

GRILLE DE DÉPISTAGE AUPRÈS DES PERSONNES PROCHES AIDANTES

L'outil

N. Guberman, J. Keefe, P. Fancey, D. Nahmiash, L. Barylak

CRÉDITS

Équipe de recherche

Nancy Guberman

École de travail social, Université du Québec à Montréal (retraîtée)
Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)

Janice Keefe

Family Studies and Gerontology, Mount Saint Vincent University

Pamela Fancey

Family Studies and Gerontology, Mount Saint Vincent University

Daphne Nahmiash

École de service social, Université Laval (retraîtée)

Lucy Barylak

Centre de soutien aux aidants, CLSC René-Cassin (retraîtée)
Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)

Coordonnatrices de recherche

Jennifer Beeman (Montréal)

Mary Lou Robertson (Halifax)

Lucie Vézina (Québec)

Conception de la version révisée 2025

Graphisme

Christophe Chemin

Révision linguistique

Janie Lebel

Traductions JL

La première version de la Grille de dépistage a été publiée en 2001. En 2025, la révision de la grille a été effectuée grâce à l'appui financier du Gouvernement du Québec, avec la collaboration du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Nom de la personne proche aidante : _____

Nom de la personne aidée : _____

Nom de la personne évaluatrice : _____

Date de l'entrevue : _____ Numéro de dossier : _____

SECTION 1 – À REMPLIR AVEC LA PERSONNE PROCHE AIDANTE

Informations sur la personne proche aidante

Téléphone : _____ Courriel : _____

Âge : _____ Genre : ☐ F ☐ M ☐ AUTRE _____

Informations sur la personne aidée

Lien avec la personne aidée : _____ de la personne proche aidante

Depuis combien de temps prenez-vous soin de la personne aidée?

_____ semaines / _____ mois / _____ années

Est-ce que la personne aidée cohabite avec vous : ☐ Oui ☐ Non

Si non : Habite-t-elle seule? ☐ Oui ☐ Non

À quelle fréquence prenez-vous soin de la personne aidée?

☐ Tout le temps ☐ _____ heures par ☒ jour ☐ semaine ☐ mois

Langue parlée à la maison : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____

La personne aidée est-elle diminuée sur le plan cognitif? ☐ Oui ☐ Non

Pourquoi avez-vous fait une demande de services aujourd'hui ?

Commentaires supplémentaires

SECTION 2 – À REMPLIR AVEC LA PERSONNE PROCHE AIDANTE

À lire à la personne proche aidante :

Prendre soin d'une ou d'un proche atteint d'une incapacité (ou en perte d'autonomie) peut entraîner des conséquences sur la personne qui s'en occupe ainsi que sur son entourage, ce qui est tout à fait normal. Nous aimerions que vous nous indiquiez si vous êtes en accord ou non avec les énoncés suivants concernant votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible afin de nous permettre de mieux comprendre les services ou le soutien qui devraient être offerts aux personnes proches aidantes pour répondre adéquatement à leurs besoins.

		Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Prendre soin de _____ a des conséquences négatives sur ma santé physique.	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2	Je ne me débrouille pas très bien dans la situation actuelle.	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3	Je fais beaucoup moins de sorties qu'avant.	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4	Prendre soin de _____ amène des tensions dans mes relations familiales.	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5	Je ne serai bientôt plus capable de continuer de m'occuper de _____.	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6	Prendre soin de _____ amène des tensions dans notre relation.	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7	J'ai l'impression que répondre aux besoins de _____ n'en vaut plus vraiment la peine.	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8	Je n'ai plus une minute de répit depuis que je m'occupe de _____.	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9	Je fais plus que ma part comparativement aux autres membres de ma famille ou de mon entourage	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
10	Je me sens déprimé(e).	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
11	Je sens que je suis en train de perdre le contrôle sur ma vie à cause de la situation actuelle.	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
12	Depuis les derniers mois, ma consommation d'alcool, de cigarettes ou de médicaments a augmenté.	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Pointage total :		0			

Personne évaluatrice :

Date :

