

Version travail du BAT

Instruction

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

Scoring

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

Questions

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Épuisement					
Au travail, je me sens mentalement épuisé/e	<input type="checkbox"/>				
Tout ce que je fais au travail me demande de l'effort	<input type="checkbox"/>				
Je n'arrive pas à trouver le repos après le travail	<input type="checkbox"/>				
Au travail, je me sens physiquement épuisé/e	<input type="checkbox"/>				
Quand je me lève le matin, je manque d'énergie pour commencer la journée	<input type="checkbox"/>				
Je veux être actif/ve au travail, mais je n'y arrive pas	<input type="checkbox"/>				
Lorsque je fais des efforts au travail, je me sens rapidement fatigué/e	<input type="checkbox"/>				
A la fin de la journée de travail, je me sens mentalement épuisé/e et vide	<input type="checkbox"/>				
Distance mental					
Je n'arrive pas à faire preuve d'intérêt et d'enthousiasme pour mon travail	<input type="checkbox"/>				
Au travail, je ne réfléchis pas beaucoup et je fonctionne au pilote automatique	<input type="checkbox"/>				
Je ressens une forte aversion pour mon travail	<input type="checkbox"/>				
Mon travail me laisse indifférent/e	<input type="checkbox"/>				
Je suis cynique à propos de ce que mon travail représente pour d'autres	<input type="checkbox"/>				
Déficience cognitive					
Au travail, j'ai du mal à rester concentré/e	<input type="checkbox"/>				
Il m'est difficile de réfléchir clairement au travail	<input type="checkbox"/>				
J'oublie des choses et je suis distrait/e au travail	<input type="checkbox"/>				
Lorsque je suis au travail, je parviens difficilement à me concentrer	<input type="checkbox"/>				
Je commets des erreurs au travail parce que j'ai la tête ailleurs	<input type="checkbox"/>				
Déficience émotionnelle					

Au travail, j'ai la sensation de ne pas maîtriser mes émotions	<input type="checkbox"/>				
Je ne me reconnais pas dans la manière dont je réagis émotionnellement au travail	<input type="checkbox"/>				
Au travail, je m'irrite rapidement lorsque les choses ne se passent pas comme je le veux	<input type="checkbox"/>				
Je me fâche ou deviens triste au travail sans vraiment savoir pourquoi	<input type="checkbox"/>				
Il m'arrive de réagir de façon trop émotionnelle au travail sans le vouloir	<input type="checkbox"/>				

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Plaintes psychique</i>					
J'éprouve des problèmes pour m'endormir ou pour faire des nuits complètes	<input type="checkbox"/>				
J'ai tendance à me tracasser	<input type="checkbox"/>				
Je me sens énervé/e et tendu/e	<input type="checkbox"/>				
Je me sens angoissé/e et/ou j'ai des crises de panique	<input type="checkbox"/>				
J'ai du mal avec l'agitation et/ou le bruit	<input type="checkbox"/>				
<i>Plaintes psychosomatiques</i>					
Je souffre de palpitations cardiaques ou de douleurs dans la poitrine	<input type="checkbox"/>				
Je souffre de problèmes d'estomac et/ou intestinaux	<input type="checkbox"/>				
Je souffre de maux de tête	<input type="checkbox"/>				
J'éprouve des douleurs musculaires, par exemple dans la nuque, les épaules ou le dos	<input type="checkbox"/>				
Je tombe rapidement malade	<input type="checkbox"/>				

Version générale du BAT

Instruction

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

Scoring

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

Questions

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Épuisement					
Je me sens mentalement épuisé/e	<input type="checkbox"/>				
Tout ce que je fais me demande de l'effort	<input type="checkbox"/>				
En fin de journée, je n'arrive pas à trouver le repos	<input type="checkbox"/>				
Je me sens physiquement épuisé/e	<input type="checkbox"/>				
Quand je me lève le matin, je manque d'énergie pour commencer la journée	<input type="checkbox"/>				
Je veux être actif/ve, mais je n'y arrive pas	<input type="checkbox"/>				
Lorsque je fais des efforts, je me sens rapidement fatigué/e	<input type="checkbox"/>				
A la fin de la journée, je me sens mentalement épuisé/e et vide	<input type="checkbox"/>				
Distance mental					
Je n'arrive pas à faire preuve d'intérêt et d'enthousiasme pour mon travail	<input type="checkbox"/>				
Je ressens une forte aversion pour mon travail	<input type="checkbox"/>				
Mon travail me laisse indifférent/e	<input type="checkbox"/>				
Je suis cynique à propos de ce que mon travail représente pour d'autres	<input type="checkbox"/>				
Déficience cognitive					
J'ai du mal à rester concentré/e	<input type="checkbox"/>				
Il m'est difficile de réfléchir clairement	<input type="checkbox"/>				
J'oublie des choses et je suis distractif/e	<input type="checkbox"/>				
Je parviens difficilement à me concentrer	<input type="checkbox"/>				
Je commets des erreurs parce que j'ai la tête ailleurs	<input type="checkbox"/>				
Déficience émotionnelle					
J'ai la sensation de ne pas maîtriser mes émotions	<input type="checkbox"/>				
Je ne me reconnais pas dans la manière dont je réagis émotionnellement	<input type="checkbox"/>				

Je m'irrite rapidement lorsque les choses ne se passent pas comme je le veux	<input type="checkbox"/>				
Je me fâche ou deviens triste sans vraiment savoir pourquoi	<input type="checkbox"/>				
Il m'arrive de réagir de façon trop émotionnelle sans le vouloir	<input type="checkbox"/>				

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Plaintes psychique					
J'éprouve des problèmes pour m'endormir ou pour faire des nuits complètes	<input type="checkbox"/>				
J'ai tendance à me tracasser	<input type="checkbox"/>				
Je me sens énervé/e et tendu/e	<input type="checkbox"/>				
Je me sens angoissé/e et/ou j'ai des crises de panique	<input type="checkbox"/>				
J'ai du mal avec l'agitation et/ou le bruit	<input type="checkbox"/>				
Plaintes psychosomatiques					
Je souffre de palpitations cardiaques ou de douleurs dans la poitrine	<input type="checkbox"/>				
Je souffre de problèmes d'estomac et/ou intestinaux	<input type="checkbox"/>				
Je souffre de maux de tête	<input type="checkbox"/>				
J'éprouve des douleurs musculaires, par exemple dans la nuque, les épaules ou le dos	<input type="checkbox"/>				
Je tombe rapidement malade	<input type="checkbox"/>				