

## Guide d'évaluation de la charge d'aidant familial

Veillez remplir **un questionnaire pour chaque personne que vous aidez.**

### 1. SITUATION GÉNÉRALE

---

- 1-1 Êtes-vous un homme ou une femme ?  H  F
- 1-2 Vivez-vous en couple ?  OUI  NON
- 1-3 Quel âge avez-vous ? .....
- 1-4 Depuis combien de temps êtes-vous aidant ? .....
- 1-5 Quel est votre lien avec la personne que vous aidez ? Vous êtes :
- Son conjoint/ sa conjointe (mariage, PACS, concubinage...)
  - Son père/sa mère
  - Son fils/sa fille
  - Son frère/sa sœur
  - Son beau-père/sa belle-mère
  - Son neveu/sa nièce
  - Son grand-père/sa grand-mère
  - Son petit fils/sa petite fille
  - Son oncle/sa tante
  - Son cousin/sa cousine
  - Un(e) ami(e)
  - Autre, précisez : .....
- 1-6 Quel âge a la personne aidée ?.....
- 1-7 Cohabitez-vous avec la personne aidée ?  OUI  NON
- Si oui, cohabitez-vous de façon :
- continue
  - discontinue (WE, vacances, garde alternée...)
- Nombre de jours par an, précisez : .....
- 1-8 Cohabitez-vous avec une autre personne de qui vous êtes également l'aidant(e) ?  OUI  NON
- 1-9 La personne que vous aidez bénéficie-t-elle d'un service d'aide professionnelle ?  OUI  NON

Si oui, de quel type :

- |                           |                          |                             |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Aide aux soins            | <input type="checkbox"/> | Nombre d'heures/sem : ..... |
| Aide aux tâches ménagères | <input type="checkbox"/> | Nombre d'heures/sem : ..... |
| Aide à la personne        | <input type="checkbox"/> | Nombre d'heures/sem : ..... |
| Autre, précisez : .....   | <input type="checkbox"/> | Nombre d'heures/sem : ..... |

1-10 Avez-vous déjà été remplacé(e) par un(e) professionnel(le) de l'aide alors que vous étiez absent ou pour des vacances ?  OUI  NON

1-11 Etes-vous salarié de l'aidé pour votre rôle d'aidant ?  OUI  NON

1-12 Recevez-vous un dédommagement pour votre rôle d'aidant ?  OUI  NON

1-13 Cet apport financier vous paraît-il correspondre à votre charge d'aidant familial?  OUI  NON

## 2. SITUATION DE L'AIDÉ : dépendance, lieu de vie et environnement

---

2-1 Quelle est le degré de dépendance de la personne que vous aidez ?

Taux d'invalidité MDPH : .....

GIR : .....

Autre(s) indicateur(s) : .....

2-2 L'aidé fréquente-t-il parfois un autre lieu de vie que son domicile ?

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Oui, un accueil de jour ou un établissement scolaire / professionnel       | <input type="checkbox"/> |
| Oui, un semi-internat (tout type d'accueil)                                | <input type="checkbox"/> |
| Oui, un internat (tout type d'hébergement)                                 | <input type="checkbox"/> |
| Oui, le domicile de l'aidant (dans le cas où ce n'est pas celui de l'aidé) | <input type="checkbox"/> |
| Non  | <input type="checkbox"/> |

2-3 La personne que vous aidez est-elle proche des équipements qui lui sont nécessaires (transports collectifs, cabinet médical, CHU...)?

Oui, ils ont globalement à moins de 30 minutes ?

Non, ils sont à plus de 30 minutes

2-4 Comment estimez-vous l'accessibilité du lieu de vie de l'aidé ?

Satisfaisant pour l'aidant

Plutôt satisfaisant pour l'aidant

Plutôt insatisfaisant pour l'aidant

Très insatisfaisant pour l'aidant

2-5 Comment estimez-vous l'équipement (lève personne ...) et l'adaptation (douche italienne...) du lieu de vie de l'aidé ?

Satisfaisant pour l'aidant

Plutôt satisfaisant pour l'aidant

Plutôt insatisfaisant pour l'aidant

Très insatisfaisant pour l'aidant

2-6 Comment estimez-vous l'accessibilité, l'adaptation, et l'équipement, de l'environnement où vit l'aidé (commerces, administrations, accès aux soins...)?

- Satisfaisant pour l'aidant
- Plutôt satisfaisant pour l'aidant
- Plutôt insatisfaisant pour l'aidant
- Très insatisfaisant pour l'aidant

2-7 Comment estimez-vous l'accessibilité des transports en commun ?

- Satisfaisant pour l'aidant
- Plutôt satisfaisant pour l'aidant
- Plutôt insatisfaisant pour l'aidant
- Très insatisfaisant pour l'aidant

2-8 L'aidé a-t-il à disposition un véhicule adapté à sa situation ?  OUI  NON

### 3. EVALUATION DE L'AIDE RÉGULIÈRE QUE VOUS APPORTEZ

---

Vous pouvez évaluer cette aide à partir du tableau ci-dessous pour chacun des domaines éventuellement concernés.

Il vous suffit d'inscrire en heures ou minutes le temps que vous accordez à la tâche, dans la colonne qui correspond.

Exemple 1 : Si vous passez 2 heures quotidiennes à faire de l'aide aux devoirs auprès de la personne que vous aidez, notez « 2 heures » dans la case « Quotidien I / a) »

<b>I / Accompagnement à la scolarité</b>				
	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Occasionnel
a) Aide aux devoirs, soutien particulier, reformulation, secrétariat ...	<i>2 heures</i>			

Exemple 2 : Si chaque mois vous passez 45 minutes à la prise de RDV et coordination des soins pour la personne aidée, notez « 45 minutes » dans la case « Mensuel II/ a) »

<b>II / Accompagnement médical</b>				
	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Occasionnel
a) Prise de RDV (recherche de lieux accessibles, disponibilités), coordination des soins			<i>45 minutes</i>	

**Maintenant, vous concernant :**

<b>I / Accompagnement à la scolarité ou au travail</b>				
	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Occasionnel
a) Aide aux devoirs, soutien particulier, reformulation, secrétariat ...				
b) Assurance des transports jusqu'à l'école ou jusqu'au lieu de travail				

<b>II / Accompagnement médical</b>				
	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Occasionnel
a) Prise de RDV (recherche de lieux accessibles, disponibilités), coordination des soins				
b) Accompagnement aux visites médicales et aux soins courants et/ou réguliers (dentiste, ophtalmologiste, kinésithérapeute, chimiothérapie...), temps de transport, suppléance à l'hôpital, aide à la communication...				

<b>III / Accompagnement quotidien</b>				
<b>1) Volet soin et nursing</b>				
	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Occasionnel
a) Soins : injections, aspirations, pansements, nutrition adaptée, appareillage...				
b) Hygiène : toilettes, douche, rasage, pédicure, manucure, habillage, maquillage, incontinence...				
c) Surveillance et soins : machine, apnée, fausses routes, épilepsie, risques d'automutilation, de suicide, violences, fugues, stimulation sensori-motrice, élimination urinaire et fécale, prise et préparation des médicaments...				

d) Prévention et suivi relationnel : prévention d'escarres, de déshydratation, appels aux médecins, conseils à la famille, à l'aidé, aux professionnels...				
--	--	--	--	--

<b>2) Volet accompagnement à la vie quotidienne</b>				
	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Occasionnel
a) Aide à la communication : langue des signes, codes, pictogrammes, synthèse vocale, reformulation, répétitions...				
b) Aide à la vie domestique : préparation des repas, ménage, courses et achats, linge, et aide animale...				
c) Soutien moral, stimulation, motivation, encouragements, redynamisation...				
d) Aide à la parentalité : aide au portage, aux soins donnés à l'enfant, aux sorties et vie quotidienne...				
e) Aide aux démarches administratives, gestion des dossiers et des ressources				
f) Aide à l'acquisition et/ou au maintien de l'autonomie				
g) Accompagnement à la vie sociale : loisirs, culture, vacances, coordination des RDV et des sorties, transports...				

<b>3) Aide technique et spécifique</b>				
	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Occasionnel
a) Entretien et réparations des fauteuils, pompes de nutrition, adaptation des vêtements et chaussures, bricolages, domotiques, ordinateurs...				

**IV / Autres aides et accompagnement**

	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Occasionnel
Autre, précisez :				

**4. SITUATION DE L'AIDANT PAR RAPPORT À L'EMPLOI**

---

4-1 Exercez-vous une activité professionnelle, en même temps que vous apportez de l'aide ?  
 OUI  NON

4-2 Si non, est-ce parce que :

Vous avez choisi d'arrêter de travailler pour vous occuper de votre proche

Vous avez été contraint d'arrêter de travailler pour vous occuper de votre proche

4-3 Si oui, l'exercez-vous : à temps plein   
à temps partiel

4-4 Avez-vous dû aménager votre temps de travail ?  OUI  NON

4-5 Si oui, de quelle(s) façon(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Flexibilité des horaires / Arrangement des horaires avec les collègues

Passage à temps partiel

Renoncement à des opportunités de carrière

Congé (de soutien familial, de solidarité familiale, de présence parentale...)

Télétravail

Retraite anticipée du fait de votre situation d'aidant familial

Autre : précisez : .....

4-6 Avez-vous le sentiment que vous n'avez pas pu développer votre carrière comme vous l'auriez pu du fait de votre situation d'aidant familial ?  
 OUI  NON

**5. IMPACT DE L'AIDE SUR VOTRE VIE**

---

5-1 Qu'est-ce qui vous manque le plus ? (un mot) .....

5-2 Vous est-il possible de dormir plus de 6 h d'affilée :  OUI  NON

5-3 Suivez-vous un traitement médical spécifique du fait de votre rôle d'aidant ?  
 OUI  NON

<b>Quel est l'impact de l'aide que vous apportez sur :</b>	Aucun	Faible	Important
5-4 Votre suivi de santé (dentiste, gynécologue, ophtalmologiste...)			
5-5 Votre santé physique (mal au dos, fatigue, migraines...)			
5-6 Votre sommeil			
5-7 Votre santé psychique (culpabilité, charge mentale, dépression, addictions, anxiété, troubles de l'humeur, angoisse de mort...)			
5-8 Votre vie sociale et relationnelle (sorties, loisirs, vie amicale, relations professionnelles, isolement...)			
5-9 Votre vie sentimentale et sexuelle (vie de couple...)			
5-10 Votre vie familiale (fratrie, disponibilité...)			
5-11 Vos ressources financières			

## 6. POUR FINIR :

---

6-1 Depuis que vous êtes aidant, avez-vous reçu pour vous en tant qu'aidant:

- Des informations  OUI  NON
- Des formations  OUI  NON
- Une forme de soutien autre  OUI  NON
- Si oui, laquelle : .....

6-2 Vous êtes aidant familial : (plusieurs réponses possibles)

- Car vous n'avez pas confiance en une aide extérieure
- Car vous n'avez pas accès à une aide extérieure à proximité
- Car vous manquez d'informations
- Car vous n'avez pas pensé qu'une autre aide était possible
- Par convenance personnelle et/ou familiale
- Par devoir car c'est « naturel »
- Pour des raisons financières
- Autre : .....

Remarques, observations complémentaires sur vos réponses ou le questionnaire