

Le point de vue des auxiliaires

Les auxiliaires ont souvent une connaissance des personnes sur le long terme, qui est le fruit, dans certains cas, de plusieurs années passées auprès d'elles. Cela leur permet de situer l'évolution de leur état de bien-être dans une histoire d'intervention auprès d'elles. Pour décrire la condition physique et cognitive des personnes, les auxiliaires s'appuient surtout sur les interactions avec les personnes, les discussions avec leur infirmière, leurs observations durant l'intervention, n'ayant souvent pas connaissance du dossier socio-médical des personnes pour caractériser leur état. Ils soulignent souvent la spécificité de leur connaissance de la personne dans ses activités quotidiennes, sans grilles d'évaluation, en comparaison au regard parfois porté par d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Leur témoignage met également de l'avant une diversité de relations d'aide, allant de rapports plus techniques, centrés sur la fonctionnalité des personnes, à des rapports où est mise de l'avant la connaissance mutuelle.

Garder le « moral »

La condition physique et mentale des personnes dont parlent les auxiliaires est variée, allant de problèmes de confusion liés au vieillissement, à des cas de paralysie, de maladies chroniques et de cancers. Chez les personnes ayant subi un arrêt cardio-vasculaire (ACV)¹, les auxiliaires en parlent le plus souvent comme d'un événement majeur, « bouleversant », qui amène une « nouvelle vie » et oblige plusieurs adaptations ou compromis. « Être réduit à une chaise roulante » du jour au lendemain, être limité dans ses sorties alors qu'on était habitué de « profiter de la vie », avoir la « volonté de faire » mais plus les capacités physiques, devoir accepter l'aide d'autrui alors qu'on était habitué de « faire soi-même », est décrit comme étant difficilement vécu par ces personnes, le changement au niveau des capacités physiques ayant été radical. C'est le cas de cet homme, qui est malgré tout décrit comme ayant un bon « moral » :

« Puis c'est un monsieur qui a profité beaucoup de la vie, puis que là, bien, il est réduit à une chaise roulante et tout ça. Mais je trouve qu'il a un bon moral quand même. [...] C'est un monsieur qui s'entraînait physiquement aussi. Fait que là, être pris comme ça, ce n'est pas trop évident quand tu es habitué de faire de l'exercice. Des fois, il voudrait bien, il a tellement une volonté de faire, mais en même temps ses capacités au niveau de son corps physique ne lui permettent plus là. »

Ces personnes sont le plus souvent décrites comme étant dans l'incapacité de s'habiller seules, de se laver, de se lever de leur lit et nécessitent parfois une assistance sept jours sur sept de la part des auxiliaires, à moins qu'elles ne bénéficient de l'aide d'un proche. Lorsque l'intervieweur questionne l'auxiliaire à propos des aspirations d'une dame ayant vécu un ACV, celui-ci répond : « Elle aimerait marcher : souvent elle me dit qu'elle rêve qu'elle marche ; alors

¹ Sept personnes sont caractérisées comme ayant vécu un ACV, il y a plus ou moins longtemps.

ses rêves, c'est toujours qu'elle marche et qu'elle marche. Si on pouvait l'aider, ce serait ça, c'est lui donner de la marche. Mais c'est comme impossible. »

Chez celles qui ont un diagnostic de maladie chronique, comme un cancer, du diabète ou une maladie pulmonaire², les auxiliaires parlent plutôt d'une dégradation plus ou moins rapide des capacités physiques qui nécessite le recours aux services à domicile, bien que les services ne soient pas dans ces cas, strictement liés à ce problème de santé. Ici, c'est souvent l'angoisse face à l'avenir qui est mise de l'avant, les pertes physiques et cognitives se faisant sentir graduellement. Les problèmes de diabète s'accompagnent dans les exemples rapportés d'une réduction graduelle de la vision et de l'audition, ce qui amène par exemple, la nécessité chez une dame d'un appareil auditif, face auquel elle se sent « inquiète ». Ces personnes ont souvent besoin d'aide pour prendre leur glycémie ou des médicaments.

Confusion et insécurité

Les auxiliaires relèvent également certaines observations lors des visites à domicile qui permettent d'évaluer les pertes cognitives (la « lucidité » ou les pertes de mémoire) et, dans certains cas, les problèmes de santé mentale. Ils sont alors à l'affût de divers indices, à partir desquels ils tirent leurs propres conclusions. Dans trois cas, à travers les échanges, des problèmes de paranoïa sont soupçonnés: « il y a des fois des hallucinations, peut-être que ça fait partie de sa maladie, ça je ne sais pas, je ne connais pas à fond sa maladie, moi je vais pour son bain. » Chez un autre homme, un auxiliaire observe qu'il oublie la signification de certains mots, a des pertes de mémoire, est replié sur lui-même et souffre de démence :

« Il y a des problèmes cognitifs parce que c'est un homme qui a besoin, il n'a pas de mémoire, pas juste pas de mémoire, mais il n'est pas capable de... problème de, possiblement de démence, dans le sens qu'il n'est pas capable de vaquer à ses occupations quotidiennes. [...] il va se faire quelque chose à manger, il fait des fois cuire quelque chose, mais il ne se lavera pas par lui-même, ou ces choses-là, il faut lui rappeler. Il faut lui dire quoi faire pour ces activités de vie quotidienne. »

Chez plusieurs, les auxiliaires notent des pertes de mémoire et de la confusion durant les interactions et les échanges, pertes desquelles les personnes sont souvent conscientes et qui peuvent les rendre anxieuses :

« mais quand elle était hospitalisée, il y a eu des petites atteintes au cerveau ; on dirait qu'elle a des périodes où c'est plus prononcé. La concentration, c'est moins là. On dirait qu'elle commence une déprime... parce que là, je la sentais fébrile : « avez-vous préparé vos papiers pour vos impôts ? » Elle dit « non » puis des fois, elle part dans ses choses, puis dans ce temps, elle croyait qu'elle avait perdu son

² Deux personnes souffrent d'un cancer, trois font du diabète et une personne a une maladie pulmonaire chronique (MPOC).

appareil. On a pris une demi heure à le trouver, alors maintenant, je sais où le chercher... ce n'est jamais bien loin, mais faut le savoir. »

Cette confusion, qui est parfois associée à la prise de médicaments, aurait un impact sur les conditions matérielles de vie des personnes, comme en témoigne cet auxiliaire : « Tu peux aller d'une rue à l'autre, puis ça [les conditions de vie] peut être très différent. Mais je trouve que ça va surtout selon la capacité de la personne. Les personnes que, moi j'en ai vues beaucoup, elles sont tellement sous médication, qu'elles ne voient plus dans quoi elles sont et comment s'en sortir. » Ainsi, à partir de leur observation des personnes dans leur vie quotidienne et des interactions régulières avec ces dernières, les auxiliaires développent leurs propres critères pour évaluer leur autonomie fonctionnelle, qui ne sont pas issus d'une grille d'évaluation avec des questions « préétablies », mais d'un « contact très de terrain », comme l'évoque un auxiliaire.

Faire appel aux services

Les auxiliaires et autres intervenants viennent combler un manque fonctionnel tout en donnant certains soins requis par l'état de santé de la personne. Cependant, la relation d'aide qui naît de cette demande d'aide à domicile prend différentes formes et peut finir par jouer un rôle central en répondant à d'autres dimensions du bien-être.

Réciprocité et plaisir

Un premier type de regard sur la relation qui se développe avec les personnes à domicile est caractérisé par le fait que l'auxiliaire insiste sur le fait que la relation ouvre sur une connaissance plus poussée de la personne dans son histoire et ses aspirations. Sans être un élément central dans leur vie, les services à domicile sont décrits comme un « plus » pour ces personnes, une aide ponctuelle pour faire la lessive ou prendre un bain. Elles peuvent déjà compter sur un réseau de solidarité actif.

Par exemple, un auxiliaire caractérise une des personnes qu'il visite une fois par semaine pour sa médication comme une femme « très allumée » intellectuellement, ouverte d'esprit, croyante, pas très expressive, mais qui apprécie la discussion. Elle s'est toujours débrouillée par elle-même, n'a jamais été mariée et n'a pas d'enfants, mais a besoin d'aide depuis qu'elle est tombée. Cette femme (qui a 94 ans) vit depuis toujours dans le duplex familial dont elle est propriétaire. Lorsque l'auxiliaire la visite pour sa médication, il prend vingt minutes avec elle alors que l'intervention devrait en prendre cinq. Ensemble, ils parlent de toutes sortes de choses :

« Je parle des émissions que j'ai vues, sur l'histoire, sur les animaux, sur la politique, on parle de toutes sortes d'affaires. Elle est très très allumée ; c'est une femme qui a une ouverture d'esprit. Ça me fait plus du bien je pense d'y aller qu'à elle [*rires*]. Je vois qu'elle aime beaucoup, elle apprécie ma présence beaucoup. »

Ce qui semble la stimuler, c'est d'avoir des gens de l'extérieur qui gravitent autour d'elle qui ne sont pas juste des « soignants » : « le peu de temps qu'on est là, c'est de parler avec elle, de la vie, de parler d'égal à égal. Je pense que c'est ça qui la stimule, elle trouve ça le *fun*, elle trouve ça intéressant, du monde qui gravite autour d'elle, qu'ils fassent attention à leur attitude. » Dans son intervention, l'auxiliaire laisse cette femme, dont il prépare les médicaments, libre de décider du moment où elle souhaite les prendre. Ce que les auxiliaires mettent de l'avant dans ce type de cas, est la relation qu'ils ont avec les personnes et le plaisir qu'ils ont à se voir : « C'est un monsieur qui, malgré son état de santé, est toujours très souriant, il chante. C'est toujours plaisant d'aller le voir. [...] Parce que c'est quelqu'un que quand il va me voir là, il va me prendre et m'embrasser les joues et me dire "comment ça va toi ?". »

Ainsi, si les auxiliaires légitiment leur présence auprès de ces personnes d'abord à partir de leurs pertes d'autonomie fonctionnelle, le sens que prend leur action auprès d'elles au fil du temps peut s'élargir pour placer la connaissance de l'autre au centre. Au fil des années l'auxiliaire apprend à connaître la personne, ses habitudes, ses désirs, ce qui permet d'adapter et de négocier les services selon ses besoins. Par rapport aux soins qu'ils dispensent, plusieurs auxiliaires parlent de « soutien » à domicile en lien avec l'idée d'accompagner la personne dans ce qu'elle peut encore faire plutôt que de « faire à sa place ». La connaissance et le lien de confiance que les auxiliaires développent avec les personnes les amènent à être à l'affût de certains besoins spécifiques et, parfois, à poser des gestes qui sortent des cadres normatifs de l'intervention, à prendre de leur « temps personnel » pour répondre à des demandes qui leur sont adressées, comme le raconte cette auxiliaire qui a aidé une femme à ramasser les feuilles sur sa galerie :

« J'y allais pour des services mais j'avais quand même un peu de temps. Parce que des fois ce n'est pas long faire chauffer son repas. Fait que pour elle, sa galerie en avant était pleine de feuilles mortes et tout ça, puis là, on voyait que ça la fatiguait de ne pas pouvoir le faire. J'ai dit " je vais vous aider. Ça va prendre 5-10 minutes, je vais vous ramasser ça. Vous me donnerez un gros sac." Elle était tellement contente de ce petit geste. Pour moi, c'était un petit geste que j'ai fait, mais pour elle, c'était énorme. [...] Elle m'a aidée même, elle s'est levée. Elle tenait le sac et puis moi je rentrais les feuilles. »

L'auxiliaire termine en rappelant le plaisir qu'elle a retiré à poser cette action pour la personne et, réciproquement, le sentiment de bien-être que cela a procuré à cette dernière : « Ça a été un plaisir de faire cela avec elle. Et puis elle me remercie. C'est comme si j'avais apporté la lune pour elle. »

Adapter et prévenir

Dans certains cas rapportés par les auxiliaires, ce sont davantage les incapacités des personnes qui viennent colorer l'intervention. Les personnes sont décrites principalement comme étant « en perte d'autonomie » et existent dans le regard des auxiliaires en fonction des services qui leur sont donnés. Elles sont jugées incapables de « faire seule » ou sans équipement

spécialisé et la possibilité pour elles de demeurer à domicile repose sur les services dispensés par les auxiliaires.

Les personnes avec lesquelles les auxiliaires entretiennent ce type de rapport centré sur la fonctionnalité connaissent en général des problèmes cognitifs, de santé et de mobilité importants, entraînant une rupture avec le monde extérieur. La présence accrue d'équipements spécialisés et le nombre d'intervenants qui circulent dans le domicile, parfois plusieurs fois par jour, suggèrent que le domicile subit une forme d'institutionnalisation. Les notions de sécurité, de risque et d'adaptation du domicile sont centrales dans la description de leur situation et les conduites ou comportements à risque deviennent un référent d'actions et de pratiques. Le regard des auxiliaires dans ce cas peut sembler éloigné de ce que vit la personne, l'auxiliaire faisant peu état de connaissances quant à l'histoire et aux aspirations de cette dernière. Par contre, on peut présenter l'intervention comme étant adaptée, légitime et répondant aux besoins de la personne.

Dans un cas, par exemple, trois auxiliaires, dont la répondante, se rendent régulièrement chez la même personne. Une semaine, la répondante fait « la lessive et des commissions, l'autre semaine [...] l'entretien et des commissions. Donc en réalité, ça répond à tous ses besoins. Elle a lessive, entretien, commissions, ses repas, vider sa chaise d'aisance. » La personne qui fait l'objet de ces interventions connaît de graves problèmes respiratoires et de surpoids. Elle ne serait pas sortie de son domicile depuis trois ans et demi au moment de l'entretien avec l'auxiliaire. L'ameublement est sommaire par nécessité afin qu'elle puisse se déplacer sans que le fil qui la relie à la bouteille d'oxygène en tout temps ne s'accroche quelque part. Les seules personnes qu'elle voit sont les intervenants. L'auxiliaire parle d'un problème d'« agoraphobie » qui serait, entre autres, à l'origine de sa peur de sortir de son logement ainsi que de problèmes de « paranoïa ». Malgré tout, l'auxiliaire constate qu'elle n'est pas déprimée ou souffrante. Les services qu'elle reçoit et la présence de l'auxiliaire lui permettent d'être « bien pareil » :

« elle veut vivre, elle aime vivre. Puis elle se dit : "Même si je suis sur l'oxygène, vous êtes là. J'ai tous mes services et je suis bien pareil. Tant que Dieu va me laisser du temps, je vais rester." Elle n'est pas déprimée du tout cette madame là, malgré son état de santé. »

Pour rester à domicile et obtenir des services qui le permettent, les personnes doivent parfois se plier à des exigences sécuritaires. L'adaptation du domicile avec les équipements nécessaires (fauteuil auto-soulevant, banc de transfert, barres de déplacement, banc de douche, toilettes surélevées) et la libération de l'espace pour favoriser une circulation sécuritaire ressortent comme des éléments essentiels de l'amélioration du bien-être. Par ailleurs, l'espace doit être adapté de manière à être propice à une intervention sécuritaire. Rester « chez soi » et obtenir des services qui le permettent peut alors signifier de renoncer à des effets personnels au profit d'équipements médicaux. Le domicile se transforme en zone d'intervention, où les préoccupations liées à la fonctionnalité passent parfois devant l'autonomie et l'attachement aux biens matériels et aux souvenirs.

Le témoin inquiet

Une autre manière de vivre la relation du point de vue des auxiliaires, selon leurs témoignages, se caractérise par le fait que les personnes visitées commencent à perdre le contrôle de leur corps et de leurs conditions de vie de manière importante. Ceci les amènerait à vivre du stress et de l'angoisse même si les auxiliaires les considèrent encore en mesure de vivre dans leur domicile et que les personnes souhaitent aussi pouvoir y rester. Elles sont dans une situation où elles auraient besoin de plus de services non seulement pour elles-mêmes mais pour soulager leur entourage qui peut s'épuiser, sans toutefois savoir à qui s'adresser. Face à ce type de situation, les intervenants peuvent ressentir de l'impuissance ou choisir de multiplier les actions informelles pour répondre à leurs besoins. Par exemple, une dame de 89 ans se plaint de ne pas avoir assez de services, notamment d'accompagnement pour ses sorties :

« Elle, ce qu'elle aurait aimé, c'est avoir un accompagnement d'un organisme pour faire des petites sorties. Ne serait-ce que d'aller marcher sur la rue ou aller au dépanneur, aller prendre un café [...]. Elle dit "Vous ne pouvez pas envoyer quelqu'un du CLSC qui m'emmène magasiner ?" Et là je lui dis "on ne peut pas faire ça nous autres". Puis j'en avais parlé avec son infirmière aussi, puis c'est ça, les ressources sont tellement rares. [...] En dehors de ça, elle ne sort pas. Puis, elle le demande. Malheureusement, on n'en trouve pas. »

Elle ne fréquente pas le centre de jour car, d'après l'auxiliaire, ce type de personne ne s'identifie pas aux personnes avec des problèmes de santé mentale ou avec une perte d'autonomie fonctionnelle sévère. Cela peut avoir un effet « déprimant ». Son lien avec l'extérieur repose sur sa sœur qui « complète les services que nous, on ne fait pas » en l'emmenant une fois par mois faire son épicerie, à ses rendez-vous et manger au restaurant. Ces sorties lui permettent de diminuer l'ennui qu'elle vit au quotidien : « elle est sortie la semaine passée avec sa sœur. Tu voyais que ça lui faisait du bien. C'est ça que je remarque moi [...]. Elle en parle et elle est contente. » Seulement, sa sœur a déjà fait part à l'auxiliaire du fait qu'elle ne pouvait pas tout assumer au risque de s'épuiser elle-même.

La possibilité pour ces personnes de demeurer chez elles repose sur des liens qui se fragilisent eux-mêmes en raison, par exemple, du vieillissement des proches-aidants. Les auxiliaires sont ainsi souvent interpellés par les aînés pour prendre de « leur temps » afin de répondre à des besoins qui n'entrent pas dans les cadres normatifs de l'intervention. Ces demandes implicites ou explicites de la part des personnes ont trait, entre autres, à leur isolement, à leur difficulté à trouver des ressources qui pourraient les aider à peu de frais ou encore, à leurs conditions de logement. Ainsi, les services à domicile sont pour les auxiliaires une porte d'entrée sur des besoins sociaux et relationnels qu'ont les aînés :

« Son bain là, le service, ça me prend peut-être quarante minutes, dès que je la rentre dans le douche, puis que je finis de l'habiller, de la crémér, tout ça, mais je ne peux pas arriver et « ok, on va dans le bain ». Pour elle, c'est très important

qu'on s'assoit deux minutes [...] ce n'est pas deux minutes, c'est au moins quinze minutes! Elle va me raconter ce qu'elle fait dans la journée, mais moi je me dis que c'est quelqu'un qui est seule. Ça lui fait du bien, parler à quelqu'un d'autre. Moi, je donne le temps, puis elle me parle, je fais des questions, j'essaie de faire la conversation avec la madame. »

Par-delà ce besoin d'écoute et de considération, les demandes faites aux auxiliaires pour des commissions ou un accompagnement augmenteraient dans le contexte actuel où certains services qui étaient offerts auparavant ne le sont plus : « C'est beaucoup l'accompagnement. Je trouve que les gens sont seuls: des fois par choix, des fois ils n'ont pas le choix... d'avoir quelqu'un pour sortir [...] Ils vont tout le temps demander des commissions, toujours, toujours, toujours. »

D'après les auxiliaires, ces personnes souhaiteraient pouvoir maintenir des activités, des relations significatives et une prise sur leur environnement, face à une existence qui se resserre de plus en plus sur les services et la perte d'autonomie fonctionnelle. Si les auxiliaires peuvent parfois répondre directement à ces demandes, leur action se limite souvent à assumer le rôle de témoins inquiets quant à la situation des personnes auprès de l'intervenant-pivot, qui est responsable de l'évaluation de leurs besoins.

Les limites du maintien

Les auxiliaires témoignent aussi de leur relation avec certains aînés sous le signe d'un plus grand malaise et questionnent même la légitimité du soutien à domicile dans ces cas ainsi que la responsabilité des différents acteurs impliqués. De leur avis, le domicile n'est pas la « meilleure option » pour des personnes qui connaissent des problèmes de santé physique et/ou des pertes cognitives majeurs et qui seraient « mieux » en centre d'hébergement. Ces personnes vivent parfois dans des logements malpropres ou inadaptés et peuvent être victimes d'abus ou de négligence de la part de leur réseau, duquel elles dépendent pour vivre chez elles. Elles sont peu portées à avoir des projets d'avenir ou de la volonté pour améliorer leur situation, ou se trouvent dans une situation où, selon un des auxiliaires, elles ne « savent plus ce qu'elles veulent » et « sont trop mal pour demander ». Dans certains cas, le lien avec les intervenants semble fragile et même à la limite de se rompre. L'action auprès de ces personnes a tendance à être perçue comme principalement d'ordre fonctionnel et les intervenants rencontrés partagent leur isolement professionnel et leur impuissance pour agir sur ce type de situation.

Par exemple, un auxiliaire décrit un homme de 70 ans qui ne veut pas recevoir de soins d'hygiène mais qui apprécie la présence et le contact humain de l'auxiliaire avant ou après le service. L'auxiliaire est confronté à la difficulté de maintenir le lien avec lui puisque l'homme « s'arrange pour ne pas avoir de services ». Il doit négocier les soins d'hygiène qu'il donne et accepter, par exemple, que l'homme ne souhaite pas se laver la tête toutes les semaines. Il se sent pris entre le respect de la décision de la personne et la volonté d'insister, au risque de se « faire mettre dehors »:

« Je suis toujours à la limite de... Je ne veux pas qu'il ferme la porte non plus. Donc, si je suis dehors, qu'il ferme la porte et ne veut plus qu'on rentre, on n'a rien gagné. Donc c'est toujours d'être à la limite de lui faire avoir des services, qu'il accepte des services, mais pas que je me fasse mettre dehors non plus. Le monsieur est chez eux aussi. »

Cet homme habite dans un logement d'une pièce et demie et ne « fait absolument rien » à part dormir, manger, boire du coke et fumer. Il vit dans un logement jugé « très insalubre », où les bouteilles et les boîtes de repas vides s'amoncellent. L'auxiliaire soupçonne qu'il se fait exploiter financièrement par son concierge, qu'il rémunère pour faire son épicerie et sa lessive. Il n'a personne d'autre qui peut l'aider, d'autant qu'il est en rupture avec les membres de sa famille.

L'auxiliaire constate que la situation s'est dégradée à la suite d'une expérience d'hospitalisation vécue négativement. Il traverse une période où « il ne sait plus ce qu'il veut » et semble avoir perdu la volonté d'améliorer sa situation. Avant, « il pouvait chialer sur le fait [...] que ça faisait quelques fois qu'il lui demandait [à son concierge] de lui acheter des draps. » Aujourd'hui, il est « indifférent à peu près à tout ». Vu son mode de vie, l'auxiliaire remarque qu'il « ne pourra pas faire très très long à domicile comme ça. » À ses yeux, c'est l'hébergement qui serait la meilleure option pour la personne, notamment en ce que cela lui permettrait d'avoir de meilleurs soins et un meilleur réseau social. Les aînés confient parfois aux auxiliaires des situations délicates qu'ils vivent :

« J'ai une dame qui commence à faire de l'Alzheimer, puis elle dit "depuis que mon mari est mort, il y a tout le monde qui me court après pour avoir de l'argent, mais moi, il faut que je vive, il faut que je m'achète de la nourriture : je suis pas obligée de leur en donner... mais ils me font des menaces : "je viendrai plus, tu vas te ramasser toute seule." ».

La recherche d'indices pour savoir si la personne est en danger peut s'apparenter à une véritable enquête, comme dans le cas d'une dame qui vit dans un centre pour personnes âgées semi-autonomes. L'auxiliaire la trouve très affaiblie et constate avec l'infirmière que sa famille ne lui donne pas suffisamment à manger et ne s'occupe pas assez d'elle. Il s'inquiète pour sa santé et pour sa sécurité (il s'assure toujours de débrancher la prise du four après son départ). L'auxiliaire nettoie les surfaces du comptoir et de la table pour y repérer des miettes et s'assurer qu'elle a mangé entre chaque visite. Ironiquement, dans ce cas-ci, c'est un petit « désordre » (des miettes sur la table) qui est pris comme un indice favorable puisqu'il signifie que la personne ne se laisse pas mourir de faim :

« Il faut s'assurer qu'elle boit ; on laisse des bouteilles ouvertes. Il faut vraiment... on va laisser traîner de la nourriture pour être sûr qu'elle mange. On va vraiment tout essayer après notre passage. Si on voit des grains, ça veut dire qu'au moins, elle a grignoté... ça nous donne des outils pour voir. »

Autour de cette personne, l'auxiliaire observe un certain renvoi de responsabilités. Parfois, elle appelle l'infirmier pour l'informer qu'il n'y a pas de nourriture dans le frigo et qu'il fait froid dans l'appartement. L'infirmier répond que c'est sa famille qui doit s'occuper de cela. Mais la présence de la famille est fantomatique : « Fait que là, on la maintient, nous, en y allant mais... on y va quatre fois par jour: le matin, le midi, le souper puis le coucher. Qu'elle ait ses médicaments quatre fois par jour... Qu'elle mange bien, puis s'assurer qu'elle soit couchée. »

Les auxiliaires souhaiteraient offrir de meilleurs services à ces personnes, mais sont confrontés à une réalité qui perturbe l'intervention et devant laquelle ils se sentent impuissants et ne savent pas comment réagir. Ils ont l'impression d'être pris dans un étau, devant maintenir les services aux personnes, mais sachant que cette situation contribue à aggraver leur santé et nuire à leur bien-être.

Source : Fournier, A., Godrie, B. et C. McAll (2014). *Vivre et survivre à domicile : le « bien-être » en cinq dimensions*, Montréal, CREMIS, pp. 45-52.