

R F A S

Revue française des affaires sociales

Intervenir à domicile

Émotions et *care* en contexte

DOSSIER COORDONNÉ PAR

Sophie Bressé

Catherine Lenzi

Abdia Touahria-Gaillard

2026-3, JUILLET-SEPTEMBRE

INTERVENIR À DOMICILE ÉMOTIONS ET CARE EN CONTEXTE

7 **Avant-propos**

Sophie Bressé, Catherine Lenzi et Abdia Touahria-Gaillard

ÉMOTIONS ET CARE NÉGOCIÉS AU DOMICILE

21 **Entre autonomie et solitude sur le terrain: le travail émotionnel invisible de l'infirmière en hospitalisation à domicile (HAD)**

Allan Simon

43 **Aidants, professionnels, personnes concernées. Les effets du domicile sur le travail de care**

Claire Heijboer, Catherine Lenzi et Anne Petiau

65 [ENTRETIEN] **Transition à la vie adulte: négocier et réagencer l'accompagnement vers l'autonomie dans un hébergement individualisé**

Arnaud Frauenfelder et Nasser Tafferant

ARTICULER SÉCURITÉ, PROTECTION ET LIBERTÉ ?

87 **Le rôle des émotions dans l'émergence d'un groupe professionnel: le cas des référentes sociales en logement avec accompagnement**

Damien Mioranza, Monika Piecek et Valérie Hugentobler

109 **Le bénévolat d'accompagnement comme analyseur du care désinstitutionnalisé**

Christophe Humbert

131 **Interventions à domicile lors de crise en santé mentale: les logiques d'action d'une équipe mobile de crise bruxelloise**

Sophie Pesesse

157 [ENTRETIEN] **« Les émotions font partie intégrante du travail de rétablissement en santé mentale »**

Christelle Samot

NORMES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES À L'ÉPREUVE DU DOMICILE

- 169** **L'expérience émotionnelle du soin aux parents âgés en Polynésie française: entre inégalités sociales et travail invisible de régulation**
Lauriane Dos Santos
- 191** **La place des émotions face à des violences sans scandale : la coordination du traitement des maltraitances à domicile comme travail institutionnel**
Estelle Aragona, Guillaume Jaubert, Emmanuelle Jouet et Léa Renouf

NOTES DE LECTURE CRITIQUES

- 215** ***Un travail désirable ? Conquérir sa place.***
Dominique Lhuillier et Anne-Marie Waser
Jennifer Deram
- 219** ***Le télétravail, un mode de vie.*** Laurent Taskin
Olivia Blain-Descormiers

HORS-DOSSIER

- 225** **La télésurveillance du patient et son encadrement juridique, analyse critique d'un protocole expérimenté en oncologie dans un grand centre hospitalier**
Élisabeth Landros-Fournalès
- 247** **Hospitalisation hors les murs et inégalités sociales parmi les patients atteints de cancer**
Adrien Defossez, Marina Maestrutti †, Jean-François Barthe †, Cyrille Delpierre, Florian Gentet, Lucia Candelise, Marco Saraceno, Émeline Dion, Simon Abdou Senghor, Rémi Bastide et Pascal Ducournau
- 269** **Hommage à Julie Micheau**
- 271** **Présentation des autrices et des auteurs**

INTERVENIR À DOMICILE
ÉMOTIONS ET *CARE* EN CONTEXTE

CARE ET ÉMOTIONS : DÉCRYPTER CE QUI SE JOUE À DOMICILE DERRIÈRE LA DÉSinSTITUTIONALISATION

AVANT-PROPOS

Sophie Bressé, Catherine Lenzi et Abdia Touahria-Gaillard

Introduction

En France, le domicile est au centre d'un mouvement amorcé dans les années 1950, dans le contexte de remise en question du modèle asilaire. La désinstitutionalisation des personnes atteintes de troubles et de handicaps mentaux s'est organisée autour de la sectorisation, de la création d'hôpitaux de jour et de centres médico-psychologiques, ainsi que de la mise en place de soins ambulatoires et d'équipes mobiles qui se déplacent au domicile (Capuano, 2021). Aujourd'hui, 90 % des patients suivis en psychiatrie ne sont jamais hospitalisés et vivent chez eux, avec leurs proches aidants comme principaux soutiens.

La désinstitutionalisation désignait initialement un mouvement qui visait à sortir les malades des institutions de soin pour leur proposer de vivre chez eux avec leur maladie. Par glissement sémantique, le terme a ensuite été repris pour décrire la logique qui sous-tend le virage domiciliaire de la politique publique du grand âge, qui commence en réalité avec le rapport Laroque en 1962 (Laroque, 2014), en promouvant l'ensemble des dispositifs permettant aux personnes de vieillir chez elles le plus longtemps possible. Dans ce cadre, les maisons de retraite cèdent progressivement la place aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), pour accompagner non plus la vieillesse, mais la (grande) dépendance. Les soins et le soutien à la vie quotidienne, désormais principalement dispensés au domicile, sont censés incarner cette désinstitutionalisation. Le processus s'étend également au champ du handicap avec la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (2006), dont l'article 19 se consacre à l'appel à la désinstitutionalisation. Plus récemment, ce même mouvement s'étend aux enfants en situation de handicap, comme en témoigne l'adoption en février 2010 par le Conseil de l'Europe d'une recommandation relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et à leur vie au sein de la collectivité.

Dans ce contexte, le *care*, c'est-à-dire toute « activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de

perpétuer et de réparer notre monde afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible » (Tronto, 2009), peut ou pouvait s’observer au sein des institutions, se déplace et se transforme à l’intérieur du domicile dans des logiques encore fortement empreintes du fait institutionnel. Ce numéro s’intéresse principalement à cette réalité comme point de tension : en effet, l’activité de *care*, même opérée à domicile, porte encore fortement la marque de l’institution. L’évaluation des besoins des personnes, comme la façon d’y répondre sont principalement pensées « d’en haut » et peinent à tenir compte des dynamiques propres du domicile privé, qui résiste, donnant lieu à diverses formes de négociations en son sein. Les dynamiques contemporaines de désinstitutionalisation transforment ainsi en profondeur l’intervention sociale, médico-sociale et de soin (Lenzi, 2014). Autrement dit, loin de marquer la fin des institutions, l’appel à la désinstitutionalisation renvoie à une reconfiguration du fait institutionnel (Stiker, 2024) et de la prise en charge, qui doit désormais être pensée, (dé)placée et replacée progressivement dans le milieu de vie des personnes.

Ce changement de paradigme accorde ou réaccorde une place centrale au domicile, qui est saisi dans ce numéro dans une acception large, en tant que lieu de vie et d’expression de soi : un « chez-soi » déjà existant ou reconstitué, choisi et ouvert sur l’environnement de la personne et sur la communauté. L’idéal poursuivi par les collectifs de personnes concernées s’inscrit dans un modèle émancipateur qui vise à augmenter le pouvoir d’agir des personnes vulnérables. Ainsi, l’appel à la désinstitutionalisation est systématiquement associé aux finalités de « vie autonome » et de « liberté de faire ses propres choix » que soutient le modèle des droits humains, dont celui à l’autodétermination (Eyraud & Béal, 2021).

Concrètement, au-delà du modèle des droits humains, l’objectif de protection peut se trouver relégué au profit de l’objectif d’émancipation, considérant que le « droit au risque » participe de la dignité d’un individu autonome (Bureau & Rist, 2018). Alors que l’appel à la désinstitutionalisation vient soulever des questionnements autour du droit des personnes, notamment du droit à l’autonomie de vie, ce dossier souhaite approcher le phénomène sous l’angle des reconfigurations institutionnelles et d’intervention qu’il induit, peu étudiées à ce jour.

Andrien et Sarrazin (2022) considèrent que la désinstitutionalisation dans le secteur médico-social et sanitaire ne peut se résumer à la simple fermeture des établissements spécialisés. Elle est avant tout l’élément d’un processus (le processus d’institution) lors duquel les règles et les normes instituées sont remises en cause et réinventées en permanence, surtout dans le milieu de vie des personnes. Cette perspective s’inscrit dans une approche de l’intervention à domicile instituée comme un processus constant de transformations institutionnelles et organisationnelles (Lenzi, 2020), voire d’innovation sociale.

Bien que le mouvement à l’œuvre de désinstitutionalisation ou de virage domiciliaire ait peu été étudié dans ses effets de reconfigurations institutionnelles et professionnelles autour des ressorts du *care* et des émotions, des travaux conduits en milieu francophone ont mené à des avancées intéressantes quant à la compréhension des enjeux moraux, sociaux, politiques et professionnels de l’accompagnement à domicile (Giraud, 2016 ; Puech & Touahria-Gaillard, 2018 ;

Jetté & Lenzi, 2020; Veyre *et al.*, 2023; Wittorski & Charalampopolou, 2023; Hugentobler, 2024; Lenzi *et al.*, 2026) et à leurs impacts en termes de coconstruction de l'intervention et de soutien à l'autonomie, entre innovation et régression (Jetté *et al.*, 2026).

Il apparaît clairement qu'au sein des domiciles, plus encore qu'en établissements spécialisés, parce qu'ils sont situés au plus près des épreuves d'existence des personnes, les professionnel·les du soin, du travail social et de l'aide à la personne doivent composer avec une multitude de paramètres et trouver un équilibre entre proximité et distance, intimité et contrôle, prescriptions organisationnelles et exigences relationnelles. Dans ce contexte, le *care* tout comme les émotions au travail ou le travail des émotions qui le sous-tendent (Fortino *et al.*, 2015) jouent un rôle déterminant mais ambivalent : s'ils sont à la fois mobilisés comme leviers pratiques et puissant ressort d'action dans l'intervention, ils demeurent rarement reconnus en tant que compétences professionnelles (Lenzi & Milburn, 2019).

Ces situations de distorsion entre la prescription et la réalité du travail révèlent, de la part des intervenant·es à domicile, un investissement dans la mission de protection des personnes qui va bien au-delà de leur seul mandat d'intervention. Cet engagement professionnel d'un genre particulier, au plus près des personnes, prend appui sur une implication émotionnelle dans le travail relationnel (Fortino *et al.*, 2015; Virat & Lenzi, 2018) et met en relief un fort attachement à des valeurs professionnelles. Par cet éclairage, il ne s'agit donc pas de découvrir que les professionnel·les peuvent être doté·es d'émotions, mais de démontrer que ces dernières font partie intégrante du métier, qu'elles n'ont rien d'accidentel ni de facultatif (Fernandez *et al.*, 2014). En effet, alors qu'il est fréquent dans la tradition sociologique d'opposer les émotions ou les passions à la raison, nous défendons au contraire le principe d'obéissance des émotions à une forme de raison morale et de leur enracinement dans une sensibilité rationnelle (Déchaux, 2002).

En lien avec cette dimension émotionnelle, systématiquement occultée dans les ressorts de l'agir car opposée à la raison, Déchaux (2022) rappelle que David Hume intégrait déjà le rôle des passions dans l'action au sein de son programme philosophique. Il nous invite ainsi à prendre au sérieux l'état affectif de l'acteur·ice et la façon dont il ou elle perçoit la situation. Cette ligne de fond nous conduit à intégrer la question des normes à l'analyse du travail émotionnel (Hochschild, 2003) et du travail du *care* (Molinier, 2020), ainsi qu'à considérer les émotions comme une composante à part entière de l'action elle-même.

Par cette voie, il devient possible, dans la construction de l'agir professionnel, de considérer les émotions (y compris les émotions négatives, comme la colère, la culpabilité, le rejet, etc.) comme une raison morale du métier, qui augmente sa part interprétative dans les prises de décisions et le choix d'options pour résoudre une situation. Ainsi, nous nous accordons à dire que la connaissance intime et émotionnelle des publics se conjugue avec la raison pratique et le professionnalisme : elle est, dans cette perspective, l'expression la plus aboutie de la compétence

interprétative, en somme de l'agir prudentiel¹ (Champy, 2009), guidé par les valeurs du champ professionnel et une éthique de la relation.

Ce numéro souhaite donc interroger les formes des normes et des pratiques du *care* ainsi que les émotions qui y sont liées quand elles traversent les pratiques d'intervention, d'aide et de soutien à domicile, dans un contexte de désinstitutionnalisation, de même que la façon dont l'institution et les intervenants s'en saisissent dans une logique de régulation, à différentes échelles, à partir d'une diversité de terrains, d'approches théoriques et de méthodes.

Comment les émotions sont-elles mobilisées pour accompagner ou émanciper ? Comment peuvent-elles, au contraire, participer à faire consentir ou à assujettir ? Comment les « travailler » pour qu'elles soutiennent au mieux l'accompagnement à domicile et, parfois, pour qu'elles ne l'entravent pas ? Comment le domicile recompose-t-il les frontières entre prescription, négociation et réception du soin ou de l'aide ? Quels sont les effets des configurations domiciliaires sur la fabrique des vulnérabilités et la coproduction des réponses ? Enfin, comment, à une échelle macro, les émotions collectives qui traversent nos sociétés, en lien avec les contextes, influencent-elles les politiques publiques du *care* à domicile ?

Récemment, la crise sanitaire du Covid-19 a fait émerger, entre autres, l'idée que le domicile est le lieu par excellence de la sécurité et a largement contribué à diffuser une culture de la prévention du risque qui consiste davantage à l'éradiquer (y compris en supprimant des libertés) qu'à l'intégrer et à s'y adapter. Cette culture a progressivement imprégné les politiques publiques du *care* à la fois dans leur intention et dans leur traduction en actes. Par exemple, les contraintes de gestion des plannings conduisent les professionnel·les de l'intervention sociale à domicile, tous champs confondus, à appliquer des protocoles d'intervention, sans laisser de place à l'interprétation ou à l'ajustement d'une situation. Dans le champ de l'accompagnement de la perte d'autonomie, le manque de temps les incite à « faire à la place » plutôt qu'à « faire avec », y compris lorsque la personne en est capable et même lorsqu'elle en est demandeuse, ce qui permet de minimiser les risques mais, *a contrario*, accélère la perte d'autonomie. La même logique conduit les professionnel·les en institution à laisser les personnes au lit alors qu'elles pourraient se lever.

L'intervention à domicile devient dès lors un espace de négociation, un champ de tensions, de dilemmes (éthiques, moraux, citoyens, professionnels...), mais aussi d'innovation et de transformations (institutionnelles, organisationnelles, sociétales). Ce numéro de la *Revue française des affaires sociales* entend documenter et penser, à différentes échelles, l'impact du domicile sur les pratiques de *care* et sur les émotions et, inversement, il interroge les conditions dans lesquelles ces pratiques deviennent visibles, légitimes, ou bien restent impensées.

1. Comme le rappelle Florent Champy (2009), la prudence (concept aristotélicien) est une façon de penser pour agir dans des situations chargées d'incertitudes, pour lesquelles on ne peut ni mobiliser de routines ou de solutions toutes faites, ni prévoir avec certitude les conséquences de l'action.

Présentation du numéro

Ce numéro rassemble des contributions pluridisciplinaires autour de trois axes : sept articles scientifiques ont été retenus sur les quatorze reçus. Deux entretiens ont été menés en complément afin d'éclairer certaines problématiques.

Le premier axe de ce numéro s'attache à la définition et à la négociation du *care* et des émotions à domicile. Aujourd'hui, et contrairement au modèle asilaire de traitement des vulnérabilités qui avait cours au XIX^e siècle (Klein *et al.*, 2018), le domicile s'impose comme le lieu central de l'intervention sociale, médico-sociale et sanitaire organisé dans une logique de services.

Lieu de vie, espace d'intimité, mais aussi de vulnérabilité et potentiellement d'isolement (Argoud, 2004), le domicile reconfigure les pratiques du *care*, les modalités d'accompagnement ainsi que les rapports de pouvoir (Avril, 2014) et d'émotions entre professionnel·les, personnes accompagnées et proches aidant·es (Petiau & Lenzi, 2022). En son sein a lieu l'ajustement des transactions identitaires, qui désignent l'ensemble des interactions et des adaptations par lesquelles une personne façonne son image de soi et négocie son identité, avec elle-même et avec autrui.

En ce sens, le domicile peut être compris comme un espace négocié, c'est-à-dire un « ordre négocié » (Strauss, 1992), où vont se redéfinir les frontières entre soin, accompagnement, contrôle, intimité et autonomie. Il rend dès lors plus prégnant le travail émotionnel des professionnel·les, des personnes accompagnées et des acteur·ices qui composent leur écosystème de façon plus large (proches, pairs-aidant·es...).

Ainsi, au-delà des dispositions des intervenant·es à être affecté·es par les situations difficiles de prise en charge au domicile et dans le milieu de vie des personnes vulnérables, ce dossier entend, dans une approche pluridisciplinaire qui dépasse le seul champ du social, porter une attention particulière aux « règles des sentiments » (Hochschild, 2003) et à la construction sociale des émotions qui, tout à la fois, activent des ressorts émotionnels, support à la « sagesse pratique » guidée par une éthique du *care* (Zielinski, 2010), passent sous silence les sentiments moraux qui s'expérimentent en pratique et forgent une connaissance sensible des publics, au fondement du jugement professionnel et de sa rationalité émotionnelle.

Le premier axe s'ouvre sur l'article d'Allan Simon, intitulé « Entre autonomie et solitude sur le terrain : le travail émotionnel invisible de l'infirmière en hospitalisation à domicile (HAD) ». L'analyse s'appuie sur une ethnographie mobile pour montrer comment ces professionnelles négocient leur rôle lorsqu'elles pénètrent dans l'espace privé et intime des patients. Contrairement au cadre hospitalier classique, le domicile impose une horizontalisation des relations entre soignants et patients qui oblige les premiers à un ajustement constant entre les normes institutionnelles et les réalités familiales. L'article souligne la charge affective invisible ainsi que le travail psychologique nécessaires à ce travail de *care* et met en évidence les incidences du virage domiciliaire sur l'éthique et la pratique des métiers de la santé.

Ce premier axe se poursuit avec l'article coproduit par Claire Heijboer, Catherine Lenzi et Anne Petiau, « Aidants, professionnels, personnes concernées. Les effets du domicile sur le travail de *care* ». Il analyse les effets du virage domiciliaire dans l'accompagnement du handicap psychique à domicile. À partir de la recherche participative Triptyque, il montre que le « virage domiciliaire » ne constitue pas seulement un déplacement spatial de l'intervention sociale et médico-sociale mais qu'il engage une reconfiguration profonde des places, des pratiques et des rapports de pouvoir entre personnes concernées, proches aidants et professionnels. Espace d'intimité et de négociation, le domicile intensifie les épreuves émotionnelles, rend visibles des savoirs expérientiels tout en maintenant des rapports asymétriques dans la coconstruction du *care* : il rapproche les acteurs sans les rendre égaux, en produisant du commun, notamment autour du doute, de la peur ou de l'incertitude, mais il maintient aussi des asymétries fortes dans la capacité à dire, à décider et à faire reconnaître son savoir.

Enfin, le premier axe se termine avec l'entretien réalisé par Catherine Lenzi auprès d'Arnaud Frauenfelder et Nasser Tafferant. Dans cet échange, intitulé « Transition à la vie adulte : négocier et réagencer l'accompagnement vers l'autonomie dans un hébergement individualisé », les chercheurs reviennent sur les résultats d'une étude sociologique portant sur un nouveau dispositif d'hébergement individualisé à destination de jeunes adultes sortant de placement. L'entretien permet de saisir à la fois les épreuves vécues par le personnel éducatif et celles des bénéficiaires de la prestation. Les premiers se situent hors de leur espace de travail ordinaire où se trouve (re)négocié l'ordre du domicile et les seconds apprennent à vivre seuls dans un logement individuel.

Le deuxième axe de ce numéro porte sur les conditions de l'articulation entre sécurité, protection et liberté dans l'accompagnement à domicile, quand elle est possible. En effet, le domicile, à la fois lieu d'intimité pour le bénéficiaire des soins et espace de travail pour les intervenant·es et les proches, est traversé par des normes sociales, des dispositifs institutionnels ainsi que des tensions éthiques et affectives. Une diversité de gestes de *care* y est réalisée, qu'ils soient formels ou informels, rémunérés ou non, dispensés par des intervenant·es sociaux·ales ou domestiques, des personnels de soin établis ou non, des proches et des pairs-aidant·es, ou des acteur·ices de proximité de manière plus large.

Pour l'ensemble des intervenant·es à domicile, il s'agit de trouver un équilibre entre la prévention des risques et la protection, d'une part, et entre la préservation de la liberté, de la dignité et de l'émancipation des personnes, d'autre part. L'exercice, qui découle d'une posture professionnelle – mais se pose aussi dans des contextes de soutien non professionnel – en constante adaptation aux situations, consiste à éviter une approche trop sécuritaire qui risquerait de limiter l'autonomie des personnes accompagnées, tout en s'assurant que les risques pris ne menacent pas leur sécurité ou leur dignité.

Les articles qui s'inscrivent dans ce deuxième axe interrogent les tensions entre gestion des risques et des dangers encourus par les personnes dites « vulnérables » et la préservation de leur protection et de leur dignité.

C'est le cas de l'article de Damien Mioranza, Monika Piecek et Valérie Hugentobler, intitulé « Le rôle des émotions dans l'émergence d'un groupe professionnel: le cas des référentes sociales en logement avec accompagnement ». L'article examine comment les référentes sociales en Suisse romande, un métier émergent dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, mobilisent leurs émotions comme levier de professionnalisation. Dans un contexte de désinstitutionnalisation, ces travailleuses s'appuient sur une intelligence sensible et relationnelle pour répondre aux besoins imprévisibles des locataires, transformant ainsi l'affect en une véritable compétence de terrain. L'analyse souligne que les espaces de discussion collective permettent de réguler ces expériences émotionnelles afin de produire du sens et de forger une identité de groupe cohérente.

L'article de Christophe Humbert, « Le bénévolat d'accompagnement comme analyseur du *care* désinstitutionnalisé » analyse la façon dont le domicile des personnes âgées dépendantes devient un espace de négociation où se redessinent les frontières entre soins professionnels, engagements personnels et bénévoles. Il interroge la manière dont les sentiments développés dans les interactions entre aidant-es et aidé-es, constitutives du travail de *care*, interviennent dans les négociations ordinaires et en période de crise. Il questionne en particulier la corrélation entre ces négociations et l'arbitrage qui a lieu entre soutien de l'autonomie morale et devoir de protection, dans un contexte de désinstitutionnalisation. Il souligne l'importance du travail émotionnel et montre que les liens affectifs forts, parfois « quasi familiaux », influencent directement la teneur des décisions prises pour la personne vulnérable.

L'article de Sophie Pesesse, intitulé « Interventions à domicile lors de crise en santé mentale: les logiques d'action d'une équipe mobile de crise bruxelloise », explore les transformations des pratiques psychiatriques à travers l'étude d'une équipe mobile belge intervenant directement au domicile des patients en situation de crise. En s'appuyant sur l'analyse de dossiers médicaux, l'autrice cherche à comprendre comment le passage d'une institution fermée vers une prise en charge communautaire redéfinit les missions des professionnel·les de santé. La recherche met en lumière trois registres d'action qui permettent aux intervenant-es de naviguer entre les exigences médicales, sociales et éthiques de leur métier.

C'est également dans cet axe que s'inscrit l'entretien mené auprès de Christelle Samot, psychologue coordinatrice au sein d'une unité mobile expérimentale portée par l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM), dont la raison d'être est de proposer une alternative à l'hospitalisation *via* une intervention dans le milieu de vie, dans des situations de crise en santé mentale. Les principes du rétablissement en santé mentale qui sont au fondement des interventions de cette unité visent l'implication la plus importante possible de la personne en crise concernant les décisions relatives à la gestion de cette dernière, notamment en s'appuyant sur ses directives anticipées quand elle en a établi et sur sa personne de confiance, y compris lorsque l'expression de la crise peut troubler son jugement et avoir un impact sur sa sécurité. La posture éthique est constamment questionnée, entre respect de l'autonomie des personnes et devoir de protection.

Le troisième axe de ce dossier est consacré à l'organisation du travail et à la reconnaissance du « jugement professionnel » à travers le prisme des émotions. Chaque organisation de travail produit et impose des règles sur l'expression émotionnelle jugée adaptée. Ces « règles des sentiments » (Hochschild, 2003) prescrivent des comportements et contribuent à encadrer les interactions. Le domicile devenu espace professionnel institué réorganise le travail qui s'y déroule en impliquant de nouvelles dimensions sociales, culturelles et émotionnelles.

Dans le champ médico-social d'intervention à domicile, les émotions des professionnel·les peuvent opérer à la fois comme des ressources pour guider l'action, des normes ou des contraintes. Reconnaître les jugements professionnels au domicile, en y intégrant la prise en compte des émotions, offre un éclairage nouveau sur la complexité des pratiques. Ce prisme révèle comment les expériences vécues influencent les prises de décision professionnelles. Néanmoins, ces émotions à l'œuvre au domicile peuvent également produire des dissonances émotionnelles. Par exemple, l'obligation d'aligner émotions et normes organisationnelles peut générer des conflits éthiques ainsi que des difficultés à concilier exigences institutionnelles et engagements personnels.

Ainsi le travail émotionnel est-il largement mobilisé dans les interventions à domicile. Cependant, les compétences qu'il requiert restent souvent individualisées, naturalisées et intériorisées par les professionnel·les et les institutions qui les emploient. De ce fait, elles peinent à être valorisées alors qu'elles impliquent des ajustements constants dans la gestion de l'intimité (du bénéficiaire comme du ou de la professionnel·le), de la distance relationnelle et des rôles sociaux attendus (Fortino *et al.*, 2015 ; Lenzi, 2020). Ce travail émotionnel met en jeu une économie morale du don et du contre-don (Mauss, 2023), mais aussi des inégalités sociales, genrées et racialisées.

L'article de Lauriane Dos Santos, « L'expérience émotionnelle du soin aux parents âgés en Polynésie française : entre inégalités sociales et travail invisible de régulation », examine la réalité complexe du soin à domicile dans un territoire où la prise en charge des aînés repose traditionnellement sur la solidarité familiale informelle. L'étude met en lumière les tensions émotionnelles vécues par les aidant·es, tiraillé·es entre le sens du devoir moral et l'épuisement causé par un manque de structures institutionnelles de soutien. Au moyen d'une enquête qualitative, l'autrice analyse comment ces expériences affectives sont façonnées par les inégalités socio-économiques et les transformations des modes de vie contemporains. Il s'avère que l'absence de politiques publiques de répit transforme l'implication familiale en un facteur de vulnérabilité pour les proches aidant·es.

L'article d'Estelle Aragona, Guillaume Jaubert, Emmanuelle Jouet et Léa Renouf, « La place des émotions face à des violences sans scandale : la coordination du traitement des maltraitances à domicile comme travail institutionnel », analyse l'évolution des politiques publiques françaises visant à protéger les adultes vulnérables contre les maltraitances. Cet enjeu est devenu incontournable avec le développement du virage domiciliaire. L'article s'intéresse à la façon dont l'État encadre les pratiques de soin à domicile et s'attache à dépasser le huis clos familial au moyen de nouveaux outils législatifs et d'une coordination renforcée

entre les administrations. Au-delà des procédures administratives, l'étude souligne l'importance du travail émotionnel des professionnel·les, dont les sensibilités et les jugements moraux influencent directement la gestion des signalements. S'appuyant sur une recherche-action de trois ans, ce texte démontre que la lutte contre la maltraitance ne repose pas seulement sur des protocoles techniques, mais sur une articulation complexe entre contrôle institutionnel et expertise des professionnel·les.

Conclusion

À travers les trois axes de ce dossier, l'ambition centrale est bien de cerner les transformations institutionnelles et professionnelles induites par l'appel à la désinstitutionalisation et ce qu'intervenir à domicile dans un tel contexte suppose. Ce sont les supports à ce « travail de désinstitutionalisation » (Sticker, 2024) que nous envisageons ici de mettre au jour, à savoir le *care* et les émotions qui le sous-tendent.

Dans le contexte de vieillissement, inédit par son ampleur, que la France connaît aujourd'hui, les personnes vieilliront de plus en plus longtemps chez elles. Si elles expriment massivement ce souhait, c'est d'abord parce qu'elles ne souhaitent pas vivre en Ehpad, mais c'est aussi parce qu'elles se projettent dans un domicile qui n'est autre que la prolongation de celui dans lequel elles vivent aujourd'hui : un espace dont elles produisent et maîtrisent les règles, un refuge intime dans lequel elles ont leurs repères, un espace de liberté d'action et de sécurité physique et psychique. Considérer le domicile comme sanctuaire de l'autonomie décisionnelle de ses habitants, âgés, en situation de handicap ou malades, s'érige en mot d'ordre et comme le défi majeur que se fixent les acteurs du champ pour poursuivre la dynamique de désinstitutionalisation amorcée. Néanmoins, pour accompagner les professionnel·les de l'intervention sociale et les soutenir dans cette dynamique de mutation de leurs métiers, il est crucial de montrer ce qui se joue derrière la porte du domicile, à savoir un travail émotionnel et social indispensable à la qualité et à l'humanité du soin au sens large. Parce que les intervenant·es à domicile se confrontent davantage aux choix des personnes, à leur intimité, à la réalité de leur quotidien, aux conséquences de leurs troubles et à leur solitude, pour nombre d'entre elles, voire à leur isolement, ils et elles sont aux prises avec des émotions plus exacerbées et perceptibles. Ces dernières peuvent orienter l'action. L'empathie, par exemple, peut néanmoins se prolonger dans des formes de culpabilité. À l'inverse, les émotions peuvent être un frein, comme le dégoût ou, au contraire, la projection et l'identification qui peuvent empêcher de considérer les attentes de la personne concernée et générer de la surprotection. C'est pourquoi, les collectifs de travail qui permettent d'accueillir, canaliser, reconnaître et décrypter les émotions sur lesquelles prend appui le jugement professionnel sont une ressource indispensable pour soutenir et pérenniser l'engagement des

intervenant·es, lequel participe en outre de la construction de l'identité professionnelle. Pour la politique publique de soutien des vulnérabilités à domicile, l'enjeu prioritaire sera, malgré un contexte budgétaire difficile, de ne pas faire l'impasse sur la reconnaissance des émotions qu'implique l'intervention dans le milieu de vie des personnes et, en cohérence, de soutenir le travail émotionnel associé qui, lui, doit être institutionnalisé et systématisé. Dans la mesure où la dimension relationnelle et le travail émotionnel sont considérés par les intervenant·es à domicile comme le cœur du sens de leurs métiers, la reconnaissance et le soutien à cette dimension de leur activité est très probablement l'un des principaux leviers de l'attractivité des métiers de l'intervention sociale à domicile.

Références bibliographiques

Andrien, L., & Sarrazin, C. (2022). La désinstitutionalisation : fermer les établissements médico-sociaux ? In L. Andrien & C. Sarrazin, *Handicap, pour une révolution participative* (pp. 51-72). Érès.

Argoud, D. (dir.) (2004). *Prévenir l'isolement des personnes âgées : voisiner au grand âge*. Dunod.

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

Bressé, S., & Touahria-Gaillard, A. (2023). *Éthique et accompagnement des personnes âgées dans le secteur de l'emploi à domicile*. Observatoire de l'emploi à domicile.

Bureau, M.-C., & Rist, B. (2018). Le droit au risque pour les personnes handicapées : débats et pratiques. In B. Rist & S. Rouxel (dir.), *Tous autonomes ? Injonction des politiques sociales ou fabrication collective* (pp. 47-60). Presses universitaires du Septentrion.

Capuano, C. (2021). Le maintien à domicile : une histoire transversale (France, XIX^e-XXI^e siècles). Rue d'Ulm.

Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Presses universitaires de France.

Déchaux, J.-H. (2002). L'action rationnelle en débat : sur quelques contributions et réflexions récentes. *Revue française de sociologie*, 43(3), 557-581.

Eyraud, B., & Béal, A. (2021). Le processus d'ancrage territorial des droits humains : l'exemple de la convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées. *Annales de géographie*, 737(1), 86-111.

Fernandez, F., Lézé, S., & Marche, H. (2014). *Les émotions. Une approche de la vie sociale*. Archives contemporaines.

Fortino, S., Jeantet, A., & Tcholakova, A. (2015). Émotions au travail, travail des émotions. *La nouvelle revue du travail*, 6. [En ligne] journals.openedition.org/nrt/2068 (consulté le 30 juin 2026).

Giraud, O. (2016). L'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie des personnes âgées en Suisse : ombres et lumières du principe de subsidiarité. *Revue française des affaires sociales*, 4, 35-40.

Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 9(1), 19-49.

Hugentobler, V. (2024). De nouvelles perspectives de vie et d'accompagnement : conclusion. In Hugentobler, V. (dir.), *Vieillir et habiter autrement* (pp. 103-121). Haute École de travail social et de la santé de Lausanne.

Jetté, C., Bresson, M., Bucolo, E., Dumais, L., Dumais-Michaud, A.-A. & Lenzi, C. (2026). *Soutenir l'autonomie au domicile : entre innovation et régression. Regards croisés France-Québec dans le champ du vieillissement*. Presses de l'Université de Laval.

Jetté, C., & Lenzi, C. (dir.) (2020). *Les territoires de l'intervention à domicile : regards croisés France-Québec*. L'Harmattan.

Klein, A., Guillemain, H., & Thifault, M.-C. (dir.) (2018). *La fin de l'asile ?* Presses universitaires de Rennes.

- Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Guerts, H., & Haelewyck, M.-C. (2022).** Autodétermination: historique, définitions et modèles conceptuels. *La nouvelle revue. Éducation et sociétés inclusives*, 94(2), 25-42.
- Laroque, P. (2014).** *Rapport Laroque*. L'Harmattan.
- Lenzi, C. (2014).** Désinstitutionalisation. In S. Rullac & L. Ott (dir.), *Dictionnaire pratique du travail social* (pp. 103-108). Dunod.
- Lenzi, C. (2020).** Les métiers du domicile: les ressorts émotionnels, adaptatifs et prudents de la professionnalité. In C. Jetté & C. Lenzi (dir.), *Les territoires du domicile. Regards croisés France-Québec* (pp. 105-133). L'Harmattan.
- Lenzi, C., Éthier, S., Dumais-Michaud, A.-A., Grand, D., & Jetté, C. (2026).** *Care et émotions à domicile: des professionnalités éprouvées aux ressorts de l'action*. In C. Jetté, M. Bresson, E. Bucolo, L. Dumais, A.-A. Dumais-Michaud, & C. Lenzi (dir.), *Soutenir l'autonomie au domicile: entre innovation et régression. Regards croisés France-Québec dans le champ du vieillissement* (pp. 175-197). Presses de l'Université de Laval.
- Lenzi, C., & Milburn, P. (2019).** La dimension discrétionnaire de l'éducation sous contrainte: une analyse des compétences prudentielles et émotionnelles. In M. Kueni (dir.), *Le travail social sous l'œil de la prudence* (pp. 203-219). Haute École de travail social et de la santé de Lausanne.
- Mauss, M. (2023).** *Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Presses universitaires de France.
- Molinier, P. (2020).** *Le travail du care*. La Dispute.
- Petiau, A., & Lenzi, C. (dir.) (2022).** *Co-construction de l'intervention et expertises multiples: triptyque « personne concernée-proche aidant-e-professionnel-le » dans l'intervention dans le milieu de vie auprès de personnes handicapées psychiques*. Rapport remis à la Firah, 2021.
- Puech, I., & Touahria-Gaillard, A. (dir.) (2018).** *L'accompagnement du handicap à domicile: enjeux moraux, sociaux et politiques*. Presses universitaires de Grenoble.
- Stiker, H.-J. (2024).** The Institution and de-institutionalization. *Alter*, 18(2), 115-124.
- Strauss, A. (1992).** *La trame de la négociation. Sociologie quantitative et interactionniste*. L'Harmattan.
- Tronto, J. (2009).** *Un monde vulnérable: pour une politique du care*. La Découverte.
- Veyre, A., Lequet, M., Pestoni, A., & Kühr, J. (2023).** *Soutien au logement à domicile: comparaison de modèles internationaux. Aspects de la sécurité sociale*. Rapport de recherche n° 10/22. Office fédéral des assurances sociales (Suisse).
- Ville, I. (2020).** Protection sociale et émancipation: une alliance vertueuse mais instable. *Développement humain, handicap et changement social*, 26(1), 7-21.
- Virat, M., & Lenzi, C. (2018).** La place des émotions dans le travail socio-éducatif. *Sociétés et jeunesse en difficulté*, 20. [En ligne] journals.openedition.org/sejed/8925?lang=en (consulté le 30 juin 2026).
- Wittorski, R., & Charalampopoulou, C. (dir.) (2023).** Domicile et apprentissages. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 50.
- Zielinski, A. (2010).** Éthique du care: une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413(12), 631-641.