SITUATION FAMILIALE ET RÉSEAU SOCIAL

- O Si ma famille ne m'aidait plus
- O Si mes ami(e)s ne m'aidaient plus
- O Si ma famille ne me contactait plus
- O Si mes ami(e)s ne me contactaient plus
- O Si je n'arrivais pas à avoir l'aide de personne autour de moi
- O Si je ne voyais plus ma famille ou mes ami(e)s pour le plaisir
- O Si j'étais la seule personne à prendre soin de mon proche
- O Si je me sentais abandonné(e)
- Aucune limite

SERVICES ACTUELS

« Si je... »

- O n'avais plus l'aide suffisante du CLSC
- on'avais plus d'aide de la part du CLSC
- O n'avais plus d'aide des ressources disponibles
- on'avais plus de ressources disponibles
- O devais me tourner vers une compagnie privée
- O devais me tourner vers une compagnie privée et que j'avais des factures importantes
- me sentais mal accompagné(e), nonsoutenu(e) de la part soit des services publics, soit des services communautaires, soit de toutes ressources disponibles
- Aucune limite

SITUATION ÉCONOMIQUE

« Si je... »

- n'avais plus accès aux crédits d'impôt pour proches aidant(e)s
- O devais payer de l'aide d'une compagnie privé pour avoir du répit
- O devais payer pour que mon proche puisse continuer de vivre à la maison
- O n'avais plus assez d'argent pour mes loisirs
- O devais m'absenter régulièrement du travail
- devais modifier mes habitudes de vies personnelles pour pouvoir payer des soins
- O je perdais mon travail
- Aucune limite

BILAN

Suite à ces réponses, nous vous invitons à prendre conscience de vos limites réelles en relisant calmement le document.

vos reponses vous surprennent-elles:
Aviez-vous pensé à toutes les sphères de
la vie abordées?

ic astiba autip so

Quelles sont mes limites?

Nom(s) et prénom(s):		
Date:	_	

Formuler ses limites verbalement ou par écrit peut paraître accessoire, mais cela peut être utile dans une perspective de prévention de votre épuisement et en préparation de vos échanges avec les différentes ressources d'aide. Cet outil vise à vous guider dans la découverte et/ou la définition de vos limites liées à l'accompagnement de votre proche en perte d'autonomie.

Mais comment identifier mes limites?

Certain(e)s proches aidant(e)s nous parle d'emblée de l'incontinence ou de leur désir de ne pas s'épuiser dans cette relation d'aide. Ce sont de bons points de départ.

Quel est le vôtre ? vous avez sûrement en tête un élément que vous appréhendez ou que vous identifiez déjà comme un enjeu pour vous. Cela prouve que vous avez une limite.

Toutefois, cette limite se trouve sûrement bien au-delà de ce que sont en réalité nos limites. C'est donc une recherche profonde et très personnelle qui s'enclenche.

Nous vous invitons donc, dans les différentes thématiques liées à l'accompagnement, à cocher une ou plusieurs cases qui représente(nt) ou représenterai(en)t vos limites.

« Il y a autant de personnes qui ont la maladie que de façon de vivre la maladie. »



MOBILITÉ

- « Si mon proche... »
- ne marchait plus seul(e) (besoin d'assistance)
- O avait besoin d'assistance pour monter les marches
- O avait des problèmes d'équilibre et risquait de chuter en mon absence
- O était en chaise roulante
- O était dans l'impossibilité de bouger
- Aucune limite

CAPACITÉS FONCTIONNELLES

- « Si mon proche... »
 - O avait besoin d'aide pour lire
 - O ne savait plus lire
 - O avait besoin d'aide pour écrire
 - O n'était plus apte à écrire
 - était un peu désorienté dans le temps et qu'il mélangeait les différentes époques de sa vie
 - ne pouvait plus du tout se repérer dans le temps
 - O ne faisait plus la distinction entre ces souvenirs et le moment présent
 - O avait de la difficulté à s'orienter dans l'espace (appartement, maison)
 - O pouvait se perdre dans de grands endroits mais pourtant connus
 - O ressentait le besoin de marcher, sans but ni raison (errance), s'il ne tenait plus en place
 - avait de la difficulté à me reconnaitre par moment
 - O me prenait pour quelqu'un d'autre
 - O ne me reconnaissait plus du tout
 - Aucune limite

ALIMENTATION

- « Si mon proche... »
 - mangeait trop lentement pour que je mange avec lui/elle
 - O mélangeait les différentes étapes d'un repas
 - One savait plus utiliser ses ustensiles
 - O avait besoin d'aide pour couper ses aliments
 - O avait besoin d'aide pour apporter les aliments à sa bouche
 - O réclamait de la nourriture en permanence parce qu'il oubliait qu'il avait déjà mangé
 - O avait besoin d'aide pour boire
 - O mangeait seulement des aliments mous
 - O n'arrivait plus à avaler
 - O refusait de se nourrir et maigrissait à vue d'œil
 - Aucune limite

HYGIÈNE ET SOINS CORPORELS

- « Si mon proche avait besoin d'aide pour... »
 - O quelques étapes dans la douche
 - O prendre sa médication au quotidien
 - O avaler sa médication
 - s'injecter sa médication
 - O le déroulement des différentes étapes aux toilettes verbalement (aide partielle)
 - o s'essuyer aux toilettes (aide totale)
 - o s'habiller
 - O faire sa routine matinale (ou de soir)
 - se laver les dents/dentier
 - O le soin des ongles des pieds et des mains
- « Si mon proche... »
 - O avait besoin de se faire laver entièrement
 - refusait de prendre sa douche/bain/hygiène partielle
 - était incontinent
 - O Si je devais voir mon proche nu
 - Aucune limite

COMMUNICATION

- « Si mon proche... »
 - O était difficile à comprendre
 - O cherchait ses mots
 - n'associait plus les bons mots avec les bonnes choses (aphasie)
 - O ne comprenait plus mes consignes
 - O ne parlait plus
 - O n'arrivait plus à formuler des propos cohérents
 - O ne me comprenait plus
 - O réclamait les personnes pourtant défuntes en permanence
 - O répétait toujours le même mot sans cesse
 - Aucune limite

COMPORTEMENTS

- « Si mon proche... »
 - O devenait plus agité
 - O devenait plus anxieux ou nerveux
 - O n'avait souvent plus envie de rien faire
 - One voulait jamais rien faire et refusait toutes propositions
 - O avait toujours une humeur changeante
 - O devenait impulsif
 - O se mettait à dire les choses sans retenues
 - avait des comportements inadéquats en public ou devant moi
 - O avait des idées paranoïaques
 - était violent verbalement avec moi (cris, insultes)
 - était agressif physiquement avec moi (poussé griffer, frapper)
 - O refusait mon aide
 - Aucune limite

PRÉSENCE EN GÉNÉRAL

- « Si je devais... »
 - O aller voir mon proche plusieurs fois/semaine
 - O aller voir mon proche chaque jour
 - O aller voir mon proche plusieurs fois par jour
 - O être là tous les jours et repartir le soir
 - O vivre avec mon proche
 - Aucune limite

SOMMEIL

« Si je... »

- O devais me rendre chez mon proche chaque nuit
- O devais me réveiller aux heures pour mon proche
- me faisais réveiller toutes les nuits par mon proche
- O me faisais réveiller plusieurs fois par semaine par mon proche
- O me faisais réveiller souvent par mon proche
- O devais être tout la nuit avec mon proche
- ne pouvais avoir heures de sommeil consécutives
- O ne dormais plus
- Aucune limite

VIE PERSONNELLE

« Si je... »

- O devais modifier mes habitudes de vie
- O me sentais trop épuisé(e) pour conduire
- me sentais trop épuisé(e) pour prendre des nouvelles des autres
- O me retrouvais seul(e) avec mon proche
- O me rendais compte que je ne prenais plus assez soin de moi
- n'arrivais plus à répondre à mes besoins personnels en général
- O n'avais plus de loisir
- sentais que mon univers ne tournait qu'autour de mon proche
- O voyais que l'aide donné à mon proche avait des répercussions sur ma vie de famille
- Aucune limite