et qu'elles vivent et perçoivent cette domination subjectivement. Cela nous ne le contestons pas. En revanche, nous soulignons qu'elles parviennent parfois malgré tout, par leur intelligence, à conquérir dans les opportunités de la contingence un supplément de marges de manœuvre.

« L'hôtel, c'est dur. Il y a beaucoup trop de pression des chefs », dit une aide-ménagère de 40 ans à M, quand une auxiliaire de vie de 62 ans à O confirme en écho que « c'est mieux de travailler toute seule. Il n'y a pas quelqu'un derrière moi qui me dit : « faut faire ci ou ça. » » En somme, on retrouve très souvent dans les propos de ces professionnelles l'intérêt de travailler à domicile pour être, selon elles, plus « tranquilles ». Cette perception s'oppose à celle qu'elles ont du travail qui se fait en collectif et sous la supervision directe d'un supérieur hiérarchique comme dans l'hôtellerie, générant un sentiment de travail sous pression (Puech, 2004). C'est pourquoi dès lors qu'un bénéficiaire soupçonneux dicte ou scrute le travail en suivant pas à pas la professionnelle, l'autonomie peut s'avérer contrariée et source potentielle d'une frustration professionnelle. Aussi, le travail émotionnel de l'IAD sur ses propres émotions permet d'engendrer une relation de confiance avec le bénéficiaire et contribue à pacifier la relation avec ce dernier. C'est d'autant plus crucial, qu'elle peut intervenir chez lui quotidiennement durant plusieurs années. Quand la relation de confiance semble établie, les IAD peuvent plus facilement organiser le travail comme elles l'entendent. Cela n'exclut pas une co-construction du service avec le bénéficiaire (Boudra, 2019), mais il est plus simple pour les IAD de négocier les tâches et leur ordre en fonction de leurs envies ou de leur forme du moment.

Les intervenantes jouissant d'une *réelle* autonomie comblent d'une part une attente professionnelle forte mais surtout, aménagent potentiellement le travail en fonction de leurs ressources. Ce faisant, elles témoignent d'un pouvoir d'agir pour organiser réellement le faisceau de tâches caractérisant leur métier ; elles affirment ainsi leur professionnalité (Hughes, 1996). Une IAD par exemple ne fera pas tel jour telle tâche, la supprimant ou la déplaçant pour les jours suivants. Cela donne à voir des professionnelles qui décident plus ou moins du cahier des charges à réaliser, voire même qui parviennent à insérer dans leur programme des activités ludiques ou relationnelles avec leur bénéficiaire, quelquefois au détriment des actes techniques à accomplir. Cela peut passer par des temps d'échanges rituels comme prendre le café ou à *minima* discuter avant ou après la réalisation concrète des tâches du quotidien de chacun, comme on peut le constater à travers cet extrait d'observation :

Ce matin, je me suis entretenu avec Élise (Aide-ménagère – 8 ans d'expérience à *Bedom*) au domicile de Mme V. âgée de 80 ans. Celle-ci a chuté deux fois dernièrement et bénéficie d'une APA. Aussi Élise devrait voir ses heures s'accroître chez Mme V. Quand cette dernière nous a ouvert la porte, Élise lui a fait la bise. Elle se justifie : « Normalement, on n'a pas le droit de faire la bise, mais comme on s'aime bien... » Mme V nous offre le café : « J'en prends soin d'Élise, dit-elle ». L'IAD rebondit : « Ça fait trois ans que je travaille avec elle, donc on est devenu assez proche. De toute manière, moi, si c'est juste pour venir, faire le ménage et partir, autant travailler dans des bureaux. Ce que j'aime, c'est être à domicile avec des personnes âgées pour justement ne pas faire que du ménage, mais échanger aussi. » (JDT Agence M, 18/06/19)

Les bénéficiaires semblent souvent *complices* de ces moments, qui peuvent prendre également la forme de temps de compagnie autour de la télévision ou autour d'une grille de mots fléchés. L'agence n'ignore pas ces faits qui constituent des secrets de polichinelle. Mais elle mesure peu l'ampleur de l'organisation informelle du travail décidée entre l'IAD et son bénéficiaire. Si l'on observe des jeux stratégiques s'opérer de la part des IAD pour s'octroyer tout autant une latitude décisionnelle que se ménager au travail, ces jeux stratégiques restent précaires et reflètent l'asymétrie de la relation et ses incertitudes.

2.2 Des ressources stratégiques limitées : le glissement de tâches

La capacité des IAD à négocier leurs tâches est régulièrement mise à l'épreuve de la relation de confiance qu'elles ont tissée et qui peut se retourner contre elle. En effet, dans la relation d'aide, les intervenantes à domicile sont souvent confrontées à une problématique de glissement de tâches pouvant s'opérer aussi bien par un accord express qu'un consentement implicite ou progressif source de risques.

Certaines IAD reconnaissent outrepasser leurs prérogatives par souci de bien-être *a priori* de leur bénéficiaire. Par exemple, une jeune auxiliaire de vie nous explique avoir pratiqué un soin infirmier – en l'occurrence retirer des bas de contention en pleine canicule, alors que l'infirmière ne repasse que le lendemain après-midi et qu'il suffirait de choisir des bas plus adaptés à la chaleur. Elle justifie ainsi cette prise de risque : « je ne pouvais quand même pas la laisser comme cela ! » Au nom donc de *son* éthique du *care*¹⁰, l'IAD en question procède à un glissement de tâches pouvant lui être préjudiciable autant qu'à la santé de sa bénéficiaire. De fait, en vertu de la relation, de nombreuses intervenantes se retrouvent parfois à ne plus savoir si ce qu'elles font relève bien de leur fiche de poste, comme décaper un portail, jardiner, couper les cheveux de sa bénéficiaire ou encore aller lui acheter du hachisch...

Le signal fort que le jeu stratégique n'apporte finalement pas les résultats escomptés peut apparaître d'une double manière. D'une part, lorsque les IAD perçoivent l'impossibilité de refuser une demande exposant à des risques avérés. C'est le cas par exemple quand elles rangent une mezzanine en équilibre sur une échelle ou qu'elles se juchent sur une table pour nettoyer des lustres à la demande du bénéficiaire alors que le protocole édicté par l'entreprise l'interdit (à savoir ne pas monter au-delà de la troisième marche d'un escabeau). Les minces gains d'autonomie obtenus peuvent alors être réévalués à l'aune de la perception du risque encouru, de la violation du règlement et de l'affection éprouvée pour le bénéficiaire. D'autre part, lorsque les tâches les plus lourdes ne peuvent être esquivées et que le travail fait souffrir. C'est typiquement le cas dans les demandes visant à réaliser un travail de ménage extraordinaire et physiquement impliquant comme lessiver les plafonds, aspirer les murs, récurer des joints avec une brosse à dents, nettoyer derrière de gros meubles qu'il faut déplacer, et ce de manière

¹⁰ Par éthique du *care*, nous entendons le sens professionnel que l'intervenante accorde à son geste quelles que soient les connaissances technico-médicales dont elle dispose.

régulière. Dans ces situations, s'il y a jeu stratégique basé sur le travail émotionnel, il est perdant. Pire encore, les aides à domicile ayant instauré une telle relation avec leur bénéficiaire au détriment d'une visibilité du travail par l'agence se voient dans la difficulté de recourir à cette dernière sans révéler le pot aux roses et s'exposent alors à de possibles sanctions ou remontrances réelles ou fantasmées.

Face à ces situations, plusieurs attitudes typiques ont pu être relevées, indiquant des formes différentes de jeux et de stratégies en fonction, notamment, des ressources du travail émotionnel. Elles semblent orienter des identités au travail et des engagements dans l'emploi, sources d'inégalités de santé.

3. Celles qui réussissent, celles qui tiennent et celles qui partent, une typologie des inégalités sociales de santé au travail dans l'aide à domicile

Les différentes stratégies observées dans ces jeux à teneur émotionnelle mettent en lumière au moins trois identités au travail associées à trois issues : réussir, tenir ou partir¹¹. Plus que des identités professionnelles figées, nous proposons d'aborder l'engagement au travail par le prisme de la santé en éclairant des transactions identitaires (Dubar, 2002). Dans cette veine, la santé au travail se négocie d'une part de façon diachronique par l'intervenante elle-même au fil de ses socialisations et de ses expériences biographiques, et donc des dispositions relatives aux capitaux qu'elle détient. D'autre part, c'est la rencontre de cette identité, plus ou moins stabilisée, avec une situation particulière qui impose une négociation synchronique, c'est-à-dire de son identité avec les attentes explicites ou implicites de la situation. Il s'agit finalement d'observer la carrière de nos enquêtées, selon la perspective interactionniste, telle que le fait par exemple Howard Becker (1985). Ce dernier conçoit la carrière dans sa dimension *objective*, faite d'une « série de statuts et d'emplois clairement définis, de suites typiques de positions, de réalisations, de responsabilités et même d'aventures » (p.126). Mais la carrière prend aussi sens dans sa dimension *subjective*, c'est-à-dire à travers l'interprétation qu'en fait l'individu (Ibid.). À l'aune alors du parcours biographique et relationnel de l'IAD, mais aussi et surtout des ressources et contraintes de la relation triadique dans laquelle elle négocie son identité, on peut comprendre comment elle engage sa santé-sécurité au travail. En outre, une telle lecture permet également de montrer comment la carrière et la transaction identitaire s'infléchissent radicalement ou de manière douce à la suite d'un événement – un accident du travail par exemple – et peut constituer alors une bifurcation, un *Turning Point* (Abbott, 2009). Pour ce faire, nous proposons de dégager trois profils distincts selon une perspective idéal-typique.

3.1 Celles qui réussissent...

¹¹ Cela n'est pas sans rappeler l'approche d'Hirschman (2011). Néanmoins, discutant plus de dynamiques identitaires au travail que d'actions collectives, nous empruntons d'autres voies. Il y aurait pourtant un intérêt à suivre Hirschman pour instruire le débat de la contestation collective dans l'aide à domicile.

Même si elles sont rares, certaines IAD *réussissent* à exploiter à leur avantage le travail émotionnel, réussissant à se préserver et se maintenir durablement dans le métier. Pour réussir, elles construisent avec leur bénéficiaire une relation de confiance et traitent directement avec lui, sans passer par l'agence. Cela leur permet d'organiser le travail plus ou moins comme elles le souhaitent. Pour ainsi dire, elles *ont la main* sur la relation avec le bénéficiaire, voire sur le processus de travail. Toutefois, ces gains d'autonomie n'impliquent pas d'occulter les rapports avec l'agence, mais au contraire de comprendre et satisfaire à toutes les garanties de confiance attendues pour que celle-ci laisse l'IAD agir. Cela ne veut ni dire que l'agence ignore ce que fait l'intervenante ni qu'elle est au courant des divers arrangements, mais qu'elle estime que la relation entre l'IAD et le bénéficiaire se déroule bien puisqu'il n'y a pas de remontées critiques de la part des protagonistes.

La réussite s'exprime pleinement quand l'IAD par exemple mobilise l'agence à son avantage afin de réguler une situation problématique avec un nouveau bénéficiaire. Perçue comme une professionnelle de confiance, l'agence croit la salariée sur parole et œuvre en son sens. Cela a pu être observé plusieurs fois durant la recherche. Les agences considèrent ces IAD comme des salariées précieuses et veillent qui plus est à s'arranger avec elles :

À l'agence O, une auxiliaire de vie de 24 ans, y travaillant depuis deux années, est reconnue par ses responsables comme une « professionnelle de confiance ». Elle intervient depuis quelques semaines auprès d'une bénéficiaire particulièrement compliquée, car psychotique. L'agence reconnaît avoir positionné cette IAD chez cette bénéficiaire en pensant qu'elle serait capable de travailler auprès d'un tel cas, notamment en vertu de ses compétences émotionnelles. Un événement important montre comment l'intervenante (re)affirme sa *réussite*. Alors qu'elle intervient chez la bénéficiaire en question et que celle-ci est justement armée d'un couteau et se révèle menaçante, l'IAD parvient à calmer la situation et informe par la suite l'agence de la nécessité de changer l'organisation du travail, notamment en intervenant l'après-midi et non plus le matin, car, comme elle l'exprime : « le matin, ce n'est même pas la peine d'espérer quoi que ce soit d'elle. Il faut lui faire faire une chose à la fois, sinon elle est perturbée. » Cette réorganisation du travail initiée par cette intervenante sera systématisée auprès de ses collègues intervenant chez cette bénéficiaire. Lorsqu'au moment de notre étude, cette auxiliaire de vie s'apprête à quitter *Bedom* pour intégrer un Institut de formation en soins infirmiers, une responsable déplore son départ :

« J'ai parfaitement confiance en cette jeune femme. C'est dommage qu'elle parte. On va perdre un très très bon élément que tu peux envoyer sur le terrain la tête tranquille. Tu sais qu'elle sait réagir, qu'elle sait ce qu'il faut faire. Ce n'est pas la gamine qui va t'appeler toutes les deux minutes : "il se passe ça, je fais quoi ?" »

Le cas de figure des IAD qui réussissent se constate chez des salariées souvent diplômées¹², comme le cas présenté, et qui disposent de suffisamment de ressources culturelles pour articuler logique de droit, logique commerciale, logique morale et logique émotionnelle structurant le travail marchand dans l'aide à domicile. D'autre part, on trouve aussi, parmi celles qui réussissent, des IAD qui ont suffisamment de ressources économiques pour négocier fortement auprès de l'agence employeuse et leurs bénéficiaires leur engagement au travail. Ces négociations passent notamment par la menace, pure et simple, d'arrêter une activité déplaisante qui leur a été confiée voire à quitter l'entreprise. Ces IAD, souvent jeunes et en bonne santé¹³, réussissent soit parce qu'elles maîtrisent les subtiles logiques du travail, soit parce qu'elles peuvent se désengager à tout moment, sans que cela constitue une bifurcation trop coûteuse pour elle. Ces intervenantes dotées en capitaux (économique, social, corporel, etc.) parviennent à contrôler la dimension émotionnelle du travail pour préserver leur santé et leur sécurité au travail. La négociation synchronique opérée à leur avantage entre alors souvent en cohérence avec leur carrière diachronique et renforce leurs ressources de santé, apparaissant en somme comme un cercle vertueux.

3.2 Celles qui tiennent...

Le cas de figure des IAD qui *tiennent* est le plus fréquent. Il concerne des salariées qui naviguent plus ou moins bien dans les eaux agitées des jeux stratégiques. Celles-ci peuvent surfer sur les opportunités offertes d'une négociation avec un bénéficiaire leur profitant pleinement, notamment pour s'aménager des prestations moins exigeantes que prévu. Mais elles se heurtent aussi aux écueils des diverses régulations, voire sombrent dans l'hyper sollicitation et le glissement de tâches totales auprès de bénéficiaires en ne mobilisant pas les protections possibles de l'agence. Cela s'observe quand une salariée par exemple accepte d'aspirer régulièrement les murs chez sa bénéficiaire alors même que cette tâche fait souffrir son épaule. Le jeu stratégique du travail émotionnel présente ici ses effets pervers à l'égard des IAD puisque ce qu'elles semblent faire en apparence au nom de l'affection pour le bénéficiaire exprime en réalité une dépendance à son égard et la crainte réelle ou imaginaire de perdre cette prestation. Certes, travailler en prestataire comme nous l'observons plutôt qu'en emploi direct implique une certaine sécurité d'emploi, puisqu'un bénéficiaire perdu (qui décède, qui arrête la prestation, etc.) est remplacé par l'agence. Néanmoins, prendre le risque de perdre un bénéficiaire avec qui ça se passe plus ou moins bien ne garantit pas de trouver mieux par la suite, comme l'indique cette jeune auxiliaire de vie de 19 ans à l'agence O :

¹² Parmi les auxiliaires de vie, un nombre important d'IAD détenait le Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social (ou son équivalent) d'autres avaient un bac général, certaines même une licence.

¹³ Dans cet article, la santé est conçue de façon processuelle et dynamique au sens de George Canguilhem comme le fait de « pouvoir tomber malade et s'en relever » (Canguilhem, 1999, p. 132)

« On sait ce qu'on perd, mais on ne sait pas ce qu'on gagne ! Donc, si je dis : “non” à ce client, peut-être qu'ils [le personnel en agence] vont me mettre un autre un peu plus compliqué. Alors tant qu'à faire, rester là, c'est bien. »

De surcroît, ces IAD se laissent souvent convaincre par les sollicitations émotionnelles des agences pour assurer des remplacements de collègues absentes. Moins dotées économiquement, elles cèdent systématiquement aux obligations morales que leur rappellent les agences et mettent souvent leur santé-sécurité en péril au profit de l'emploi, correspondant en cela à ce que Valentine Hélardot nomme une « santé sacrifiée » (2008). Nombre d'entre elles se retrouvent en négociation empêchée ou contrainte, dans une situation bloquée où conscientes d'avoir usé leur santé au travail, elles estiment alors ne plus pouvoir quitter l'entreprise, car elles n'ont plus un profil employable :

« Avec ma santé, j'ai postulé partout, mais qui c'est qui va me prendre ? Ils vont me faire passer des examens. Ils vont voir les problèmes de dos, de cœur et tout ça. Qui c'est qui va m'embaucher ? Je suis obligé de rester là où ma vie a été détruite. Je ne peux pas aller ailleurs. Je leur ai proposé trois fois de me licencier à l'amiable. Ils n'ont pas voulu. [...] J'aimerais bien partir, mais je fais comment ? Si je pars moi-même, je perds toutes mes indemnités. Je ne peux pas... Je fais comment ? J'ai travaillé toute ma vie ici. J'ai donné ma santé. L'ancienne responsable d'agence, elle m'avait dit : “Partez hein ! Qu'est-ce que vous faites là ?” J'ai dit : “Rendez-moi ma santé ! Rendez-moi ma santé et je pars !” »
(Aide-ménagère, Agence M, 50 ans)

Ne parvenant guère à négocier la préservation de leur santé dans la dimension synchronique de leur activité – et encore moins une possibilité de retrouver leur santé – elles voient leur santé au travail se dégrader également dans la dimension diachronique. *Tenir* semble donc la seule possibilité qui s'offre à elles en espérant, lors d'une prochaine négociation, pouvoir retirer quelques bénéfices comme s'aménager des temps ou des espaces de repos.

3.3 Celles qui partent...

Le dernier cas de figure concerne celles qui *partent* pour des motifs de santé. Ici, nous ne tenons compte que des salariées qui quittent l'agence et souvent le milieu de l'aide à domicile de leur plein gré. Nous ne prenons pas en considération les nombreuses personnes licenciées, souvent à l'issue de leur période d'essai, qui constitueraient en quelque sorte les « exclues » de l'aide à domicile¹⁴. Les motifs évoqués pour quitter *Bedom* sont divers. Cela peut être l'envie de se reconverter, d'évoluer vers le soin, le sentiment d'avoir fait le tour du poste, etc. Ce qui est en

¹⁴ À ce sujet, on peut noter avec grand intérêt qu'un bon nombre de non-titularisations était justifié par l'encadrement non pas par incompetence technique de la salariée mais plutôt par manque de savoir-être et donc de compétences relationnelles et émotionnelles.

revanche commun à ces IAD, et semble donc une récurrence dans la bifurcation, c'est l'expérience des contraintes physiques et la crainte de se blesser durablement.

« J'avais déjà eu mal au dos et c'est vrai qu'avec les ménages répétitifs, ça avait réveillé la douleur. C'est des tâches répétitives qui ne sont quand même pas hyper douces, on va dire. Ça s'est accentué avec le travail. Puis (elle souffle) les déplacements, le stress des horaires tout ça. Je pense que ça a été un tout en fait, à mon départ. » (Aide-ménagère, Agence M, 28 ans)

De même, les échanges relationnels avec les bénéficiaires et le personnel en agence peuvent participer à motiver un départ. Si la majorité des IAD rencontrées soulignaient plutôt l'aspect intégrateur du personnel d'agence¹⁵, une intervenante quittant *Bedom* évoque quand même comment le traitement de son accident du travail a contribué à lui faire prendre la porte :

« Le lendemain de ma chute, je suis allé travailler et j'ai vu que je ne pouvais pas. Donc, en milieu de prestation, j'ai appelé l'agence pour leur dire qu'il fallait absolument que j'aille chez le médecin. J'ai quand même terminé la prestation qui était en cours, ce que je trouve normal, en fait... parce que c'est moi qui leur ai proposé et puis je trouvais que c'était bien de faire comme ça. Et par contre, l'après-midi je suis allée chez le médecin et comme j'ai rappelé l'agence pour leur dire que j'étais en arrêt, je me suis fait presque envoyer balader parce qu'ils disaient : "qu'il y avait beaucoup d'arrêts en ce moment, tout ça, qu'ils manquaient de personnel". La personne que j'ai eue au téléphone m'a dit : "eh beh voilà. Je m'en doutais !" Ou : "il ne manquait plus que ça !" Je ne sais plus exactement l'expression qu'elle a employée, mais en tout cas elle était de mauvaise humeur et elle me l'a bien fait comprendre quoi. Au final, on a fini l'appel et c'est moi qui lui ai dit "bon courage" alors que c'est moi qui suis blessée... voilà ! » (Aide-ménagère, Agence M, 28 ans)

Dans ce type d'histoire où la carrière de l'IAD s'oriente clairement vers la défection au nom notamment de la préservation de sa santé, on voit bien comment le traitement qui en est fait par l'agence peut constituer un accélérateur de la bifurcation rendant toute machine arrière improbable. En effet, nous ne saurions sous-estimer la dimension émotionnelle du travail d'encadrement (en termes de management et d'organisation) qui pèse également sur la relation de service (Bonnet, Drais, 2021).

Conclusion

¹⁵ Par exemple, une assistante de vie expliquait que même si le salaire est moindre en entreprise que dans les associations ou les centres communaux d'actions sociales, ce qui l'avait décidé à travailler chez *Bedom* s'est produit le jour où venant postuler en agence, elle assista à un échange entre une IAD et une coordinatrice durant lequel les deux protagonistes riaient. L'ambiance perçue, comme positive, la convainquit alors d'y travailler malgré un salaire horaire plus faible.

Les exigences du travail dans le secteur marchand de l'aide à domicile révèlent l'importance des transactions émotionnelles dans les parcours d'emploi et les trajectoires de santé des salarié(e)s. Elles permettent d'entrevoir une mobilisation stratégique du travail émotionnel à rebours de l'approche classique visant à percevoir dans le travail émotionnel des catégories populaires du salariat une domination. Nous avons montré que la réalité est plus complexe que cela et que le travail émotionnel en apparence très contraint peut constituer une ressource importante pour préserver sa santé et sa sécurité au travail. Il nous paraît établir à ce titre un indicateur de la santé au travail et une piste d'explication des carrières individuelles tant dans le maintien en emploi que de la désinsertion professionnelle. Dans un secteur d'emploi critique – comme l'aide à domicile –, cela constitue un levier essentiel de repérage des inégalités sociales de santé. Tenir compte de la complexe dimension émotionnelle du travail, c'est mieux comprendre la construction de la santé et les actions préventives des travailleuses en ce sens, mais c'est aussi saisir les inégalités sociales de santé entre les IAD elles-mêmes.

La typologie dégagée dans cet article nous montre au moins trois profils. Celles qui peuvent dégager des ressources du travail émotionnel. Celles qui rencontrent de grandes difficultés pour mobiliser ce travail émotionnel comme levier de santé et sécurité au travail ou, pire encore, se retrouvent piégées par cette dimension de leur activité (c'est le cas de la grande majorité des travailleuses de l'aide à domicile). Enfin, celles qui, souvent jeunes ou avec quelques ressources (physiques, culturelles ou économiques), préfèrent quitter le jeu des négociations avant qu'elles ne deviennent trop coûteuses physiquement et psychiquement pour elles.

Il s'agit là de figures idéal-typiques, et il convient en réalité d'envisager l'appartenance labile et conjointe des IAD à ces catégories au gré des interventions. On observe davantage des professionnelles qui peuvent tenir avec certains bénéficiaires et réussir avec d'autres ou bien envisager de partir à un autre moment que des travailleuses qui seraient systématiquement ou totalement en réussite, en échec ou en situation de rupture permanente. Un cas de figure qui combine les deux profils du *tenir* et *partir*, l'illustre bien par exemple chez des salariées âgées. Proches de la retraite, ces IAD tiennent autant que faire se peut, en songeant à des possibilités de terminer leur vie active soit en arrêt de travail, soit en mi-temps thérapeutique soit en quittant le métier et en réalisant des formations jusqu'à la retraite. Conscientes des difficultés liées à l'emploi des seniors peu ou pas qualifiés et de leur état de santé précaire, elles misent alors beaucoup sur le travail émotionnel pour essayer de réussir leur projet et éviter à tout prix la désinsertion professionnelle.

Les IAD observées sont telles des funambules dans la négociation continue de leur santé au travail. Elles engagent leurs ressources face aux contraintes perçues pour se maintenir, voire accroître leur équilibre sur le fil de l'emploi. Le travail émotionnel est un élément qui, entre autres, peut faire pencher le balancier. S'il est impossible de mesurer *a priori* le poids du travail émotionnel, les transactions stratégiques à son égard sont toujours à resituer par rapport à

l'ensemble des transactions et dynamiques identitaires qui concernent les individus en lien avec leurs projets (et toutes leurs variables d'âge, de situation familiale, économique...).

Références bibliographiques

Abbott A. (2009), « À propos du concept de *Turning Point* », in Grossetti M. Bessin M. Bidard C. (dir), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, p. 187-211.

Avril C. (2009), « Une mobilisation collective dans l'aide à domicile à la lumière des pratiques et des relations de travail », *Politix*, n°86, Vol. 2, p. 97-118.

Avril C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute.

Becker H.S. (1985), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

Benelli N. Modak M. (2010), « Analyser un objet invisible : le travail de care », *Revue française de sociologie*, vol. 51, n°1, p. 39-60.

Bonnet M. (2006), « Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°1, vol. 1, p. 73-85.

Bonnet T. (2020), *La régulation sociale du risque émotionnel au travail*, Toulouse, Octarès.

Bonnet T. Drais E. (2021), « Les tensions du travail d'articulation dans l'encadrement de l'aide à domicile », *Sociologies pratiques*, n° 42, vol. 2, p. 33-43.

Boudra L. (2019), « Dynamiques collectives entre employeurs âgés et salariés aidants : une coconstruction du bien vieillir au domicile », *Travailler*, n°42, vol. 2, p. 141-167.

Canguilhem G. (1999), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.

Crozier M. Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Éditions du Seuil.

Dubar C. (2002), *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.

Dussuet A. (2011), « Gestion des émotions, santé et régulation du travail dans les services à domicile », *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, Vol. 6, n°2, p. 102-127.

Gayet C. (2016), « Quand le domicile privé est aussi un lieu de travail », *Hygiène et sécurité du travail*, n°243, p. 26-28.

Gilligan C. (2008), *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Présenté par S. Laugier, & P. Paperman, Paris, Flammarion.

Gollac M., Bodier. (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Paris.

Helardot V. (2008), « Enjeux d'emploi, de travail et de santé: la quadrature du cercle », in Terssac (de) G. Saint-Martin C. Thébault C. (dir), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès, p. 73-84.

Hirschman A.O. (2011), *Exit, voice, loyalty*. Défection et prise de parole, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles.

Hochschild A. (2017), *Le prix des sentiments*. Au cœur du travail émotionnel, Paris, La Découverte.

Hughes E.C. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Éditions de l'EHESS.

Illouz E. (2006), *Les sentiments du capitalisme*, Paris, Seuil.

Jany-Catrice F. (2010), « La construction sociale du « secteur » des services à la personne : une banalisation programmée ? », *Sociologie du travail*, En ligne], Vol. 52 - n° 4 | Octobre-Décembre 2010, mis en ligne le 23 novembre 2010, consulté le 14 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/sdt/15409> ; DOI : 10.4000/sdt.15409

Jeanet A. (2018), *Les émotions au travail*, Paris, CNRS éditions.

Karasek R.A. (1979), « Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, n°24, p. 285-308.

Kulanthaivelu E. Thiérus L. (2018), « Les salariés des services à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ? », *Dares analyses*, n°38, 12 p.

Leclerc A. Fassin D. Grandjean H. Kaminski M. Lang T. (dir), (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.

Le Roy A. Puissant E. (2016), « Évolution des référentiels politiques dans l'aide à domicile », *RECMA*, n°342, vol. 4, p. 69-84.

Lhuillier D. (2006), « Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail », *Psychologie du travail et des organisations*, n° 12, p. 91-103.

Libault D. (2019), *Concertation. Grand âge et autonomie*, Ministère des Solidarités et de la Santé.

Loones A. Jeuneau P. (2012), « L'organisation du métier d'aide à domicile : entre autonomie et isolement professionnel », in Marquier R. Nahon S. (dir), *Les conditions de travail des aides à domicile en 2008*, n°30, Paris, Drees, p. 47-60.

Mercadier C. (2002), *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant soigné*, Paris, Seli Arslan.

Puech I. (2004), « Le temps du remue-ménage. Conditions d'emploi et de travail de femmes de chambre », *Sociologie du travail*, vol. 46, n°2, p. 150-167.

Ribault T. (2008), « Aide à domicile : de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités », *Revue Française de Socio-économie*, n°2, vol. 2, p. 99-117.

Ribert-Van De Weerd C. (2011), « Les contraintes de travail et les stratégies de régulation émotionnelle en centre de relation clientèle », *Le travail humain*, Vol. 74, n°4, p. 321-339.

Soares A. (2003), « Les émotions dans le travail », *Travailler*, vol.1, n° 9, p. 9-18.

Terssac (de) G. (2012), « Autonomie », in Bevort A. Jobert A. Lallement M. Mias A. (dir), *Dictionnaire du travail*, Paris, PUF, p. 47-53.

Tronto J.C. (2009), *Un monde vulnérable : Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.

Volkoff S. Thébaud-Mony A. (2000), « Santé au travail : l'inégalité des parcours », in Leclerc A. Fassin D. Grandjean H. Kaminski M. Lang T. (dir), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 349-361.