

# BURNOUT ASSESSMENT TOOL FRANÇAIS (FRANCE)<sup>1</sup>

## Version parent du BAT

### Instruction

Les énoncés suivants sont liés à votre rôle de parent et à la manière dont vous le vivez. Veuillez indiquer la fréquence à laquelle chaque déclaration s'applique à vous.

Scores :

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

<b>Épuisement</b>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Je me sens épuisé (e) mentalement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout ce que je fais me demande beaucoup d'efforts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après une journée, il m'est difficile de retrouver mon énergie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens épuisé physiquement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand je me lève le matin, je manque d'énergie pour commencer une nouvelle journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je veux être actif/ve, mais il m'est impossible d'y arriver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand je fais beaucoup d'efforts, je me fatigue plus que d'habitude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la fin de ma journée, je me sens épuisé et vidé mentalement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total épuisement = \_\_\_\_ / 40

<b>Distance mentale</b>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
J'ai du mal à être enthousiaste à propos de mon rôle de parent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ressens une profonde aversion pour mon rôle de parent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ressens de l'indifférence à propos de mon rôle de parent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne pense pas que les autres accordent de l'importance à mon rôle de parent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total distance mentale = \_\_\_\_ / 20

<b>Déficiences cognitive</b>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
J'ai du mal à rester attentif/ve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'est difficile de penser de manière claire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'oublie des choses et je suis distrait/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me concentrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais des erreurs car mon esprit est ailleurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total déficiences cognitive = \_\_\_\_ / 20

<sup>1</sup> Citation: Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT)*. KU Leuven, België: Intern rapport. Avec l'aide de dr. Ilona Boniwell – General Manager @ Positran

Scores :

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

<b>Déficience émotionnelle</b>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Je me sens incapable de contrôler mes émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me reconnais pas dans mes réactions émotionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je deviens irritable quand les choses ne se passent pas comme je voudrais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive d'être en colère ou triste sans vraiment savoir pourquoi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive de réagir avec excès sans en avoir l'intention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total déficience émotionnelle = \_\_\_\_ / 25

<b>Plaintes psychique</b>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
J'ai du mal à m'endormir ou je me réveille en pleine nuit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai tendance à m'inquiéter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens tendu et stressé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens anxieux et/ou je souffre d'attaques de panique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit et la foule me dérangent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total plainte psychique = \_\_\_\_ / 25

<b>Plaintes psychosomatiques</b>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Je souffre de palpitations et de douleurs de poitrine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souffre de douleurs d'estomac et/ou intestinales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souffre de migraines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souffre de douleurs musculaires, par exemple dans le cou, l'épaule ou le dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je tombe souvent malade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total plainte psychosomatique = \_\_\_\_ / 25

Total 1 = \_\_\_\_ / 105

Total 2 = \_\_\_\_ / 50

Total 3 = \_\_\_\_ / 155