

# Usure émotionnelle et conditions de travail dans le secteur de l'aide et des soins à domicile suite à la pandémie de Covid-19



EN  
RÉSUMÉ

## AUTEURS :

E. Drais, département Homme au travail, INRS  
T. Bonnet, université Lumière Lyon 2

La pandémie a accentué et mis en lumière de façon inédite les contraintes physiques et psychosociales supportées au quotidien par les salariés de l'aide et des soins à domicile. Au-delà de la charge et des exigences émotionnelles mesurables, l'intérêt du travail émotionnel, en tant que moyen de régulation des émotions et de santé psychique, est ici rappelé. Ce concept s'affirme comme outil d'analyse d'affections psychiques et plus largement de santé et de sécurité au travail permettant de saisir les parcours d'emploi et les trajectoires de santé. Dans un secteur d'emploi critique comme l'aide et les soins à domicile, le travail émotionnel procure un levier essentiel de repérage et d'accompagnement tant des organisations que des salariés, notamment ceux confrontés à la perspective de l'exclusion sociale et professionnelle.

## MOTS CLÉS

Crise sanitaire / Aide à domicile / RPS / Risque psychosocial / Charge psychique / Santé mentale / Astreinte psychique / Organisation du travail

**T**rois ans après le début de la pandémie de Covid-19, l'importance du secteur de l'aide à domicile pour le système de santé français n'est plus à démontrer. Occupant 1,3 million de travailleurs pour 850 millions d'heures travaillées en 2018 [1], dont près de la moitié consacrée aux personnes âgées, c'est un maillon essentiel de la continuité des soins. Sa prise en charge de malades et personnes vulnérables aura contribué à la résistance du système de santé durant la crise, fragilisé par des capacités d'hospitalisation restreintes et le vieillissement de la population. Pourtant, considéré comme non prioritaire au début de la pandémie, ce secteur de l'aide à domicile reste fortement invisibilisé et en difficulté : confronté à une demande croissante qui n'arrive pas à être satisfaite, il montre des inégalités sociales et de santé importantes et une sinistralité élevée. Quelles ont été les

conséquences de la crise sanitaire en matière de santé et de sécurité au travail ? Comment le personnel a-t-il fait face à l'accumulation de charges et d'exigences émotionnelles ? Comment mesurer ces atteintes et agir en prévention des risques psychosociaux (RPS), et plus largement ? Ce sont les questions posées par cet article qui rend compte de l'importance du travail émotionnel, cet effort au cœur de l'activité pour « gérer » les émotions suscitées par les situations professionnelles et la multi-exposition. Autant source de régulation des facteurs de RPS que de construction de la santé psychique, le travail émotionnel est ici suggéré comme indicateur de la situation individuelle et collective des salariés, confrontés à la pénibilité, et de leur résistance ou leur résilience face aux risques. À la fois moyen d'alerte et levier d'action de prévention, il s'offre comme outil de pronostic des capacités de maintien dans l'emploi.

## Usure émotionnelle et conditions de travail dans le secteur de l'aide et des soins à domicile suite à la pandémie de Covid-19

### LE CONTEXTE D'ACTIVITÉ DE L'AIDE À DOMICILE

La population du secteur se répartit aujourd'hui principalement entre salariés des particuliers employeurs (863 200 personnes en 2018 au service de près de 3 millions de particuliers) et salariés ou non-salariés des organismes de services prestataires (15 000 auto-entrepreneurs et 448 000 intervenants appartenant à environ 22 000 organismes dont 5 120 associations, 1 140 organismes publics et 13 310 entreprises privées). À noter que si l'emploi direct (ou *via* un mandataire) reste la forme d'emploi encore majoritaire, l'activité en mode prestataire ne cesse de progresser et représente aujourd'hui 45 % du nombre total d'heures dans les services à la personne [1].

Les spécificités de la population salariée du secteur sont connues : elle est plus âgée que la moyenne des salariés (46 ans contre 41), plus féminine<sup>1</sup> (87 % contre 50 %), plus souvent étrangère (14,5 % contre 5,5 %), moins qualifiée que l'ensemble des actifs (43 % sans diplômes ou niveau brevet contre 17 %) et avec un taux de pauvreté deux fois supérieur au reste de la population [1]. Les salariées sont en effet souvent les seules pourvoyeuses de revenus dans leur ménage, soit parce que leur conjoint est au chômage, soit parce qu'elles sont à la tête d'une famille monoparentale.

Au niveau sinistralité, la Caisse nationale de l'assurance maladie risques professionnels (CNAM-RP) a dénombré, en 2019, 21 082 accidents du travail (AT) et près de 2 250 000 journées de travail perdues par an. Le secteur de l'aide et des soins à domicile représente ainsi 16 % des AT en France. Dans ce secteur, 53 % des accidents sont liés aux manutentions manuelles et

35 % aux chutes. Les professionnels de l'aide à domicile sont arrêtés, en moyenne, 82 jours pour cause d'AT et 192 jours pour cause de maladie professionnelle (MP) [2].

Ce lourd tribut est favorisé par un contexte d'emploi pénible avec beaucoup d'horaires variables ou atypiques, du temps partiel subi et du dépassement horaire : 76 % des salariées sont à temps partiel, plus de la moitié ont des horaires qui varient d'un jour à l'autre, 40 % ont des horaires entrecoupés de plus de 3h de pause, 29 % n'ont pas 48h de repos consécutives et elles travaillent plus souvent le samedi et le dimanche et les jours fériés que les autres salariés [3]. Les intervenantes à domicile (IAD) déclarent généralement manquer de moyens pour remplir leurs missions : la formation, les informations, le temps disponible pour la coordination leur semblent insuffisants. Les tâches sont multiples ou atomisées, jamais standardisées, et les interventions peu encadrées mais néanmoins soumises à de nombreux contrôles informatisés, s'enchaînent avec maints déplacements et une solitude plus ou moins bien vécue par les professionnelles [4]. Le secteur concentre les expositions (physiques, organisationnelles, chimiques et biologiques) [5] avec des liens avérés, trop souvent occultés, entre AT et facteurs psychosociaux de risques [6]. Les conflits de valeurs y sont notamment plus fréquents que chez les autres salariés et la charge émotionnelle cumulative y est élevée [7]. De plus, exercée au domicile des bénéficiaires, cette activité s'accompagne d'une impossibilité d'accès au lieu de travail par les instances de contrôle, comme l'inspection du travail ou le service de prévention et de santé au travail, ce qui limite la régulation des situations à risques [8].

À ces contraintes « ordinaires », la pandémie est venue ajouter un risque de contamination et un climat anxigène pour les IAD avec des conséquences psychologiques majorant le risque de stress, d'épuisement mais aussi d'addiction ou de dépression. Dans son dernier rapport annuel, la CNAM note d'ailleurs une augmentation entre 2020 et 2021 des affections psychiques au travail reconnues par les Comités régionaux de reconnaissances des maladies professionnelles avec une forte hausse des dépressions, en particulier dans le secteur médico-social [9]. L'intensité de la pandémie de Covid-19 a d'abord été une source de peur et de tension éthique sans précédent pour les IAD engagées dans des relations d'aide. Comme l'indique le Comité consultatif national d'éthique [10], certains professionnels se retrouvaient face au dilemme de se dévouer pour soigner, avec le risque pour soi-même et les autres d'être infectés par le soin prodigué. Et dans un contexte de bas salaires et de peu d'emplois à temps plein, d'autres conflits éthiques se sont souvent ajoutés : dans de nombreux pays, des salariés ont été contraints de choisir entre sécurité financière ou sanitaire et la poursuite de leur activité professionnelle, y compris lorsqu'ils étaient malades, faute de mesure de protection sociale. Ainsi l'Organisation internationale du travail a estimé qu'au moins 74 % des travailleurs domestiques dans le monde avaient été touchés par les mesures de confinement et des pertes d'emploi ou de revenu [11]. La demande accrue de soins et les contraintes de temps ou de protection ont pu également entraîner des tensions, voire de la violence entre intervenantes et bénéficiaires. Violence que les intervenantes pouvaient retrouver en revenant dans leurs familles ou leurs com-

1. Étant donné la féminisation massive du secteur, en particulier de l'aide à la personne (95%), les termes permettant de désigner les salariées sont féminisés dans cet article, l'appellation intervenante à domicile (ou IAD) permettant d'évoquer les auxiliaires de vie en général.

munautés en raison de la crainte de véhiculer le virus suite aux soins aux domiciles, aux transports en commun ou aux courses en lieux clos. Cette anxiété était aussi liée à l'incertitude face à un virus dont on ne connaissait que peu de choses et une littérature scientifique relativement pauvre à ce sujet. Face à cette pandémie d'évolution imprévisible, les salariés ont dû s'organiser tant individuellement que collectivement pour répondre aux nouvelles recommandations émises en urgence. Néanmoins la réduction des personnels, due en partie aux infections, a intensifié la charge de travail des collègues restants. Pour les personnes engagées, les efforts pour assurer une continuité d'activité et de soins ont été nombreux. Aussi lorsque l'État a fait voter son plan d'action pour les professionnels du secteur sanitaire, qualifiés « d'essentiels » et bénéficiant notamment des actions de dépistage et de la distribution prioritaire de protections dont les auxiliaires de vie étaient exclues, celles-ci n'ont pas compris. Et lorsque les dispositions législatives ont intégré finalement les aides à domicile dans la dotation de moyens de protection, l'encadrement de la distribution est souvent resté flou, avec des variations importantes selon les départements, les statuts et les structures d'emploi (publiques, privées, emploi direct) [12]. L'oubli initial des aides à domicile dans l'annonce de la prime aux soignants<sup>2</sup> n'a fait que renforcer le sentiment d'injustice et de « mépris social » [13] des salariées du secteur. Et même lorsque la décision de financement d'une prime exceptionnelle de 1 000 euros fut prise en compensation, les sommes versées individuellement au prorata des temps partiels et des heures de présence furent souvent faibles sinon symboliques. Le manque de reconnaissance et

*2. Venant s'ajouter à l'augmentation mensuelle de 183 euros, décidée lors du Ségur de la santé et réservée aux soignants.*

de valorisation du secteur pose aujourd'hui problème. C'est un motif de préoccupation en sus des conditions de travail. Alors que – dans un contexte qui était toujours celui de la crise sanitaire – les établissements de santé ont connu une croissance de leurs effectifs de 2,9 % en 2021 (après une hausse de 1,9 % en 2020), l'aide à domicile affiche une baisse d'emplois de 0,8 % en 2021, après une baisse de 3,2 % en 2020 [14]. Dans le même temps, le secteur associatif de l'aide à la personne a pourtant connu une revalorisation de ses grilles de salaires suite à la mise en œuvre de l'avenant à la convention collective du secteur n° 43-2020 du 26 février 2020. Dans un secteur confronté tendanciellement à de graves difficultés en matière de *turnover* et de recrutement de travailleurs [15], les questions de santé et de prévention de la désinsertion professionnelle apparaissent donc aujourd'hui essentielles pour faire face aux besoins dans ce secteur, et ce d'autant plus au vu des orientations prises en France à l'égard du grand âge [16].

## MÉTHODE

Cette étude s'appuie sur une enquête de terrain effectuée à partir d'un suivi de trois agences d'une entreprise d'aide à domicile du secteur privé à but lucratif, une veille scientifique issue des bases de données et une revue de presse régulière entre mars 2020 et février 2022.

L'enquête de terrain a été réalisée en trois temps. Le premier temps, conduit en 2019, avait consisté à travailler en agence et à accompagner un panel de 23 IAD volontaires afin d'ethnographier leur activité *in situ*, à domicile. Ce premier recueil

de données avait permis de cumuler 328 heures d'observation et 63 heures d'entretiens systématiquement enregistrés sur dictaphone. Ensuite, au début de la pandémie, de mai à juin 2020, une série d'entretiens téléphoniques a été conduite auprès d'une responsable d'agence et de 4 IAD. D'une heure environ chacun, ces entretiens ont également été enregistrés. Enfin, le troisième temps de l'enquête fut celui de nouvelles sessions ethnographiques réalisées en agences à l'été 2021, permettant de recueillir près de 80 heures d'observations, d'interroger une dizaine d'IAD, d'en accompagner 5 lors de leurs interventions à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et d'enregistrer au total 11 heures d'entretiens sur dictaphone. En complément, des entretiens et des groupes de travail ont été conduits avec les médecins référents des services de prévention et de santé au travail et les préventeurs de la Caisse régionale de retraite et de la santé au travail (CARSAT) dédiés à chaque agence. Les agences observées ont en commun d'être situées dans des grandes villes françaises métropolitaines. L'encadrement de proximité est constitué d'une responsable d'agence assistée de deux coordinatrices (responsables de secteurs). À l'instar des multiples entreprises du secteur, les agences souffrent d'un sous-effectif chronique [17] et d'une forte rotation du personnel. Le recrutement est continu. L'ancienneté est inférieure à trois ans pour 37 % des salariés. La difficulté majeure est de recruter des IAD détentrices du permis de conduire – et encore plus d'un véhicule – permettant à l'agence de couvrir la périphérie des grands centres urbains peu desservis en transports en commun. En 2019,

## Usure émotionnelle et conditions de travail dans le secteur de l'aide et des soins à domicile suite à la pandémie de Covid-19

avant la crise sanitaire, les agences étudiées employaient en moyenne une cinquantaine de salariés pour un total de 3 500 heures d'intervention mensuelles auprès de 220-240 bénéficiaires. L'activité lors du premier confinement s'est effondrée pour stagner à 1 000 heures d'intervention mensuelle. La reprise observée lors de l'été 2021 s'est traduite par un peu moins de 3 000 heures d'intervention mensuelles, pour un effectif moyen inchangé mais des absences pour maladie ou non-vaccination.

### RÉSULTATS ET DISCUSSION

Une question se dégage du suivi de la pandémie et de l'analyse des dynamiques d'activité dans l'aide à domicile : à quel prix le travail a-t-il été ou est-il encore réalisé ? L'accumulation des contraintes et facteurs de risques, physiques et psychosociaux notamment, interroge les ressorts de l'engagement des salariées et la soutenabilité de leur travail dans la durée. L'observation révèle en effet un engagement professionnel fort des personnels de santé (et du *care*), exprimé certes de façon naturelle sur la base du volontariat pendant la pandémie mais pourtant mis continuellement à l'épreuve en situation de travail avec une charge émotionnelle parfois écrasante. Avant de chercher à comprendre la régulation des risques dans l'aide à domicile, trois résultats méritent d'être soulignés en matière d'exposition aux RPS dans cette période : l'omniprésence de tensions liées à l'organisation du travail et aux moyens accordés, la récurrence d'un problème de valorisation et de reconnaissance de l'activité qui nuit à la soutenabilité du travail et l'impor-

tance de prendre en compte le travail émotionnel et ses exigences.

### UNE ACTIVITÉ ET DES MOYENS ORGANISATIONNELS SOUS TENSIONS

Au-delà des mesures de confinement, la pandémie de Covid-19 s'est accompagnée de nombreuses dispositions législatives et recommandations professionnelles pour la prise en charge des bénéficiaires. L'aide et les soins à domicile, qui concernent des activités de soutien de personnes âgées ou handicapées et de leurs familles, ont été affectés par de fréquents arrêts et une diminution de fréquence de passages plus que d'autres activités prises en charge par l'Assurance maladie comme les actes infirmiers [1]. Les soins d'hygiène tels l'aide à la toilette ou l'habillage mais aussi les activités de socialisation, de promenades ou encore des tâches administratives et des tâches ménagères, telles que les courses, la cuisine, le nettoyage ont souvent dû être interrompus et reportés sur les aidants mais aussi plus largement réagencés [18].

Face aux directives parfois contradictoires, à l'ignorance, au manque de matériel, les équipes ont réorganisé leur activité en fonction des contraintes perçues et de leur représentation du risque sanitaire [19]. Les personnels administratifs et d'agences ont dû redoubler d'efforts puisqu'il a fallu sans arrêt, dans l'urgence, prioriser les interventions, changer les emplois du temps faute de personnel, rassurer les bénéficiaires, soutenir les auxiliaires de vie, tout en respectant les singularités et les besoins de chacun... Les récits de cette période sont nombreux [20]. Témoignant plus généralement d'un travail d'organisation sinon de prévention [21, 22], les équipes ont élaboré leurs

propres règles sanitaires afin de composer avec la présence du virus. Il en est ainsi de l'intégration systématique du lavage des mains dans l'activité, du port des équipements de protection individuelle, de leur renouvellement, des mesures de désinfection, de distanciation, de l'obligation vaccinale... Cet ajustement a été opéré aussi par les auxiliaires de vie à qui il était demandé d'intervenir avec des blouses, des gants, des masques, des surchaussures, du gel hydroalcoolique, « *tout un matériel que nous n'avions pas nécessairement* ».

La période initiale de pénurie de masques est emblématique de ce travail sous tension. Alors que selon les régions, les agences ne disposaient pas de stocks identiques (alternant entre 0 à 5 ou 10 masques par personne et par semaine) et que les pharmaciens ne les considéraient parfois pas prioritaires, directions et IAD ont ainsi mobilisé leurs réseaux de connaissances et les ressources dont elles disposaient pour s'en procurer ou s'en fabriquer. Certaines d'entre elles ont bénéficié de relations en EHPAD ou à l'hôpital pour en avoir. D'autres ont pu en emprunter auprès de bénéficiaires. Et toutes ont profité de gestes de solidarité en obtenant des masques transmis ou confectionnés par leur entourage. Ces différentes stratégies, individuelles comme collectives, pour s'équiper étaient autant d'expressions de leur responsabilité que de mécanismes de défense face à la peur de contamination tant dans la sphère professionnelle que privée. Ce bricolage dans les protections, lié au nombre, à la performance ou à la durée d'utilisation des équipements disponibles par exemple, n'en était pas moins source de dilemmes entre la volonté d'assurer la qualité des soins nécessaires

et la volonté de ne pas nuire par une contamination de la personne aidée. Si la peur s'est atténuée au fil du temps et de l'accroissement des informations sur le virus et des moyens de réduire sa diffusion (tests, vaccins...), les épisodes successifs de la pandémie ont entre-tenu une intensité et des charges de travail importantes dans toutes les chaînes de décision avec régulièrement de nouvelles règles à satisfaire (nouveaux protocoles, autorisations de déplacement, contrôle du pass vaccinal...), en plus des obligations habituelles à respecter (astreintes, formations obligatoires...). Les exigences psychologiques et autres facteurs de RPS en matière d'efforts, de rythme et d'intensité ont atteint un niveau inédit sur fond de marges de manœuvre limitées. Les cas de *burnout* se situent encore à un niveau élevé au sein des structures (en particulier au sein du personnel d'agence) et l'absentéisme reste important : il a augmenté en 2021 et se situe pour l'entreprise concernée à 61 %.

### LES PROBLÈMES DE RECONNAISSANCE ET DE SOUTENABILITÉ DE L'AIDE À DOMICILE

Outre les tensions liées à l'organisation du travail, force est de constater le faible sentiment de valorisation et de reconnaissance de l'activité d'aide à domicile. Ce facteur de RPS a des effets directs sur la soutenabilité du travail. Les derniers résultats des enquêtes sur les conditions de travail [23] montrent que les salariés très fortement exposés à la fois à des risques physiques et à des RPS sont trois fois plus nombreux à déclarer ne pas être capables de tenir jusqu'à la retraite, que ceux très faiblement exposés aux deux. Ces salariés considérant leur emploi comme insoutenable avant

de partir à la retraite, la prennent davantage que les autres sans avoir atteint l'âge légal. S'ils peuvent parfois bénéficier d'un dispositif de départ précoce, comme un compte pénibilité, ils partent aussi deux fois plus souvent avant de pouvoir prétendre à une retraite à taux plein (30 % contre 16 %), et perçoivent donc des montants de pensions inférieurs [23]. C'est le cas du soin et de l'action sociale qui, appartenant déjà aux professions jugées peu soutenables compte tenu des risques physiques et des contraintes liées aux relations avec du public, cumulent les facteurs de risques du fait notamment de l'intensité du travail et des contraintes de rythmes ou d'horaires (devoir se dépêcher, travailler sous pression, avoir des horaires atypiques...). L'importance de l'aide à domicile comme rempart de protection du système de santé français pendant la pandémie ne semble pas s'être traduite par une meilleure reconnaissance. Plusieurs éléments attestent au contraire du sentiment persistant d'« invisibilité » régulièrement exprimé par les IAD. Au moment de la pandémie, nombre d'entre elles soulignaient ne pas avoir eu l'impression que les témoignages de reconnaissance ritualisés, comme les applaudissements sur les balcons des Français durant le premier confinement, leur étaient adressés [19]. Le sens et la valeur même de leur travail ont parfois été discutés, révélant au passage la domination institutionnalisée qui structure les relations entre les différents intervenants à domicile (auxiliaire de vie, infirmière...) et les valeurs économiques respectives de leurs activités : « *De base, on n'est pas reconnue du tout. Ça n'a pas changé* [durant la pandémie]. *Un jour, je suis arrivée chez mon bénéficiaire avec trente*

*minutes d'avance, je me présente à l'infirmière, je lui dis : « Bonjour je suis assistante de vie » et elle me regarde : « d'accord, mais c'est pourquoi ? » Beh, je ne sais pas... Lui donner peut-être à manger?! Qu'il ait de la compagnie... Avec mes collègues, on a eu des petites remarques sur à quoi sert notre travail, pourquoi on vient travailler et qu'on ne se met pas au chômage. Notre salaire n'étant pas exorbitant, certains soignants ne comprennent pas pourquoi on vient quand même au travail... En étant au chômage, je gagnerais plus qu'en allant travailler, surtout en période de Covid. » (Auxiliaire de vie de 19 ans – 06 mai 2020).*

Alors qu'avec l'autonomie et le soutien social, la reconnaissance est un moyen tangible de favoriser un travail soutenable [23], elle a fait défaut pendant la crise autant d'un point de vue symbolique que financier. C'est d'ailleurs en tant qu'« oubliées » que les IAD ont été citées pour des primes, renforçant toutefois, au final, un sentiment d'incompréhension, d'injustice et de souffrance sociale. En effet, en s'engageant à verser financièrement une aide au secteur à hauteur de 80 millions d'euros, le chef de l'État demandait aux départements d'apporter en sus 80 millions. Cependant, cette demande formulée aux départements de compléter le budget et de fixer le montant de la prime ainsi que les conditions pour la percevoir a engendré des disparités importantes sur le territoire national. Sur les 101 circonscriptions administratives, 75 ont annoncé une prime de 1 000 € à 1 500 €, 13 une prime comprise entre 250 € et 750 €, 11 envisageaient de contribuer sans pour autant communiquer le montant alloué et, enfin, 2 départements refusaient de verser une prime. Ces disparités entre départements ont

## Usure émotionnelle et conditions de travail dans le secteur de l'aide et des soins à domicile suite à la pandémie de Covid-19

nourri le sentiment d'une reconnaissance réduite et partielle chez les acteurs de l'aide à domicile. En outre, l'incompréhension demeure au sein même des structures. Ainsi, les IAD rencontrées n'ont pas toujours compris comment s'était effectué le calcul, par leur employeur, du montant des primes Covid allouées, à l'instar de cette auxiliaire de vie de 37 ans : « Normalement, pour les personnes qui ont travaillé durant la Covid, on avait une prime de 1 000 € minimum. Ils ont dit aux infos pour les aides-soignantes et les infirmières, c'est 1 500 €, et pour les auxiliaires, 1 000 €. Moi, j'ai travaillé à temps plein. J'ai eu 300 € ! » (IAD)

La codification du calcul pour le versement des primes a occulté la diversité des formes d'engagement dans le travail et la réalité des risques pris, comme l'indique une coordinatrice rencontrée : « L'argent a été versé à l'entreprise. Après c'est le siège qui a calculé en nous envoyant un tableau indiquant heures contrat, heures travaillées, heures chômage partiel. Ils ont fait une formule Excel où ressortait le montant de la prime en fonction de l'activité (...). Nous, on avait en tout cas la consigne de ne pas forcer les intervenantes. Celle qui a accepté d'y aller (chez des malades de la Covid), elle a eu 72 € de prime Covid ! Chez nous la plus grosse prime perçue est de 573 € ».

La crise sanitaire a donc rappelé le déficit de reconnaissance (officielle ou publique) dont souffrent les professionnelles de l'aide à domicile. Ce manque génère des tensions importantes qui laissent des traces. Le plus souvent, c'est par leur travail de proximité et les interactions quotidiennes aux domiciles que les IAD disent compenser en trouvant des ressources leur permettant de bénéficier d'une nécessaire reconnaissance : « Moi, déjà, la reconnaissance du bénéficiaire, je l'ai tous les

jours : « Merci, Nadia, d'être venue ». Ils m'attendent avec impatience. Dès que je rentre, le sourire... » (Auxiliaire de vie, 35 ans).

Pour autant, d'autres formes de reconnaissance professionnelle, matérielle et symbolique mériteraient d'être politiquement débattues suite à la crise, qu'il s'agisse des indemnités kilométriques, des frais de repas, des heures de trajet, des temps de formation et de coordination et bien sûr de la pénibilité voire des maladies professionnelles [24].

### LES EXIGENCES DU TRAVAIL ÉMOTIONNEL

Au-delà du travail d'organisation, de son rythme, de sa charge et des problèmes de conflits de valeurs, de soutien et de reconnaissance, la pandémie est venue accentuer un autre facteur de RPS, celui des exigences émotionnelles. Ces exigences renvoient initialement au travail émotionnel inhérent à la relation d'aide [25 à 27].

En effet, c'est l'aspect social de l'aide qui différencie l'aide à la personne d'une simple prestation de service. Dans ce domaine du *care*, le travail émotionnel est traditionnellement utilisé pour façonner ses émotions et celles d'autrui, en particulier dans le sens d'attitudes « positives », de bienveillance, d'empathie ou de sollicitude. Celles-ci peuvent être authentiques ou volontairement simulées, source d'une charge émotionnelle plus ou moins pénible. Or, en plus de l'incertitude liée à la circulation du virus, les exigences émotionnelles ont été amplifiées par l'expérience des contaminations, des hospitalisations ou des décès survenus en proximité, la peur et le contact avec la souffrance constituant des facteurs de RPS également bien identifiés [28, 29].

Parmi les auxiliaires de vie rencon-

trées lors de l'enquête, certaines d'entre elles ont reconnu des épisodes dépressifs suite à des décès de personnes accompagnées auxquelles elles étaient attachées. Ces expériences douloureuses de perte ont été à plusieurs reprises des motifs de distanciation dans la relation d'aide avec l'expression ensuite d'attitudes *a priori* moins chaleureuses qu'auparavant sinon moins expressives que celles professées habituellement par les agences en matière de sourire, voire de « plaisir au travail ». Sans modifier la qualité du travail rendu (égards portés au bénéficiaire, accompagnement aux courses avec patience, promenades avec discussion personnalisée...), ces professionnelles défendaient une volonté de limiter l'engagement affectif et de moins simuler les émotions ressenties pour réduire le coût du travail émotionnel pour leur santé. Cette stratégie affichée semble révélatrice d'une forme de contractualisation émotionnelle tout à fait précieuse pour la préservation de soi dans l'exercice de l'activité d'aide [30]. En effet, en sus du contrat de travail et du contrat de prestation qui lie le salarié à son bénéficiaire, les auteurs de la présente étude ont repéré différents contrats émotionnels liant les parties en complément du contrat moral ou psychologique de la relation d'aide. Fruit d'un travail plus ou moins conscient et explicite, ces différents contrats délimitent les attendus respectifs en matière d'expression des sentiments et d'engagement affectif entre les contractants. Cette capacité à trouver la « bonne distance » (non pas standard et prescrite mais adaptée à chacun) relève d'une compétence émotionnelle qui paraît dépendre d'apprentissages personnels issus d'un travail émotionnel autonome. Dans l'aide à domicile, cette compétence émotionnelle est toutefois

régulièrement mise à l'épreuve des discriminations, en particulier relatives à l'apparence physique, à l'origine ou la couleur de peau et au fait d'être une femme. Ces discriminations sont en effet particulièrement observées par les professionnelles des services à la personne et davantage rapportées que dans la population active globale, reflétant l'importance des normes et pratiques de dévaluation sexiste et raciste dans ce secteur. Une récente étude du Défenseur des droits le rappelle [31] : parmi les personnes ayant été témoins d'une discrimination dans l'emploi, près d'une sur deux (47 %) la rattache au motif de l'apparence physique (contre 32 % pour l'ensemble de la population active), 36 % à l'origine ou la couleur de peau (contre 33 %) et 31 % au fait d'être une femme (contre 24 %). Comme l'a montré Avril [32], ces différences de traitement, souvent tues, maintiennent de fait les IAD dans une position subalterne au sein de la population active du secteur. Elles obligent le plus souvent à un travail émotionnel supplémentaire de dissimulation [33]. Par leur répétition, ces traitements différenciés et ces formes de stigmatisation peuvent être constitutifs en droit d'un harcèlement discriminatoire. À l'inverse, pourtant, ils conduisent généralement les salariées à se taire et faire fi de leurs sentiments d'oppression qui, faute de résolution, aboutissent fréquemment à des démissions contraintes. Coûteux ou source de débordement du point de vue de la charge affective, ce travail émotionnel a des conséquences sur la santé mentale comme physique. Considéré comme un travail psychique voire un travail de santé [34], le travail émotionnel n'est d'ailleurs pas seulement associé aux exigences émotionnelles de la tâche prescrite en matière de relation d'aide :

il est impliqué dans toute la régulation des émotions induites par l'activité au niveau de tous les facteurs de RPS (insécurité d'emploi, rapports sociaux dégradés...). À ce titre, il constitue un facteur essentiel de santé au travail, qui, durant la pandémie, a pu être associé à des accidents, des maladies ou des affections psychiques et peser sur le *turnover* et l'absentéisme.

### RESSOURCES DU TRAVAIL ÉMOTIONNEL ET INÉGALITÉS DE SANTÉ

Face à l'accumulation des facteurs de RPS inhérents à l'activité et renforcés par la pandémie, la capacité à opérer ce travail émotionnel semble discriminante en santé au travail.

Les ressources et les contraintes associées au travail émotionnel octroient des possibilités de stratégies différentes à l'égard des conditions de travail et d'emploi, ce qui se manifeste notamment avec la notion de « contractualisation émotionnelle » énoncée plus haut. Au sein de la typologie des mondes populaires mise en évidence par Avril [32], il a été repéré dans l'aide à domicile trois formes typiques d'engagement au travail qui peuvent se résumer à trois issues distinctes : réussir, tenir ou partir [35]. Dans le contexte de pandémie, il a alors semblé intéressant de vérifier la présence ou l'évolution de ces types d'attitudes et l'influence de la crise sanitaire sur ces trajectoires.

Bien qu'elles ne constituent qu'une petite minorité (quelques cas par agence), ont été suivies des intervenantes à domicile qui *réussissaient* à exploiter à leur avantage le travail émotionnel, moyen de se préserver et se maintenir dans le métier. Pour réussir, ces personnes construisent avec leur bénéficiaire une relation de confiance et traitent directement avec lui, en négociant fine-

ment les conditions de leurs interventions (horaires réels, efforts consentis...) sans nécessairement que l'agence intervienne. Ces IAD organisent le travail plus ou moins comme elles le souhaitent. Elles *ont la main* sur la relation avec le bénéficiaire et par extension sur le processus de travail. Leur attention à l'équilibre de la relation les protège alors d'exigences excessives et du risque de glissement de tâches. Ce cas de figure des intervenantes qui réussissent se constate chez des salariées souvent jeunes, diplômées et en bonne santé<sup>3</sup> disposant soit d'un capital culturel permettant la maîtrise des subtiles logiques du travail (légale, morale, affective, commerciale...), soit d'un capital économique leur permettant de refuser certaines missions. Elles se retrouvent en capacité de négocier auprès de l'agence et leurs bénéficiaires leur engagement au travail. Ces négociations passent notamment par le refus, pur et simple, d'une activité déplaisante qui leur a été confiée voire la menace de ne pas assurer une intervention ne respectant pas leur sectorisation sinon même de quitter l'entreprise. Dans tous les cas, elles parviennent à utiliser la dimension émotionnelle du travail pour préserver leur santé et leur sécurité au travail. Bien qu'éprouvées par la charge ou les exigences émotionnelles de la pandémie, ces intervenantes ont su s'accommoder des contraintes, voire être force de propositions et sortent de la crise confortées par les agences qui les ont employées. Le second cas de figure observé est celui des intervenantes dont on peut dire qu'elles sont éprouvées par l'activité mais qui *tiennent* vaillamment que vaillamment. C'est le cas le plus fréquent. Il concerne des salariées qui ne sont pas à l'aise avec les jeux stratégiques ou les condamnent *a priori*. Elles peuvent parfois tirer

3. La santé est dans cet article conçue de façon processuelle et dynamique au sens de George Canguilhem comme le fait de « pouvoir tomber malade et s'en relever » [36].

## Usure émotionnelle et conditions de travail dans le secteur de l'aide et des soins à domicile suite à la pandémie de Covid-19

parti d'une négociation avec un bénéficiaire pour s'aménager des horaires ou des prestations moins exigeantes que prévu. Mais elles sont souvent confrontées à une problématique de glissement de tâches induite par le contrat émotionnel les liant à leurs bénéficiaires, ce qui les expose par exemple à *prendre sur elle* pour aspirer les murs d'une maison alors que cela fait souffrir leurs épaules. Elles cèdent également aux diverses injonctions de l'agence employeuse en acceptant, entre autres, de travailler pour plusieurs dizaines de bénéficiaires par mois quitte à rouler des centaines de kilomètres supplémentaires mal remboursés ou avec une accumulation d'heures de trajet non payées. En somme, le jeu stratégique du travail émotionnel présente ici ses effets pervers à l'égard des intervenantes puisque ce qu'elles semblent faire en apparence au nom de l'affection pour les bénéficiaires ou l'agence exprime en réalité une dépendance et la crainte réelle ou imaginaire de perdre la prestation. Moins dotées en ressources culturelles ou économiques que leurs collègues qui *réussissent*, celles qui *tiennent* le font souvent au prix d'une « santé sacrifiée » [37], c'est-à-dire d'une mise en péril de leur santé-sécurité au profit de l'emploi. Ces IAD ressortent globalement fragilisées de la crise. Elles ont concédé des efforts qui se font ressentir sur leur santé. Elles sont les grandes déçues des primes. En souffrance, elles en appellent à plus de reconnaissance mais leur plainte est généralement masquée par des « stratégies de défense ».

Le dernier cas de figure observé concerne les IAD qui *partent* pour des motifs de santé ou de conditions de travail. Ordinairement, cela peut être l'envie de se reconvertir, d'évoluer vers le soin, le sen-

timent d'avoir fait le tour du poste, le pressentiment d'une usure... Ce qui est commun à ce profil d'IAD, c'est l'expérience délétère de l'activité et l'angoisse de se blesser durablement, voire prématurément pour les plus jeunes. La contractualisation émotionnelle apparaît alors dans son ambivalence à la fois comme une potentielle ressource pour se prémunir des contraintes du travail, tout en montrant les risques d'hyper-sollicitations. Cette catégorie d'IAD qui se sont « sauvées » a explosé durant la pandémie comme en témoigne le nombre de démissions et l'augmentation du *turn-over* dans le secteur. La crise sanitaire et ses conditions de travail évoquées plus haut a exacerbé les tensions sociales et sanitaires, personnelles, professionnelles, mentales ou encore physiques. Ayant dépassé leurs capacités de résistance, nombre d'intervenantes ont préféré finalement « jeter l'éponge ». Si la crise de la Covid-19 a en quelque sorte catalysé une bifurcation dans la carrière de ces IAD qui aurait pu advenir autrement, elle a surtout révélé la conjonction de caractéristiques d'un travail plus ou moins soutenable. Cette situation a contribué à alimenter les flux de sortie de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile, comme sans doute ailleurs.

Cette typologie plaide pour l'intérêt à prendre en compte la dimension émotionnelle de l'activité afin de mieux saisir encore les effets du travail sur la santé. Dans le cabinet médical ou infirmier, l'usure ou l'endurance émotionnelle peut être interrogée, sinon mesurée, grâce à différentes méthodes. En complément de l'anamnèse classique et de l'examen clinique, dès lors qu'il existe des signaux faibles et *a fortiori* d'usure (colère, abattement, cynisme...), il paraît pertinent

d'intégrer une échelle spécifique relative au travail émotionnel. De nombreux outils de mesure ont été développés depuis plusieurs années à travers le monde. Parmi ces outils, l'échelle de travail émotionnel de Francfort (*Frankfurt Emotional Work Scale* ou FEWS), développée par Zapf [38] et validée dans plusieurs secteurs professionnels, est particulièrement appréciée. Elle analyse en particulier les exigences de sensibilité, les dissonances émotionnelles, la capacité de contrôle des interactions et les marges de manœuvres émotionnelles.

## CONCLUSION

En même temps qu'elle a démontré que vieillir à domicile aide à se préserver du risque de contagion, la crise sanitaire a permis de révéler des métiers de l'ombre et parmi eux, de souligner l'importance des aides à domicile. Toutefois, malgré la revalorisation salariale dans le secteur associatif (qui se pose maintenant pour tous les services d'aide et d'accompagnement de la personne du secteur privé), les salaires restent dérisoires au regard notamment des conditions d'emploi. À l'instar d'autres salariés finalement essentiels, les aides à domicile n'ont pas reçu la reconnaissance attendue de la part des pouvoirs publics notamment. Or ce déficit de reconnaissance participe des facteurs de RPS qui se sont accumulés de façon inédite durant la pandémie pour les personnels du *care*, mettant au défi les capacités individuelles et collectives de travail émotionnel et de régulation des émotions et reconfigurant les inégalités de santé au travail.

Dans un secteur marchand de l'aide à domicile largement éprouvé du



point de vue des conditions de travail, analyser les transactions émotionnelles dans l'activité, constitue un moyen de repérer l'accumulation des contraintes d'organisation et de comprendre les parcours d'emploi et les trajectoires de santé des salariés. À ce titre et en tant qu'outil de régulation des risques et d'équilibre psychologique, ce travail émotionnel - s'il est appréhendé et mesuré - paraît constituer un indicateur de santé prégnant pour le suivi des personnes. Indice d'usure au travail qui vient s'ajouter aux

facteurs de pénibilité physique, c'est aussi une ressource importante pour préserver sa santé et sa sécurité au travail. Tenir compte de la charge émotionnelle et des capacités cognitives, psychologiques ou physiques de travail émotionnel et de régulation, c'est pouvoir agir en prévention. Dans un secteur d'emploi critique comme l'aide à domicile, cela procure un levier essentiel de repérage et d'accompagnement des salariés, notamment ceux confrontés à la perspective de l'exclusion sociale et professionnelle.

## POINTS À RETENIR

- La crise sanitaire a accentué les difficultés d'emploi et de conditions de travail du secteur de l'aide à domicile, déjà structurellement fragile, au point d'être considéré comme insoutenable.
- Face à des moyens organisationnels restreints et une activité réalisée sous tension, les aides à domicile ont puisé dans leurs ressources personnelles pour composer avec les difficultés.
- Si la crise sanitaire a mis en lumière les tensions du secteur de l'aide à domicile, elle a exacerbé la problématique du manque de reconnaissance de son personnel.
- Le travail émotionnel dans la relation d'aide et les exigences émotionnelles en tant que catégorie de risques psychosociaux ont été particulièrement prégnants durant la crise.
- L'analyse des transactions émotionnelles dans l'activité constitue un moyen de comprendre les stratégies déployées par les individus pour préserver ou risquer leur santé au travail.
- Trois profils d'aides à domicile ont pu être dégagés de cette étude : celles qui réussissent à exploiter à leur avantage la dimension émotionnelle de l'activité, celles qui tiennent malgré tout au péril de leur santé et sécurité et celles qui quittent l'emploi.
- Pour prévenir les risques professionnels et garantir la santé et la sécurité des travailleurs, il est important de prendre en compte l'endurance émotionnelle des salariés qui constitue un indice du cumul d'expositions.

## BIBLIOGRAPHIE

**1 | KULANTHAIVELU E** - Les services à la personne en 2018. Légère baisse de l'activité, hausse du recours aux organismes prestataires. *Dares Résultat*. 2020; 011: 1-8.

**2 |** Aide à domicile. Assurance Maladie, 2023 ([https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/votre-secteur/aide-soins-personne/aide-domicile#text\\_189014](https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/votre-secteur/aide-soins-personne/aide-domicile#text_189014)).

**3 | MEMMI S, ROSANKIS E, DUVAL M, LEONARD M** - Enquête SUMER: quels risques psychosociaux chez les salariées de l'aide à domicile? Vu du terrain TF 294. *Réf Santé Trav*. 2021; 168: 55-63.

**4 | LOONES A, JEAUNEAU P** - L'organisation du métier d'aide

à domicile : entre autonomie et isolement professionnel. In: MARQUIER R, NAHON S (Eds) - Les conditions de travail des aides à domicile en 2008. Dossiers solidarité et santé n° 30. Paris: ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Mission Publications-diffusion (DREES); 2012: 47-60, 60 p.

**5 | FOURNEAU C, SANCHEZ M, PEROUEL G, FRERY N ET AL.** - Plan santé au travail 2016-2020: mieux connaître la polyexposition. *Environ Risques Santé*. 2021; 20 (4): 377-82.

**6 | COLIN R, WILD P, PARIS C, BOINI S** - Facteurs psychosociaux et accidents du

travail, que dit la littérature? *Arch Mal Prof Environ*. 2022; 83 (6): 587-605.

**7 | VAN DE WEERDT C** - La régulation de la charge émotionnelle dans le secteur des services à la personne (pp. 269-289). In: BERGHMANS C (ED) - Intelligence et compétences émotionnelles en entreprise: perspectives multiples. Collection L'esprit économique. Série Economie et innovation. Paris: Éditions L'Harmattan; 2018: 269-89, 342 p.

**8 | AVRIL C** - Une mobilisation collective dans l'aide à domicile à la lumière des pratiques et des relations de travail. *Politix*. 2009; 2 (86): 97-118.

**9 |** Rapport annuel 2021 de

l'Assurance Maladie Risques professionnels. Assurance Maladie Risques professionnels, 2022 (<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-annuel-assurance-maladie-risques-professionnels>).

**10 |** Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), 2020 (<https://www.ccne-ethique.fr/node/384>).

**11 |** Le Covid-19 et les soignants qui dispensent des soins à domicile ou en institution. Note sectorielle de l'OIT. Organisation internationale du travail (OIT),

## Usure émotionnelle et conditions de travail dans le secteur de l'aide et des soins à domicile suite à la pandémie de Covid-19

### BIBLIOGRAPHIE (suite)

2020 ([https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS\\_776268/lang-fr/index.htm](https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_776268/lang-fr/index.htm)).

**12 | LEDOUX C (Ed)** - Projet CNSA (pilote Insem). Perspectives comparées des effets du Covid sur les politiques et les professionnels du care auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile [COVICARE]. Nantes Université, CNRS, 2022 (<https://dcs.univ-nantes.fr/fr/recherches-scientifiques/projet-insem-perspectives-comparees-des-effets-du-covid-sur-les-politiques-et-les-professionnels-du-care-aupres-des-personnes-agees-en-perte-dautonomie-a-domicile-covicare>).

**13 | RENAULT E** - Mépris social et souffrance psychique. In: THIRY-BOUR C, PIDOLLE A (Eds) - Droit d'être soigné, droits des soignants. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe. Ramonville Saint-Agne: Érès éditions; 2003: 41-51, 238 p.

**14 | Bilan 2022 de l'emploi associatif sanitaire et social.** Centre de ressources DLA solidarités santé (CRDLA), Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS), 2022 (<https://crdla.uniopss.asso.fr/Record.htm?idlist=1&record=110812493809>).

**15 | DEVETTER FX, DUSSUET A, PUISSANT E** - Aide à domicile, un métier en souffrance; Sortir de l'impasse. Ivry-sur-Seine: Les Éditions de l'Atelier; 2023: 160 p.

**16 | LIBAULT D** - Concertation Grand âge et autonomie. Ministère chargé de la Santé, 2019 (<https://sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/>).

**17 | DUSSUET A, NIRELLO L, PUISSANT E** - De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *Rev IRES*. 2017; 1-2 (91-92): 185-211.

**18 | ARNAULT L, JUSOT F, RENAULT T** - Social inequalities in access to healthcare among the population aged 50+ years during the COVID-19 pandemic in Europe. Working Paper Series 58-2021. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), 2021 ([https://share-eric.eu/fileadmin/user\\_upload/SHARE\\_Working\\_Paper/SHARE\\_WP\\_58-2021.pdf](https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/SHARE_Working_Paper/SHARE_WP_58-2021.pdf)).

**19 | BONNET T, DRAIS E, LAPOIRE-CHASSET M, PRIMERANO J ET AL.** - Reconfiguration of the boundaries of occupational risk prevention observed during the COVID-19 pandemic: the case of personal protective equipment and collective protection in France. *Health Risk Soc*. 2021; 23 (7-8): 339-58.

**20 | MOUCHENIK D** - Première Ligne: journal d'un service d'aide à domicile durant le confinement. Paris: Fauves éditions; 2020: 153 p.

**21 | DE TERSAC G** - Autonomie. In: Bevort A, Jobert A, Lallement M, Mias A (Eds) - Dictionnaire du travail. Quadrige. Dicos poche. Paris: Presses Universitaires de France (PUF); 2012: 47-53, 860 p.

**22 | MIAS A, LEGRAND E, CARRICABURU D, FÉLIU F ET AL.** - Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérogènes. Collection Travail et activité humaine. Toulouse: Octarès Éditions; 2013: 194 p.

**23 | BEATRIZ M** - Quels facteurs influencent la capacité des salariés à faire le même travail

jusqu'à la retraite? *Dares Anal*. 2023; 17: 1-8.

**24 | BONNET T, PRIMERANO J** - Les masques de la reconnaissance. Le travail d'intervenante à domicile durant la crise sanitaire de la COVID-19. *Lien Soc Polit*. 2022; 88: 89-110.

**25 | HOCHSCHILD A** - Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel. Paris: Éditions La Découverte; 2017: 307 p.

**26 | GILLIGAN C** - Une voix différente: pour une éthique du care. Paris: Flammarion; 2008: 284 p.

**27 | NUROCK V, PARIZEAU MH (Eds)** - Le care au cœur de la pandémie. Bioéthique critique. Paris: Hermann; Laval: Presses de l'Université Laval; 2022: 204 p.

**28 | GOLLAC M, BODIER M** - 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: ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011: 223 p.

**29 | ANDELA M, TRUCHOT D, VAN DER DOEFF M** - Job Stressors and Burnout in Hospitals: The Mediating Role of Emotional Dissonance. *Int J Stress Manag*. 2016; 23 (3): 298-317.

**30 | DRAIS E, BONNET T** - Chapitre 7. La contractualisation émotionnelle et ses ambivalences au cœur de l'aide à domicile. In: BURNAY N (Ed) - Sociologie des émotions. Ouvertures sociologiques. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2022: 149-69, 224 p.

**31 |** Enquête. 15<sup>e</sup> baromètre sur la perception des discriminations dans l'emploi. Édition consacrée au secteur des services à la

personne. Défenseurs des droits, 2022 (<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/etudes-et-recherches/2022/12/enquete-15e-barometre-sur-la-perception-des-discriminations-dans>).

**32 | AVRIL C** - Les aides à domicile. Un autre monde populaire. Hors collection. Paris: La Dispute; 2014: 300 p.

**33 | SOARES A** - (In)Visibles: genre, émotions et violences au travail. *Rev Multidiscip Emploi Syndicalisme Trav*. 2011; 6 (2): 128-48.

**34 | LHUILLIER D** - Travail émotionnel et travail de santé. *Perspect Interdiscip Trav Santé*. 2023 (à paraître).

**35 | BONNET T, DRAIS E** - 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. *Rev Fr Aff Soc*. 2021; 4: 227-44.

**36 | CANGUILHEM G** - Le normal et le pathologique. 12<sup>e</sup> édition. Quadrige. Paris: Presses Universitaires de France; 2013: 290 p.

**37 | HELARDOT V** - Enjeux d'emploi, de travail et de santé: la quadrature du cercle. In: DE TERSAC G, SAINT-MARTIN C, THÉBAULT C - La précarité: une relation entre travail, organisation et santé. Collection Le travail en débats. Série Maison des Sciences de l'Homme et de la Société de Toulouse. 6. Toulouse: Octarès Éditions; 2008: 73-84, 226 p.

**38 | ZAPF D, KERN M, TSCHAN F, HOLMAN D ET AL.** - Emotion Work: A Work Psychology Perspective. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav*. 2021; 8: 139-72.