

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
 AAAA-MM-JJ  
 NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
 AAAA-MM  
 Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## ÉCHELLE DE ZARIT OU INVENTAIRE DU FARDEAU

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

### Cotation :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = quelquefois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque toujours

### À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

|                                                                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin?                                                                        | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous?                                                           | 0 1 2 3 4 |
| Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou travail)?                                   | 0 1 2 3 4 |
| Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent?                                                                                | 0 1 2 3 4 |
| Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent?                                                                           | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis?                                                | 0 1 2 3 4 |
| Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent?                                                                                        | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que votre parent est dépendant de vous?                                                                                               | 0 1 2 3 4 |
| Vous sentir tendu en présence de votre parent?                                                                                               | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent?                                                 | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent?                                                      | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent?                                                  | 0 1 2 3 4 |
| Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent?                                                                       | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter? | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses?             | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous ne serez plus capable de rendre soin de votre parent encore bien longtemps?                                                  | 0 1 2 3 4 |
| Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent?                                                       | 0 1 2 3 4 |

Nom :

Prénom :

# Dossier :

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------|
| Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre?                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4    |
| Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent?                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4    |
| Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent?                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4    |
| Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent?                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4    |
| En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau?                                                                                                                                                                                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4    |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   | / 88 |
| <b>Interprétation :</b><br>Le score total, qui est la somme des scores obtenus à chacun des 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle; un score entre 21 et 40 indique une charge légère; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée; un score supérieur à 60 indique une charge sévère. |   |   |   |   |      |

Signature et titre : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

aaaa/mm/jj