

## Sondage sur la proche aidance et les ressources communautaires dans la MRC de Memphrémagog

Projet réalisé par la Table de concertation des aînés de la MRC de Memphrémagog

Habitez-vous dans la région de la **MRC de Memphrémagog** ?

- Oui
- Non

**Est-ce que vous aidez une personne âgée de 65 ans et plus ?** *Soit : votre conjoint, votre parent, votre ami, votre voisin...*

- Oui
- Non

**Communiquez-vous souvent avec cette personne par téléphone ?**

- Oui
- Non

**Visitez-vous régulièrement cette personne pour la désennuyer ?**

- Oui
- Non

**Rendez-vous des services à cette personne ?** *(Exemples : activités de la vie quotidienne, soins personnels, aide à la mobilité, soutien personnel, soins de santé.)*

- Oui
- Non

**Donnez-vous des soins personnels à cette personne ?** *(Exemples : la coiffer, faire sa barbe, l'habiller, l'aider à se déplacer, soigner son hygiène, etc.)*

- Oui
- Non

Si vous avez répondu **OUI** à l'une seule de ces questions, vous êtes un proche aidant.

**Le saviez-vous ?**

- Oui
- Non

**Le but** de ce sondage est de **mieux vous connaître** et avoir **votre avis sur les ressources communautaires** offertes dans la MRC de Memphrémagog.

Vos réponses à ce sondage resteront **confidentielles**. Elles pourraient mener à l'arrivée de nouveaux services et à l'amélioration de ceux déjà existant.

**Si vous avez des questions ou des commentaires concernant ce sondage, veuillez contacter :**

Christine Cormier, organisatrice communautaire

Téléphone : 819 843-2292, poste 2395

Courriel : christine.cormier.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

### ***TIRAGE***

**Un prix de participation sera tiré parmi les répondants !**

**Courrez la chance de gagner :**

***Une carte prépayée Visa de \$150***

Si vous désirez **participer au tirage** ou si vous avez de l'intérêt par **la proche aidance dans votre région**, veuillez remplir les sections suivantes.

Nom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

- Je souhaite participer au tirage
- Je souhaite obtenir un résumé écrit des résultats du sondage.
- Je souhaite être invité à une présentation des résultats du sondage.
- Je consens à ce que mes coordonnées soient conservées pour d'autre(s) projets sur la proche aidance.
- Je souhaite être appelé à faire des commentaires ou des recommandations dans un groupe de discussion.

	<b>Vous</b>	<b>Votre proche aidé</b>
<b>Âge</b>		
<b>Sexe ou genre</b>	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre
<b>Ville/village de résidence</b>	<input type="checkbox"/> Austin <input type="checkbox"/> Ayer's Cliff <input type="checkbox"/> Bolton-Est <input type="checkbox"/> Canton d'Orford <input type="checkbox"/> Canton de Hatley <input type="checkbox"/> Canton de Potton <input type="checkbox"/> Canton de Stanstead <input type="checkbox"/> Eastman <input type="checkbox"/> Hatley <input type="checkbox"/> Magog <input type="checkbox"/> North Hatley <input type="checkbox"/> Ogden <input type="checkbox"/> Saint-Benoît-du-Lac <input type="checkbox"/> Saint-Étienne-de-Bolton <input type="checkbox"/> Sainte-Catherine-de-Hatley <input type="checkbox"/> Stanstead <input type="checkbox"/> Stukely-Sud	<input type="checkbox"/> Austin <input type="checkbox"/> Ayer's Cliff <input type="checkbox"/> Bolton-Est <input type="checkbox"/> Canton d'Orford <input type="checkbox"/> Canton de Hatley <input type="checkbox"/> Canton de Potton <input type="checkbox"/> Canton de Stanstead <input type="checkbox"/> Eastman <input type="checkbox"/> Hatley <input type="checkbox"/> Magog <input type="checkbox"/> North Hatley <input type="checkbox"/> Ogden <input type="checkbox"/> Saint-Benoît-du-Lac <input type="checkbox"/> Saint-Étienne-de-Bolton <input type="checkbox"/> Sainte-Catherine-de-Hatley <input type="checkbox"/> Stanstead <input type="checkbox"/> Stukely-Sud <input type="checkbox"/> Non-applicable
<b>Depuis combien de temps êtes-vous dans la région de Memphrémagog ?</b>	<input type="checkbox"/> 0 à 4 ans <input type="checkbox"/> 5 à 10 ans <input type="checkbox"/> 11 à 25 ans <input type="checkbox"/> Depuis toujours	<input type="checkbox"/> 0 à 4 ans <input type="checkbox"/> 5 à 10 ans <input type="checkbox"/> 11 à 25 ans <input type="checkbox"/> Depuis toujours <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<b>État matrimonial</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) ou en union de fait <input type="checkbox"/> Séparé(e) ou Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) ou en union de fait <input type="checkbox"/> Séparé(e) ou Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<b>Dernier niveau de scolarité complété</b>	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Cégep/Collège <input type="checkbox"/> Université	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Cégep/Collège <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<b>Langue parlée le plus souvent à la maison</b>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :

	<b>Vous</b>	<b>Votre proche aidé</b>
<b>Quel est votre principal moyen de transport ?</b>	<input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Bicyclette <input type="checkbox"/> Triporteur <input type="checkbox"/> Transport en commun <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Transport adapté <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Bicyclette <input type="checkbox"/> Triporteur <input type="checkbox"/> Transport en commun <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Transport adapté <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :
<b>Quel est votre revenu annuel moyen ?</b>	<input type="checkbox"/> Moins de 18 000 \$ <input type="checkbox"/> 18 000 \$ à 25 999 \$ <input type="checkbox"/> 26 000 \$ à 33 999 \$ <input type="checkbox"/> 34 000 \$ à 41 999 \$ <input type="checkbox"/> 42 000 \$ à 49 999 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ à 57 999 \$ <input type="checkbox"/> 58 000 \$ à 65 999 \$ <input type="checkbox"/> 66 000 \$ à 73 999 \$ <input type="checkbox"/> plus de 74 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ et plus	<input type="checkbox"/> Moins de 18 000 \$ <input type="checkbox"/> 18 000 \$ à 25 999 \$ <input type="checkbox"/> 26 000 \$ à 33 999 \$ <input type="checkbox"/> 34 000 \$ à 41 999 \$ <input type="checkbox"/> 42 000 \$ à 49 999 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ à 57 999 \$ <input type="checkbox"/> 58 000 \$ à 65 999 \$ <input type="checkbox"/> 66 000 \$ à 73 999 \$ <input type="checkbox"/> plus de 74 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ et plus <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

1. **Est-ce que vous avez *une/des incapacités* qui affectent votre vie quotidienne ?**

- Non
- Oui

**SI OUI**

À quel point **votre** vie quotidienne est-elle affectée ?

1	2	3	4	5	
Peu affectée				Très affectée	

2. **Est-ce que *la personne aidée* possède *une/des incapacités* qui affectent sa vie quotidienne ?**

- Non
- Oui

**SI OUI**

À quel point **sa** vie quotidienne est-elle affectée ?

1	2	3	4	5	
Peu affectée				Très affectée	

3. **Est-ce que la personne que vous aidez vit ...**

- Avec vous ?
- Seule dans son domicile ?
- Avec un membre de sa famille ?
- En résidence privée pour aînés ?
- En centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ?
- Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

4. **La personne que vous aidez est votre...**

- Conjoint
- Conjointe
- Père
- Mère
- Beau-père
- Belle-mère
- Ami(e)
- Voisin(e)
- Grand-père
- Grand-mère
- Frère
- Sœur
- Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

5. **Êtes-vous le principal aidant de ce proche ?**

- Non
- Oui

6. **Y a-t-il d'autres personnes qui lui apportent de l'aide ?**

- Non
- Oui

**SI OUI**

**Combien de personnes lui apportent de l'aide ? \_\_\_\_\_**

**À quelle fréquence ces/cette personne lui apporte-t-elle de l'aide ?**

- À l'occasion
- Régulièrement
- Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

7. **Est-ce que votre proche reçoit des subventions ou des crédits gouvernementaux pour sa condition ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

8. **Occupez-vous un emploi rémunéré ?**

- Non
- Oui

**SINON**

**Êtes-vous retraité ?**

- Oui
- Non

**Avez-vous cessé de travailler pour aider votre proche ?**

- Oui
- Non

**SI OUI**

**Combien d'heures par semaine travaillez-vous ? \_\_\_\_\_**

**Avez-vous réduit vos heures de travail pour être plus disponible pour votre proche ?**

- Oui
- Non

**Avez-vous accès à des horaires flexibles ?**

- Oui
- Non

**Avez-vous parlé à votre employeur de vos responsabilités d'aidant ?**

- Oui
- Non

**Avez-vous déjà envisagé quitter votre emploi pour être plus disponible pour votre proche ?**

- Oui
- Non

9. **AVANT D'AVOIR COMMENCÉ À AIDER VOTRE PROCHE, aviez-vous d'autre(s) engagements ou activités ? (cochez toutes les options applicables)**

- Je n'avais pas d'autre(s) engagements ou activités
- Bénévolat
- Engagement auprès de vos enfants/vos petits-enfants
- Cours (*exemples : cours de danse, cours de cuisine, cours de langues*)
- Club social
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

10. **DEPUIS QUE VOUS AIDEZ VOTRE PROCHE, avez-vous...**

- Maintenu vos autre(s) engagements ou activités
- Réduit vos autre(s) engagements ou activités
- Arrêté vos autre(s) engagements ou activités
- Commentaires, si souhaités :

---

---

11. **Depuis quand fournissez-vous de l'aide à votre proche ?**

Nombre de mois : \_\_\_\_\_ **OU** Nombre d'années : \_\_\_\_\_

12. **Est-ce que vous aidez plus qu'une personne de façon régulière ?**

- Non
- Oui

**SI OUI**

**Combien d'autre(s) personnes aidez-vous ? \_\_\_\_\_**

**La/les personne/s que vous aidez sont votre...**

- Conjoint
- Conjointe
- Père
- Mère
- Beau-père
- Belle-mère
- Ami(e)
- Voisin(e)
- Grand-père
- Grand-mère
- Autre, veuillez préciser :

---

13. **Est-ce que votre rôle de proche aidant vous apporte du stress ?**  
 0 1 2 3 4 5  
*Pas du tout Un peu Beaucoup Terriblement*

14. **Est-ce que votre rôle de proche aidant vous épuise ?**  
 0 1 2 3 4 5  
*Pas du tout Un peu Beaucoup Terriblement*

15. **Est-ce que votre rôle de proche aidant suscite des sentiments énumérés dans cette liste ?  
 (cochez où applicable)**

	À l'occasion	Régulièrement	Tous les jours	À tout moment	Jamais
<b>Frustration</b>					
<b>Impuissance</b>					
<b>Découragement</b>					
<b>Solitude</b>					
<b>Sentiment d'être prisonnier de la situation</b>					
<b>Détresse</b>					
<b>Insatisfaction du soutien de l'entourage</b>					
<b>Manque de reconnaissance</b>					

16. **Quelles sont les principales tâches que vous effectuez pour l'aider ? (Veuillez cocher TOUTES les tâches qu'y s'appliquent)**

**Tâches ménagères**

- Faire ses commissions
- Faire ses repas
- Faire son ménage
- Faire son lavage
- Payer ses comptes
- Renouveler ses abonnements
- Faire les réparations et travaux d'entretien extérieur
- Faire des appels ou envoyer des courriels
- Tondre sa pelouse et/ou déneiger sa cour
- Autre(s), veuillez préciser :

---



---



**Soins personnels**

- Aide à son hygiène personnelle
- Aide pour s’habiller
- La coiffer, couper sa barbe ou couper ses ongles
- L’alimenter
- L’aider à s’alimenter
- L’aider à aller à la salle de bain
- Changer sa culotte d’incontinence
- Aide pour marcher
- Aide pour utiliser un escalier
- Aide ou surveillance lors des transferts (*exemples : se lever, se coucher, s’asseoir dans une automobile*)
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

**Soutien social et émotionnel**

- L’écouter, la rassurer, la conseiller, l’encourager ou la supporter moralement
- La divertir chez elle
- L’amener au restaurant ou faire une sortie
- Prendre de ses nouvelles par téléphone
- Lui rendre visite
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

**Soins de santé et médicaux**

- Donner des médicaments
- Changer des pansements
- Prendre sa tension artérielle
- Prendre sa glycémie
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

**Coordonner les soins de santé**

- Gestion des rendez-vous médicaux (*Exemples : prendre des rendez-vous, coordonner les rendez-vous*)
- L'accompagner à ses rendez-vous médicaux
- Faire le suivi entre les divers spécialistes
- S'occuper de la pharmacie
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

**Agir comme proche aidant substitut**

- Donner un répit à un autre proche aidant
- Réaliser des tâches pour donner un répit a un autre proche aidant
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

**Transports**

- L'accompagner à ses rendez-vous
- Offrir un transport pour faire des commissions
- Offrir un transport pour rendre visite chez quelqu'un
- Offrir un transport pour se rendre à une activité
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

17. **Au cours d'une semaine, combien d'heures aidez-vous votre proche ?**

---

18. **Est-ce que la personne que vous aidez a rencontré un travailleur social pour une évaluation ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**SINON OU JE NE SAIS PAS**

**Est-elle en attente pour en obtenir une ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Voudrait-elle qu'une évaluation soit faite ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**SI OUI**

**Est-ce que ce travailleur social vous a posé des questions sur vos besoins comme proche aidant ?**

- Oui
- Non

**Est-ce que des démarches ont été entreprises par le travailleur social suite à votre rencontre.**

- Non
- Oui, commentaires si souhaités :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. **Est-ce que la personne que vous aidez reçoit de l'aide d'un organisme communautaire ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**SI OUI**

**Quel(s) types d'aide ou de services la personne aidée reçoit-elle ? (cochez toutes les options applicables)**

- Travaux ménagers
- Soins personnels
- Soutien social et émotionnel
- Soins de santé et médicaux
- Transports
- Je ne sais pas
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

---

**SINON OU JE NE SAIS PAS**

**Selon vous, qu'est-ce qui explique que votre proche ne reçoit pas ce type d'aide ou de service ? (cochez toutes les options applicables)**

- Il n'existe pas de service près de chez elle/lui.
- Elle/il ne sait pas que c'est possible.
- Elle/il n'a pas confiance en une aide extérieure.
- Elle/il croit que ça coûte trop cher.
- Elle/il est sur une liste d'attente.
- Je ne sais pas
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

---

20. **Est-ce que la personne que vous aidez reçoit de l'aide du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog (CSSS de Memphrémagog)**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**SI OUI**

**Quel(s) types d'aide ou de services la personne aidée reçoit-elle ? Veuillez aussi noter votre niveau de satisfaction envers ce service. (Cochez toutes les options applicables)**

**Ergothérapeute**

**Votre niveau de satisfaction envers ce service**

1	2	3	4
<i>Très satisfait</i>			<i>Pas du tout satisfait</i>

**Travailleur social**

**Votre niveau de satisfaction envers ce service**

1	2	3	4
<i>Très satisfait</i>			<i>Pas du tout satisfait</i>

**Nutritionniste**

**Votre niveau de satisfaction envers ce service**

1	2	3	4
<i>Très satisfait</i>			<i>Pas du tout satisfait</i>

**Physiothérapeute**

**Votre niveau de satisfaction envers ce service**

1	2	3	4
<i>Très satisfait</i>			<i>Pas du tout satisfait</i>

**Inhalothérapeute**

**Votre niveau de satisfaction envers ce service**

1	2	3	4
<i>Très satisfait</i>			<i>Pas du tout satisfait</i>

21. **Est-ce que la personne que vous aidez reçoit de l'aide d'un organisme privé ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**SIOUI**

**Quel(s) types d'aide ou de services la personne aidée reçoit-elle ?**  
*(cochez toutes les options applicables)*

- Travaux ménagers
- Soins personnels
- Soutien social et émotionnel
- Soins de santé et médicaux
- Transports
- Je ne sais pas
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

---

**SINON**

**Selon vous, qu'est-ce qui explique que votre proche ne reçoit pas ce type d'aide ou de service ?** *(cochez toutes les options applicables)*

- Il n'existe pas de service près de chez elle/lui.
- Elle/il ne sait pas que c'est possible.
- Elle/il n'a pas confiance en une aide extérieure.
- Elle/il croit que ça coûte trop cher.
- Elle/il est sur une liste d'attente.
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

---

22. **Comme proche aidant, est-ce que vous utilisez des services d'un organisme communautaire ?**

- Oui
- Non

**SIOUI**

**Quel(s) types d'aide ou de services recevez-vous ? (cochez toutes les options applicables)**

- Aide pour des tâches
- Répit
- Groupe de soutien
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

---

**SINON**

**Qu'est-ce qui explique que vous ne recevez pas ce type d'aide ou de service ? (cochez toutes les options applicables)**

- Il n'existe pas de service près de chez moi.
- Je ne savais pas que c'était possible.
- Je n'ai pas confiance en une aide extérieure.
- Je ne souhaitais pas l'intrusion d'une autre personne au domicile de mon proche.
- Je suis sur une liste d'attente.
- Je ne sais pas
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

---

23. **Avez-vous cherché des informations concernant votre rôle de proche aidant ?**

- Non
- Oui

**SI OUI**

**À quel(s) sujets avez-vous cherché des informations ? (veuillez cocher toutes les options applicables)**

- Le rôle de proche aidant
- La santé de mon proche
- Information sur la maladie chez la personne âgée
- Les ressources et services pour les proches aidants
- Les droits des proches aidants
- Les programmes gouvernementaux
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

---

**Auprès de qui avez-vous cherché des informations ? (veuillez cocher toutes les options applicables)**

- Professionnels de la santé
- Famille
- Associations et d'organismes communautaires
- Sur Internet
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

---



24. **Avez-vous cherché du soutien dans votre rôle de proche aidant ?**

- Oui
- Non

**SI OUI**

**Quel(s) type(s) de soutien avez-vous cherché ?**

- Travaux ménagers
- Soins personnels
- Soins de santé et médicaux
- Répit
- Transport
- Autre(s), veuillez préciser :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Auprès de qui avez-vous cherché du soutien dans votre rôle de proche aidant ? (veuillez cocher toutes les options applicables)**

- Famille
- Professionnels de la santé
- Associations et d'organismes communautaires
- Autre(s), veuillez préciser :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SI NON**

**Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas cherché de soutien dans votre rôle de proche aidant ? (veuillez cocher toutes les options applicables)**

- Je n'ai pas besoin de soutien dans mon rôle de proche aidant.
- Il n'y a pas de membres de la famille ou d'amis pour offrir de l'aide.
- Il y a un manque de disponibilité des professionnels.
- Il n'existe pas de service près de chez moi
- Je ne savais pas que c'était possible.
- Je n'ai pas confiance en une aide extérieure.
- Autre(s), veuillez préciser :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. **Est-ce qu'il y a une ou plusieurs personnes qui vous apportent du soutien dans votre rôle de proche aidant ?**

- Non
- Oui, veuillez préciser le nombre de personnes : \_\_\_\_\_

26. **Est-ce qu'il y a un ou plusieurs associations ou organisme(s) communautaire(s) qui vous apportent du soutien dans votre rôle de proche aidant ?**

- Non
- Oui, veuillez préciser :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. **Selon vous, quels sont les besoins des proches aidants dans notre région ? (veuillez cocher toutes les options applicables)**

- Informations sur les soins physiques et de santé
- Informations sur le rôle de proche aidant
- Informations sur les enjeux légaux et financiers
- Informations sur les sources d'aide possibles
- Répit
- Transport
- Avoir des activités de loisirs
- Soutien social (*exemples : avoir des relations sociales, avoir des activités sociales*)
- Soutien psychologique (*exemples : gérer le stress, faire les deuils*)
- Conciliation entre le rôle d'aidant et les autre(s) engagements
- Je ne sais pas
- Autre(s), veuillez préciser :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

28. **Selon vous, qu'est-ce qui pourrait décourager un proche aidant à demander de l'aide ou du soutien ? (veuillez cocher toutes les options applicables)**

- Ne pas connaître les services offerts
- Peur de demander de l'aide
- Peur de bouleverser la personne aidée
- Absence d'aide des professionnels de la santé
- Peur de dévoiler des informations personnelles
- Peur du jugement
- Sentiment d'échec ou de culpabilité
- Peur d'être un fardeau
- Peur d'être exclue des décisions
- Manque de temps
- Manque d'énergie
- Je ne sais pas
- Autre (s), veuillez préciser :

---

---

---

29. **À votre connaissance, existe-t-il un ou plusieurs endroits où vous pouvez discuter de votre rôle de proche aidant et poser vos questions ?**

- Non
- Oui, veuillez préciser l'endroit :

---

30. **Est-ce que vos besoins comme proche aidant ont déjà été évalués ?**

- Non
- Oui, veuillez préciser par qui : \_\_\_\_\_

31. **Quels sont VOS besoins PRÉSENTEMENT comme proches aidants ? (veuillez cocher toutes les options applicables)**

- Obtenir de l'information et de l'aide pour s'orienter, comprendre le réseau de services et pour cogner aux bonnes portes
- Ventiler
- Être accompagné
- Connaître les mesures d'aide financière et fiscale existantes
- Suivre des formations
- Partager avec des pairs aidants
- Recevoir des services à domicile appropriés pour la personne aidée
- Avoir accès à de la médiation familiale
- Obtenir du répit
- Obtenir une reconnaissance

- Informations sur les soins physiques et de santé
- Informations sur le rôle de proche aidant
- Transport
- Avoir des activités de loisirs
- Être plus impliqué dans les décisions
- Soutien psychologique (*exemples : gérer le stress, faire les deuils*)
- Conciliation entre le rôle d'aidant et les autre(s) engagements
- Je n'ai pas de besoin présentement comme proche aidant.
- Je ne sais pas.
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

---

32. **DANS LE FUTUR, qu'est-ce que VOUS imaginez avoir comme besoins comme proches aidants ? (veuillez cocher toutes les options applicables)**

- Obtenir de l'information et de l'aide pour s'orienter, comprendre le réseau de services et pour cogner aux bonnes portes
- Ventiler et être accompagné
- Connaître les mesures d'aide financière et fiscale existantes
- Suivre des formations
- Partager avec des pairs aidants
- Recevoir des services à domicile appropriés pour la personne aidée
- Avoir accès à de la médiation familiale
- Obtenir du répit
- Obtenir une reconnaissance
- Informations sur les soins physiques et de santé
- Informations sur le rôle de proche aidant
- Transport
- Avoir des activités de loisirs
- Être plus impliqué dans les décisions
- Soutien psychologique (*exemples : gérer le stress, faire les deuils*)
- Conciliation entre le rôle d'aidant et les autre(s) engagements
- Je ne crois pas avoir des besoins comme proches aidants dans le futur.
- Je ne sais pas.
- Autre(s), veuillez préciser :

---

---

---

33. Selon vous, quelles sont les ressources manquantes pour les proches aidants de la MRC de Memphrémagog ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

34. Avez-vous des suggestions pour aider à mieux soutenir les proches aidants dans notre région ? (*Exemples : ressources communautaires, comités, activités, etc.*)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Merci de votre précieuse participation !**

Le **sondage papier** peut être ramené dans un des trois points de service du CSSS, à l'intention de Christine Cormier, organisatrice communautaire.

**Magog :**

50, rue St-Patrice Est  
Magog (Québec) J1X 3X3

**Potton :**

314, rue Principale  
Potton (Québec) J0E 1X0

**Stanstead :**

435, rue Dufferin  
Stanstead (Québec) J0B 2E3

Peu importe votre situation, nous vous invitons à communiquer par téléphone à  **votre CLSC (819-843-2572) ou à Info-Aidant (1-855-852-7784)** pour avoir plus d'information sur la proche aidance.

### **Vos organismes communautaires sont aussi là pour vous !**

**AQDR Memphrémagog (Défense de droits)**

**Banque alimentaire Memphrémagog**

**CAB Magog**

**CAB Missisquoi-Nord**

**CAB de Stanstead**

**Centre des femmes Memphrémagog**

**Centre l'Élan (Services en santé mentale)**

**Comité d'Action Sentinelles d'Austin (CASA) (Soutien aux proches aidants)**

**Conseil des aveugles Memphrémagog**

**Coopérative de solidarité de services à domicile Memphrémagog**

**Cuisines collectives « Bouchée Double »**

**Han-Droits (Promotion et défense des droits des personnes handicapées)**