

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.

	Vous	Votre proche aidé
Âge		
Sexe ou genre	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre
Ville/village de résidence	<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
Depuis combien de temps êtes-vous dans la région de Memphrémagog ?	<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
État matrimonial	<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
Dernier niveau de scolarité complété	<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
Langue parlée le plus souvent à la maison	<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 :

	Vous	Votre proche aidé
Quel est votre principal moyen de transport ?	<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 :
Quel est votre revenu annuel moyen ?	<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

<u>SI OUI</u>				
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

<u>SI OUI</u>				
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
Frustration					
Impuissance					
Découragement					
Solitude					
Sentiment d'être prisonnier de la situation					
Détresse					
Insatisfaction du soutien de l'entourage					
Manque de reconnaissance					

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 à 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

Très satisfait

Pas du tout satisfait

- Travailleur social**

Votre niveau de satisfaction envers ce service

1 2 3 4

Très satisfait

Pas du tout satisfait

- Nutritionniste**

Votre niveau de satisfaction envers ce service

1 2 3 4

Très satisfait

Pas du tout satisfait

- Physiothérapeute**

Votre niveau de satisfaction envers ce service

1 2 3 4

Très satisfait

Pas du tout satisfait

- Inhalothérapeute**

Votre niveau de satisfaction envers ce service

1 2 3 4

Très satisfait

Pas du tout satisfait

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

- 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

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

SI OUI

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
- Ventiliter 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)