

INTERVENTION AU DOMICILE : GESTION SOCIALE DE L'INTIME

Elian Djaoui

ERES | « Dialogue »

2011/2 n° 192 | pages 7 à 18

ISSN 0242-8962

ISBN 9782749214245

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-dialogue-2011-2-page-7.htm>

Pour citer cet article :

Elian Djaoui, « Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime », *Dialogue*
2011/2 (n° 192), p. 7-18.
DOI 10.3917/dia.192.0007

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime

ELIAN DJAOUI

RÉSUMÉ

Le domicile a un statut paradoxal, à la fois sanctuaire de l'intime et catégorie de l'action sociale. Les politiques du domicile, la professionnalisation du prendre soin, la *marchandisation* du travail social, la *marchandisation* de l'intimité, tous ces phénomènes ont pour effet de remettre en question les limites entre sphère intime, espace privé et domaines publics. Ce fait oblige les professionnels à s'interroger sur le sens de leur pratique, respect de l'intimité de la personne ou application d'orientations politiques. Leur propre intimité se trouve interpellée, ce qui pourrait être la source du malaise qu'ils expriment.

MOTS-CLÉS

Intimité, domicile, travail social, politiques publiques, subjectivité.

Travail social et domicile ont toujours été des réalités fortement associées, et cela depuis les origines de l'action sociale. Les ancêtres des professionnels actuels (comme les femmes participant aux œuvres de charité) opéraient déjà dans les foyers de la classe ouvrière naissante. De nos jours, ces interventions à domicile constituent un secteur en forte croissance¹ et concernent un

Article reçu par la rédaction le 24 janvier, accepté le 15 février 2011.

1. L'Agence nationale des services à la personne révèle dans son rapport d'activité de 2008 que deux millions de salariés travaillent dans ce secteur (www.servicealapersonne.gouv.fr). Voir aussi Fourdrignier (1999).

éventail de publics de plus en plus nombreux et diversifiés, enfants, malades, handicapés, jeunes mères isolées, familles en grande précarité, personnes âgées, malades en fin de vie, etc. dans une palette toujours plus large de dispositifs (hospitalisation, soutien à la parentalité, éducation budgétaire, aide éducative, soins palliatifs). Appliquant les orientations des pouvoirs publics, elles s'inscrivent dans un projet politique : la protection des plus vulnérables et plus globalement le « bonheur » et l'épanouissement personnel. Ce projet s'inscrit dans une tendance profonde qui promeut l'individu et l'intimité comme valeurs. Cela nécessite l'inscription des personnes dans les limites d'un territoire personnel reconnu et incontesté.

Notre propos² est d'explorer ce statut paradoxal du domicile, à la fois espace d'intimité et aussi catégorie de l'action publique, à la fois lieu de vie et espace professionnel. Ce double visage a pour effet de remettre constamment en question les frontières communément admises entre domaine public et sphère intime. Ce qui n'est pas sans conséquences sur la subjectivité des deux partenaires. Ces interventions dans ce lieu éminemment privé, plus qu'à un contrôle des familles, visent à une véritable gestion de l'intime, celle de la personne prise en charge, évidemment, mais aussi celle du praticien qui s'oblige à opérer un véritable *management émotionnel*.

Le domicile, sanctuaire de l'intime

Dans les représentations sociales, le domicile est un territoire privé³ ; il est, par excellence, lieu d'accueil de l'intime. La distinction entre les domaines – public, privé et intime – est nettement marquée par des fonctions et des pratiques sociales différenciées. Ainsi, au territoire domestique sont dévolues les activités de soin, d'éducation, de convivialité. C'est là que peuvent être mobilisées des solidarités familiales. Une affectivité riche⁴, irriguant les relations interpersonnelles, reconnaît les spécificités et les singularités de chacun. L'authenticité est revendiquée et acceptée.

À l'opposé, les espaces publics sont la scène où se déploient les mouvements affectant le corps social : les joutes de la politique, les aléas de la vie économique, les séductions de la vie mondaine. Les rapports sociaux déterminés par la compétition, la lutte pour le pouvoir ne sont pas dénués de violence. La stratégie est reine, l'authenticité est bannie ; le personnage prime sur la personne, le rôle social sur la spontanéité. Face à ces turbulences, on comprend

2. Le matériau est constitué d'entretiens avec des professionnels, de groupes d'analyses de pratiques et de documents sur les politiques sociales du domicile.

3. Une législation protège ce territoire (art. 9 du Code civil) et l'intimité (dans le cadre plus spécifique de l'action sociale, voir la loi du 2 janvier 2002).

4. La réalité ne correspond pas à ces images : les violences physiques et psychiques traversent le groupe familial. L'authenticité est, sans doute, une illusion. En famille aussi on est amené à porter des masques (de père, de mère, d'époux ou d'épouse, de fils ou de fille, de parent âgé).

cette volonté de repli sur l'intimité, analysée par Kaufmann, qui se manifeste par « la tendance à l'intensification, à l'enrichissement continu de la sacralisation domestique et de la socialité sur laquelle elle repose » (1988, p. 65).

Le corps, la subjectivité, le secret

Le domicile accueille et *met en scène* toutes les manifestations de l'intime : tout d'abord le corps et ses exigences (entretien physiologique, lutte contre le vieillissement, traitement des pathologies, préoccupations esthétiques, pratiques sexuelles) ; ensuite la vie *intérieure* et ses expressions émotionnelles (les affects, les rêves, les projets) ; enfin les *objets* d'amour (personnes, bibelots, livres, animaux domestiques) auxquels on est attaché.

Associé au secret, l'intime retient les éléments que le sujet souhaite tenir cachés des regards étrangers⁵. C'est la *face d'ombre* de la vie psychique, marquée par la faute et la honte. L'intimité est toujours suspecte et coupable, exigeant un contrôle incessant (Barus-Michel, 2000). Dans cette insécurité constante, quelque chose du social est fortement présent. L'intime n'est pas, en tout cas pas seulement, relation de soi à soi, il est rapport à un Autrui (ou des Autrui) significatif(s), *présent(s)-absent(s)*, fortement imprégné des évaluations et des sanctions que dispense au quotidien la vie sociale. Cette recherche du secret signifie aussi retour sur soi, désir de se retrouver, de se ressourcer pour aller ensuite vers de nouvelles conquêtes dans les espaces publics. Ce retour peut être, aussi, enfermement défensif chez soi face aux espaces publics perçus comme hostiles. Les *objets* matérialisent dans l'espace les liens d'amour de l'habitant, son histoire de vie, l'image qu'il a de lui-même qu'il veut faire reconnaître.

On le voit, l'intime ne peut se comprendre que dans une lecture *interactionniste* prenant en compte les autres espaces (privé et public). Autrement formulé, intimité, contrôle personnel et ordre social sont des réalités fortement intriquées, chacune ne prenant son sens que par rapport aux deux autres.

Prendre soin de soi, prendre soin d'autrui

Le domicile est l'espace privilégié du prendre soin de soi et d'autrui. Dans ce lieu de sécurité peuvent être prises en charge les personnes en situation de vulnérabilité. Ces activités ne concernent pas seulement les personnes affligées de déficience ou de pathologie lourde (malades, handicapés, vieillards dépendants, personnes en grande exclusion), elles s'appliquent aussi aux

5. Il est des circonstances où la personne est amenée à dévoiler son intimité devant des étrangers : prise en charge thérapeutique, investigations policières, suivi social, *reality show*, etc. Ce sont des situations sociales, un peu particulières, en fait extrêmement codifiées.

situations de la vie quotidienne où un autrui sollicite une aide parce qu'il est dans l'incapacité passagère de résoudre une difficulté. Toutes les formes institutionnalisées, *professionnalisées* de l'aide, travail social, thérapies psychiques ou somatiques, éducation/rééducation, ne recouvrent qu'une petite partie de ces tâches. Les théoriciennes du *care* ont donné une visibilité et une nouvelle dignité à ces dernières, en particulier aux tâches familiales et aux relations parentales au domicile, « là où commence la vie humaine avec le quotidien des corps, l'affection et ses ratés, l'apprentissage du souci d'autrui dans la famille ou son échec, l'éducation morale du futur membre de la société » (Paperman et Laugier, 2005, p. 12). Ces activités mobilisant, à des degrés variables suivant les milieux sociaux, les réseaux de solidarité familiale où les sociabilités proches sont massivement assurés par des femmes (épouse, mère, fille...). Exécutées dans l'obscurité de l'espace domestique, elles relèvent de la sphère traditionnellement considérée comme maternelle. Les savoirs liés à ces soins, autrefois, se transmettaient de femmes expérimentées à femmes plus jeunes, de génération en génération, comme une des modalités de la culture orale. Peu reconnues, elles ne doivent pas faire l'objet d'une publicité, car elles perdraient toute signification et toute valeur. Là est le paradoxe, le signe qu'il y a eu *réussite* de ces tâches, c'est justement qu'elles demeurent invisibles. La pénibilité, la charge psychique, les contraintes physiques ainsi que l'impact économique incontestable de ces activités ne sont pas reconnus.

Quand le domicile ne peut offrir les conditions satisfaisantes d'un *prendre soin* (cadre de vie inadapté, violences intrafamiliales, pathologies graves, précarité sociale), des compétences extérieures doivent être sollicitées. Soit des professionnels sont appelés dans le foyer pour soutenir les personnes vulnérables, soit la personne est placée dans un « domicile » de substitution. Ce sont deux mouvements opposés. Dans le premier cas, ce sont des acteurs de l'espace public qui investissent l'espace intime ; dans le second, l'habitant renonce à son espace intime pour entrer dans une collectivité. Ces démarches ne remettent pas en question le rôle primordial du domicile comme espace du prendre soin ; au contraire, elles en soulignent l'importance.

Territoire du sujet et valeurs du moi

Goffman fait entrer le domicile dans la catégorie des « territoires du moi fixes », c'est-à-dire « géographiquement jalonnés et dépendants d'un seul ayant droit, souvent soutenu par la loi et les tribunaux » (1973, p. 43). Territoire « égocentré », certes, mais étayé et garanti par un cadre social. Censé satisfaire les aspirations profondes des habitants, il est investi, dans l'imaginaire, de toutes les qualités associées à la valorisation du moi : initiative, autonomie, responsabilité, recherche de l'épanouissement et du bonheur personnel. Réussir, se réaliser deviennent de véritables injonctions normatives.

Pour répondre à ces exigences sociales, l'individu doit se délimiter un espace personnel, en retrait des espaces publics, présenté comme espace de liberté (Serfaty-Garzon, 2003) : on agit sur l'espace, on maîtrise ses relations avec autrui, on l'organise comme un univers qui a du sens pour soi et pour ses proches. Cette inscription territoriale est nécessaire pour développer et renouveler ses ressources. Le domicile, en autorisant, accueillant et promouvant ces valeurs individualistes, est métaphore spatialisée de l'identité de l'occupant.

Cette défense du domicile comme sanctuaire de l'intimité est corrélative d'un fort développement des prises en charge de populations vulnérables chez elles. Ceci a pour effet, paradoxal, que des agents représentant les pouvoirs publics s'autorisent à intervenir dans ce lieu sous des modalités de plus en plus sophistiquées.

Le domicile comme catégorie de l'action sociale

Si nous parlons du domicile comme catégorie de l'action sociale, c'est qu'il devient un outil majeur de gestion-administration des populations, en particulier les plus défavorisées. Quel que soit l'objectif des actions mises en place (investigation, contrôle, soins psychiques et physiques, accompagnement social, éducation-rééducation, amélioration du cadre de vie), on lui reconnaît des effets bénéfiques comme lieu de prise en charge.

Politiques du domicile

Ce projet politique de gestion des populations, en dépit de l'extrême hétérogénéité des pratiques, est soutenu par quatre logiques d'action identifiables. La première relève d'une logique *soignante* (au sens très large). Le principe fondateur de ces actions est qu'il faut, autant que possible, maintenir la personne dans son milieu habituel de vie (réseau affectif, familial et social). Dans l'exemple de l'aide éducative à domicile, l'éducateur soutient les parents en difficulté dans leurs tâches en maintenant les liens parents-enfant, évitant ainsi le placement de l'enfant dans un foyer. Concernant le grand âge, les dispositifs d'aide à domicile permettent à la personne de continuer à vivre chez elle et d'échapper ainsi à l'entrée en maison de retraite. On espère ainsi éviter les effets pathogènes d'un hébergement en collectivité. Le lien social n'est pas rompu, le placement étant perçu comme une procédure d'exclusion et/ou de ségrégation.

La seconde répond à une logique *gestionnaire* à visée de rentabilisation des actions et de réduction des coûts. De ces prises en charge à domicile on espère des économies sur plusieurs plans : l'hébergement, la gestion des personnels. Cette application des schémas de pensée et des pratiques inspirés de l'idéologie néolibérale dans le champ du soin et de l'action sociale amène

le sociologue Chauvière à parler de « marchandisation du social ». L'usager, « individualisé », réduit à un être de besoin, *enfermé* dans un territoire personnel non contesté et bien clos, est assimilé à un client. Le domicile devient un lieu de consommation de soins, de services⁶.

La troisième logique, s'étayant sur une conception de la vie en société, privilégie le *local*, l'environnement à dimension humaine. On peut parler de « culture du domicile » (Ennuyer, 2006). Ce projet est volonté d'agir au plus près du concret des populations inscrites dans un territoire et un réseau social. Cette démarche promeut une sorte de *clinique du social* sensible aux besoins, au rythme, au quotidien de ces personnes. Ce mouvement s'opposerait à deux sentiments, le premier est impuissance face au mouvement non maîtrisable de la mondialisation qui arase tout ; le second est toute-puissance de l'individualisme.

Enfin, la quatrième logique a pour objectif clairement annoncé le *contrôle*. Cette dimension de contrôle se retrouve, certes, à des degrés variables dans toutes les interventions sociales. Cependant, en agissant dans le huis clos domestique, les professionnels tiennent à bien signifier aux familles l'impact de ce pouvoir. On vise à prévenir tout désordre social ou, si le trouble est déjà là, son aggravation. Beaucoup d'opérations relevant des institutions de contrôle (le judiciaire, la psychiatrique, la protection de l'enfance) participent de cette logique. La moralisation et la rédemption des populations, dans un rapport de violence symbolique, sont déterminantes.

Une illustration : l'enfant dans son cadre de vie

Un examen rapide des politiques en faveur de l'enfant et de la famille (enfance maltraitée, lutte contre la délinquance, maintien du lien mère-enfant, soutien à la parentalité, etc.) montre bien cette catégorisation du domicile. On sait l'extrême sensibilité de l'État envers l'enfance, enjeu politique et social majeur (Pioli, 2003). En particulier dès qu'il y a suspicion d'enfant en danger⁷, la puissance publique s'autorise à intervenir au domicile. Cette suspicion vise deux conceptions courantes de la vie enfantine. La première assigne aux parents le rôle majeur dans l'éducation des enfants : la fonction éducative relève par excellence de leur compétence. La seconde définit le domicile parental comme l'espace privilégié d'épanouissement de l'enfant ; la rue et les espaces publics, en général, sont considérés comme dangereux. Les parents doivent rendre des comptes sur leur pratique éducative à diverses

6. Certaines de ces activités sont assurées par des organismes à but lucratif, participant au cercle de l'économie marchande.

7. La réforme récente (mars 2007) de la protection de l'enfance introduit deux nouvelles dispositions : l'intervention d'une conseillère en économie sociale et familiale et celle d'un délégué aux prestations familiales désigné par le juge. Est soulignée cette fonction du domicile comme catégorie de l'action publique.

instances, l'existence d'un arsenal juridico-administratif le prouve. Les multiples pratiques d'évaluation à domicile dans le cadre d'enquêtes (divorce, adoption, placement), de recrutement d'assistants maternels et familiaux (Djaoui, 2009) procèdent de ce même projet : l'enfant doit être protégé. La famille, à la fois soutenue et contrôlée par l'État, est l'objet d'investigations très fines (relations conjugales, modalités éducatives, climat affectif, rapports intergénérationnels, économie domestique, sociabilité). Ce soutien est censé être d'autant plus efficace qu'il s'effectue au plus près du quotidien de la famille, dans son cadre de vie habituel. Les multiples aides éducatives proposées ne visent pas seulement à fournir un service, elles ont pour ambition de transformer des fonctionnements familiaux considérés comme inadaptés. Ces interventions participent du mouvement *idéologico-thérapeutique* du maintien des enfants au domicile familial. Est rappelé ainsi le rôle primordial et irremplaçable de la famille dans l'éducation, par opposition à d'autres formes d'action, notamment le placement des jeunes dans des établissements spécialisés (Duriez, 2000).

Le domicile, territoire d'intervention sociale

En devenant lieu d'intervention, le domicile acquiert d'autres significations ; il n'est plus seulement lieu de vie, il est territoire professionnel. Un praticien mandaté par des organisations représentant les pouvoirs publics s'introduit dans cet espace privé. Ces pratiques du soin, traditionnellement assurées par des membres des réseaux de solidarité familiale, se professionnalisent. En subissant une *technicisation* et en s'insérant dans les circuits économiques⁸, elles quittent le registre socioaffectif du don et de la dette pour devenir des prestations de service. De soins « profanes⁹ », elles acquièrent une nouvelle dignité, celle de compétences monnayables propres à un corps professionnel. L'intime devient, ainsi, objet d'un savoir *scientifique*, normatif, transmissible et le professionnel un expert. Les difficultés des personnes, leur malaise à vivre sont interprétés en fonction d'une théorie des besoins non satisfaits (sécurité, éducation, santé, économie) et les activités du professionnel objectivables peuvent se décliner en référentiel. La chose intime, elle-même, devient objet de traitement par un ensemble d'outils ; une véritable *techno-méthodologie de la gestion de l'intime* se met en place, en particulier avec le succès de la contractualisation. Ce contrat présente les clauses suivantes : l'habitant est dans l'obligation de se dévoiler, en échange le professionnel s'engage à proposer des clés pour l'aider (interprétations, conseils, informations, assistance technique, démarches). Ce dévoilement passe par la parole (le professionnel doit entendre) ; l'usager doit justifier et se justifier

8. Hochschild (2009) parle de « marchandisation de l'intimité ».

9. Voir les études de G. Cresson (2001) sur l'importance méconnue de ces soins « profanes ».

de toutes ses pratiques (éducatives, conjugales, budgétaires). Il passe aussi par la monstration (le professionnel doit voir) ; le logement est l'objet d'une véritable séméiologie de l'espace. Les conclusions de ces investigations sont renvoyées à l'usager en fonction de références qui, souvent, lui échappent (Djaoui et Large, 2000).

Cette professionnalisation du soin entraîne comme en miroir une instrumentalisation de l'espace domestique. En devenant territoire d'action du praticien, celui-ci doit répondre aux logiques de la prise en charge et aux projets des professionnels et non plus aux seules aspirations de l'habitant. L'hospitalisation à domicile en est un bon exemple. Aménagé pour répondre à des exigences techniques de soin (hygiène, rythmes, accessibilité, domotique, signalétique), le logement acquiert le statut de « pseudopode » de l'hôpital. D'autres exemples moins extrêmes ont les mêmes effets plus discrets, comme certaines actions de techniciens de l'intervention sociale et familiale ou d'auxiliaires de vie. Le domicile ne peut plus remplir sa fonction majeure de sanctuaire de l'intime.

Catégorie de l'action sociale, le domicile est à la fois indicateur sociologique (source d'informations nécessaires à la gestion des populations), révélateur de pathologies et/ou de déviances sociales chez les habitants et enfin outil de « traitement ».

Gestion des intimités

À domicile, sur cette sorte de lieu-frontière où se dévoilent des intimités blessées et les défaillances du lien social, la subjectivité des deux acteurs se trouve sollicitée : celle de l'habitant obligé de se dévoiler devant un étranger, celle de l'intervenant confronté à l'intime d'un inconnu. Le professionnel s'oblige à un double travail : gérer l'intimité de la personne qu'il aide et aussi la sienne. Les télescopes entre intimité et espace public paraissent inévitables.

Intimités sous influence ?

Ces politiques publiques, en légiférant sur ce qui relève traditionnellement de la vie intime, exigent des investigations sur tous les aspects, même ceux cachés, de la vie des populations. Ceci est souvent vécu par la famille (et parfois par le professionnel) sur le mode intolérable de l'intrusion. Il est d'autres cas, il faut absolument le souligner, où cette intervention est demandée. La famille, dans l'incapacité de maîtriser ses tensions internes ou de se défendre contre des agressions extérieures (le monde économique, les institutions, les conditions concrètes de vie, etc.), fait appel à un professionnel qui fait fonction d'étayage ou de substitut d'un parent défaillant. Certaines popula-

tions sont même dans l'incapacité de faire la moindre démarche envers les services¹⁰. En se déplaçant au domicile de ces personnes, les professionnels manifestent une sollicitude, expriment une préoccupation du corps social en entier en faveur de ses membres les plus vulnérables. L'opération est alors vécue non comme une violence, mais comme une reconnaissance.

Que cette intervention soit imposée ou recherchée, elle est toujours volonté d'agir sur l'intime de l'autre. L'intervenant se veut agent de transformation de la personne dont il a la charge, en contribuant à la redéfinition de normes de la vie familiale, de la conjugalité, de l'éducation, mais aussi de l'hygiène, de l'aménagement du logis. Ce changement ne vise pas seulement les comportements au niveau manifeste ; il est intériorisation d'un ensemble de règles auquel il faut se soumettre. On passe d'un mode de relation au monde structuré par des contrôles externes à celui déterminé par des disciplines internes. Cette gestion se veut *modelage* du fonctionnement psychique. L'individu doit définir lui-même sa propre cohérence intime, mais en subissant les jugements d'autrui. Il ne s'agit pas de libération, mais d'un approfondissement des exigences sociales. Cette opération n'est pas nécessairement oppression brutale ou insidieuse, elle peut répondre à des aspirations profondes des familles. Quel que soit le cas de figure, l'usager n'est pas pure passivité, objet soumis aux injonctions du professionnel expert ; dans des situations qu'il peut vivre comme oppressives, il adoptera des attitudes stratégiques pour se défendre et mettre en échec le professionnel : *mise en scène* de l'espace domestique, passivité, agressivité, *incompréhensions*, simulations, etc.

Ceci est valable pour le champ social et médico-social en général. Simple-ment dans le territoire domestique, les interventions permettent un suivi au plus près de la vie quotidienne des personnes ; les processus d'influence et donc de contrôle sont beaucoup plus efficaces. Quand une personne fait l'effort physique de se déplacer pour rencontrer un professionnel dans son bureau, elle possède des marges de manœuvre plus importantes pour accueillir avec distance les prescriptions du professionnel.

Le management émotionnel

Ce management est un travail que le professionnel s'oblige à opérer sur sa propre subjectivité. La maîtrise des émotions est un des critères majeurs qui signe l'identité professionnelle. On peut penser que l'objectif majeur des filières de formation des travailleurs sociaux et médico-sociaux est l'acquisition de cette capacité. Le travailleur social ou le soignant doit manifester des sentiments qu'il ne ressent pas toujours (compassion, oblativité, tolérance, etc.) et doit taire des sentiments qu'il ressent parfois (agressivité, dépression, culpabilité, répulsion, etc.). Ce *travail sur soi* que le sociologue D. Alis

10. C'est le cas de familles en extrême précarité ou de grands malades mentaux.

(2009), étudiant ce contrôle des émotions qu'imposent de nombreuses organisations à leurs employés en contact avec la clientèle, nomme la « contrefaçon de l'intimité ». Les émotions qui relèvent normalement du domaine privé sont gérées dans une certaine mesure par l'organisation dans l'espace public¹¹. Dans l'intervention professionnelle, ce contrôle doit être constant, car le service se confond avec le comportement du salarié. Cette « contrefaçon de l'intimité » emplit une fonction très utile, elle permet au professionnel de gérer des personnes difficiles puisqu'il s'agit d'appliquer des prescriptions ou d'actualiser des rôles appris. Elle s'accompagne souvent d'une méfiance envers la subjectivité spontanée, considérée comme signe d'incompétence professionnelle, voire de fragilité psychique. Pour certaines catégories de travailleurs sociaux à la recherche d'une objectivité idéale, cette subjectivité doit être réprimée ou subir une transformation ; elle devient ainsi compétence professionnelle. Ils arrivent à se convaincre de la réalité de ces sentiments feints. On observe une véritable *incorporation* de schémas de pensée, de ressentis émotionnels qui répondent aux exigences du service. L'intervenant tire des bénéfiques de cette « contrefaçon de l'intimité » ; il se constitue ainsi une image flatteuse de « bon » praticien, mais aussi celle d'une personne dotée de hautes qualités morales.

Quand les situations sont trop déstabilisantes, cette « contrefaçon de l'intimité » montre ses limites. Or la prise en charge à domicile est souvent marquée du sceau de l'insécurité : elle est rencontrée avec des inconnus, dans un territoire qu'on ne maîtrise pas, où l'on est, parfois, à peine toléré. De plus, quand ces interventions se déroulent sur une temporalité longue, la distance entre les deux partenaires se réduit. L'écoute de la parole souffrante, l'observation des conditions concrètes de vie souvent difficiles, la vision des corps malades ou handicapés, toutes ces expressions du malaise à vivre, parce que non médiatisées, *agressent* d'une manière frontale le professionnel. Dans son service, il se sent protégé par la machinerie organisationnelle, rituels de l'accueil, organisation du service, locaux, présence de l'équipe, codes, distance physique. Les craintes de se laisser « envahir », de se laisser « contaminer » (Zaccai-Reyners, 2008), qui existent dans toute prise en charge, se trouvent accrues au domicile. Comment trouver le point d'équilibre entre nécessité de l'intervention (qui est proximité nécessaire) et crainte de la contamination ? Il ne doit pas fuir, il ne doit pas s'effondrer. Comment éviter de *perdre la face* ? Les stratégies adoptées sont variées ; elles vont du refus de se déplacer au domicile jusqu'aux mille et une manières de maintenir une distance dans une prise en charge très technicienne.

Ces expériences, affectivement difficiles, ne sont pas systématiques. Un des facteurs explicatifs pourrait être cette difficulté essentielle, dans ces pratiques, à délimiter les frontières entre sphère intime et espace public.

11. L'auteur donne l'exemple éclairant de l'hôtesse qui se trouve « dépossédée » de son sourire.

Conclusion

La prise en charge de populations en difficulté est imprégnée d'un imaginaire de maîtrise : gestion des espaces, des populations, des corps, des intimités ; ce fait est encore plus marquant dans toutes les formes d'interventions au domicile. Ces pratiques révèlent, comme à travers une loupe grossissante, la tension majeure qui traverse l'action sociale et médico-sociale : celle qui confronte projet collectif et aspirations individuelles. La dimension collective est donnée par les injonctions du pouvoir politique ; la dimension individuelle est dessinée par le champ d'action : l'intime. Cette tension se présente sous la forme d'un jeu d'oppositions : contrôle/aide ; emprise/autonomisation ; enfermement/contenance ; formatage/formation ; discrimination positive/stigmatisation. Cette tension est aussi ligne de résistance de l'intime face aux intrusions de l'espace public. Les politiques publiques favorisant les prises en charge à domicile, la professionnalisation du prendre soin, la *marchandisation* du travail social, la *marchandisation* de l'intimité, toutes ces tendances participent du même mouvement : la remise en question des limites entre sphère intime, espace privé et domaines publics.

Elian Djaoui

Psychosociologue

Responsable de formation à l'Institut de formation sociale des Yvelines

Membre du CIRFIP¹²

7, allée de Malézieu, 92290 Châtenay-Malabry

djaoui.elian@wanadoo.fr

BIBLIOGRAPHIE

- ALIS, D. 2009. « Travail émotionnel, dissonance émotionnelle et contrefaçon de l'intimité », vingt-cinq ans après la publication de *Managed heart* d'Archie Hochschild », dans I. Berrebi-Hoffmann (sous la direction de), *Politiques de l'intime*, Paris, La Découverte, 223-237.
- BARUS-MICHEL, J. 2000. « Les usages de l'intime », *Revue internationale de psychosociologie*, VI, 15, Paris, Eska, 109-119.
- CHAUVIÈRE, M. 2007. *Trop de gestion tue le social, essai sur une discrète chalandisation*, Paris, La Découverte.
- CRESSON, G. 2001. « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », dans P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson, C. Philippe (sous la direction de), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Rennes, éditions de l'ENSP, 303-328.
- DJAOUI, E. 2008. *Intervenir au domicile*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- DJAOUI, E. 2009. « L'évaluation dans la demande d'agrément et dans le suivi des assistantes maternelles, Charge psychique et imaginaire maternaliste », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 8, Toulouse, érès, 135-149.

12. Centre international de recherches, de formations et d'interventions psychosociologiques.

- DJAOUI, E. ; LARGE, P.-F. 2000. « Entre espace intime et espace public : le travail social », *Revue internationale de psychosociologie*, VI, 15, Paris, Eska, 179-196.
- DJAOUI, E. ; LARGE, P.-F. 2009. « L'imaginaire dans les rapports de genres dans le champ du travail social », *Sociologies pratiques*, 14, Paris, PUF, 103-117.
- DURIEZ, B. 2000. « Missions implicites de la famille dans l'aide familiale à domicile », dans M. Chauvière et coll. (sous la direction de), *Les implicites de la politique familiale*, Paris, Dunod, 89-98.
- ENNUYER, B. 2006. *Repenser le maintien à domicile*, Paris, Dunod.
- FOURDRIGNIER, M. 1999. « les métiers du domicile », dans J.-N. Chopart (sous la direction de), *Les mutations du travail social*, Paris, Dunod.
- GOFFMAN, E. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne : Les relations en public*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- HOCHSCHILD, A.-R. 2009. « Marchés, significations et émotions : "Louez une maman" et autres services à la personne », dans I. Berrebi-Hoffmann (sous la direction de), *Politiques de l'intime*, Paris, La Découverte, 203-222.
- KAUFMANN, J.-C. 1988. *La chaleur du foyer, analyse du repli domestique*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- PAPERMAN, P. ; LAUGIER S. 2005. « Présentation », dans *Le souci des autres, Éthique et politique du care*, Paris, éditions de l'EHESS, 9-22.
- PIOLI, D. 2003. « Le petit enfant dans les politiques publiques : enjeu de régulation sociale », thèse pour l'obtention du grade de docteur en sociologie de l'Université Paris V, ANRT.
- SERFATY-GARZON, P. 2003. *Chez soi, les territoires de l'intimité*, Paris, Armand Colin.
- ZACCAI-REYNERS, N. 2008. « Quelques tonalités de la relation d'aide institutionnelle », dans J.-P. Payet, F. Giuliani, D. Laforgue (sous la direction de), *La voix des acteurs faibles, de l'indignité à la reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 231-243.

INTERVENTION IN THE HOME : SOCIAL MANAGEMENT OF PRIVACY

ABSTRACT

The home has a paradoxical status, both as sanctuary for what is private and category of social action. Home care oriented policies, professionalisation in caring, the *commodification* of social work, *commodification* of privacy – all these phenomena have the effect of bringing into question the limits between the private sphere, private space and public domains. This fact forces professionals to scrutinise the meaning of their practice in light of the countervailing demands of the person's privacy and application of policy guidelines. Their own privacy is brought into question, and this may be the source of the unease they express.

KEYWORDS

Privacy, home, social work, public policies, subjectivity.