

Rendez-vous

Régionaux
du Travail Social

W E B I N A I R E Vendredi 16 janvier 2026

Conditions de travail et professions dans le médico-social : la fin du *care* ?

Annie DUSSUET

Centre Nantais de Sociologie

annie.dussuet@univ-nantes.fr

(F.X. DEVETTER, L.NIRELLO, E. PUISSANT)



Qu'est-ce que le « Care » ?

- Joan Tronto (1993) : *« une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde » »*
- Traduction : plutôt « **prendre soin** » que « soigner » (*care* ≠ *cure*)
- Pas seulement une éthique, mais avant tout un « travail » : des gestes indispensables, mais très ordinaires, donc facilement invisibilisés et question fondamentale de la reconnaissance
- Associé aux femmes et « naturalisé »

=> **Le secteur médico-social comme secteur emblématique du Care**

Focus sur les métiers du vieillissement et l'aide à domicile en particulier :

82% femmes, 33% >50 ans, statut des personnels différent à domicile ou en établissement pour des tâches similaires (ASH, AMP, AS, AD), mais mauvaise qualité d'emploi générale (salaires faibles médiane= SMIC ; Temps partiel non choisi ; Sinistralité : 65AT/millionH, 33)

Contraintes temporelles

Source : Enquête « Risques psychosociaux », Dares, 2016.
Champ : salarié·e·s du secteur tertiaire.

Lecture : 45,5 % des employé·e·s, des ouvriers et des ouvrières du tertiaire répondent ne jamais travailler le samedi ; C'est le cas de 24 % des agentes de service hospitalier, aides-soignantes, aides médico-psychologiques et aides à domicile.

Part des salarié·e·s interrogé.es affirmant travailler...	Employées et ouvrières du secteur tertiaire	Ensemble des agentes de service hospitalier, aides-soignantes, aides médico-psychologiques et des aides à domicile	dont salariées relevant des établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux	dont salariées relevant du secteur social et médico-social sans hébergement	Ensemble des aides à domicile (tout type d'employeurs)
Samedi = jamais	45,5	24	13,5	31,5	41,5
Samedi = habituel	37	60	72	50,5	41
Dimanche = jamais	69,5	32	16	45	54
Dimanche = habituel	15,5	55,5	71	43	33,5
Même horaire tous les jours	66,5	42	52,5	33,5	51,5
Deux périodes ou plus	10,5	22,5	20,5	24	26
Connaissance des horaires dans le mois à venir (= oui)	77,5	70	87	56	70
Tôt le matin = jamais	69,5	66,5	56	75	80
Tôt le matin = habituel	20	26,5	40	15	13.5
Soir = jamais	71,5	61	35	82	78
Soir = habituel	16	28,5	55	7,5	15
Nuit = jamais	85	83	70,5	93	90
Nuit = habituel	7	12	26	0,5	6
Heures supplémentaires = jamais	29,5	36,5	33,5	39	44

Des conditions de travail vectrices de crise

- **Fragmentation de l'activité**

- Ehpad : division des tâches institutionnalisée avec hiérarchie des qualifications
- Aide à domicile : raccourcissement des interventions

- **Intensification du travail**

Minutage des interventions (outils numériques)

=> manque de temps pour faire un « bon travail » => dilemme éthique

« Ce ne sont que des interventions d'une demi-heure. 45 minutes chez lui parce qu'il y a une grosse toilette, et pour les repas, c'est une demi-heure. Ce n'est que des 30 minutes, des 30 minutes, des 30 minutes » (aide à domicile, association)

« Quand vous faites douze toilettes le matin, ce n'est plus humain, c'est de la chaîne »
(agente de service, Ehpad)

=> Désaffection de ces métiers du Care



Le *Care* empêché par les politiques publiques

- **Mouvement d'industrialisation**

« Recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, 1994), avec des « dispositifs, instruments, indicateurs et standards (...) proposant de mesurer la productivité, la « performance », les « résultats », et la « qualité » des réalisations » (Bezes et Musselin, 2015)

=> Brouillage des frontières et de l'identité du médico-social

- Aide à domicile : médico-social ou domestique ?
- Ehpad : une médicalisation non assumée



Aide à domicile : médico-social ou domestique ?

- **Définition du métier ?**

- Par le lieu de l'activité et les tâches réalisées => monde domestique
=> faible reconnaissance des savoirs et savoir-faire
- Par l'effet attendu : préserver l'autonomie, quels qu'en soient les moyens = *care*

- **Des politiques qui nient le Care :**

- Ballotement du secteur entre médico-social et domestique depuis les années 1980 : des politiques publiques contradictoires (loi du 2 janvier 2002/plan Borloo 2005)
- Financement réduit aux tâches « visibles », donc exclusion des temps relationnels et des temps collectifs hors intervention



Ehpad : une médicalisation non assumée

- **Dès la création (1997), « entre » sanitaire et social**

Des USLD aux Ehpad

- Présence de personnel médical et paramédical, mais ponctuelle
 - Lieux de vie/lieux de soins
 - Régulation : ARS et Conseils départementaux
- **Une médicalisation sans moyens qui empêche le « prendre soin »**
 - Changement de profil des résidents (Ehpad proches des USLD) mais sans l'encadrement nécessaire
 - Financement séparé du « soin » et du « prendre soin », contradictoire avec l'approche globale du Care



En Conclusion

La rationalisation industrielle des activités auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, portée par les politiques publiques, que ce soit en établissement ou à domicile, **débouche sur une méconnaissance de leur logique spécifique** : ni domestique, ni sanitaire, mais centrée sur une approche de *Care*.

