

Questionnaire d'auto-évaluation de la santé des salariés-aidants

Contexte

1. Aidez-vous plusieurs personnes ?

Oui
Non

2. Si oui, combien de personnes aidez-vous ?

_____ nombre de personnes aidées

Pour les questions suivantes, répondez en pensant au proche à qui vous fournissez le plus d'aide.

3. Quel est votre lien avec la personne que vous aidez ? La personne aidée est un.e...

Parent
Conjoint.e
Enfant
Ami.e ou voisin.e
Autre

4. Est-ce que le domicile de la personne aidée se trouve ?

Proche de votre domicile (moins de 10 km/ moins de 20 min de chez vous)
Loin de votre domicile (10 km et plus/ plus de 20 min de chez vous)
Au même domicile que vous

5. Dans quel milieu de vie habite-t-elle ?

Milieu de vie INDIVIDUEL : Domicile personnel (appartement ou maison)
Milieu de vie COLLECTIF : Résidence pour personnes âgées (médicalisée ou non)
Autres (vivre chez ses enfants, une famille d'accueil, colocation...)

6. Depuis combien de temps environ prenez-vous soin de l'aidé ?

_____ semaines
_____ mois
_____ ans

7. En moyenne, combien de temps vous consacrez à la personne aidée ?

_____ heures/ jours
_____ semaines/ mois

Santé en général

8. En général, diriez-vous que votre santé est :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Assez bonne
- Plutôt mauvaise
- Mauvaise

9. Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?

- Très faible
- Faible
- Ni faible ni bonne
- Bonne
- Très bonne

Santé physique

10. Sur une échelle de 0 à 10, comment percevez-vous votre état de santé physique, 0 étant le moins bon et 10 étant le meilleur ? Veuillez cocher la case qui s'applique le mieux à vous

Échelle de 0 à 10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Êtes-vous satisfait de votre sommeil ?

- Très insatisfait(e)
- Insatisfait(e)
- Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)
- Satisfait(e)
- Très satisfait(e)
- Etes-vous satisfait(e) de votre

12. Avez-vous le temps de déjeuner le midi ou de dîner le soir ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Assez souvent
- Presque toujours

13. La pratique d'activités physiques

	Exercez-vous une activité physique régulière (au moins 1 fois par semaine) aujourd'hui ?	Exerciez-vous une activité physique régulière (au moins 1 fois par semaine) avant d'être aidant ?
Oui		
Non		

Santé mentale et psychologique

14. Sur une échelle de 0 à 10, comment percevez-vous votre état de santé psychologique, 0 étant le moins bon et 10 étant le meilleur ? Veuillez cocher la case qui s'applique le mieux à vous

Échelle de 0 à 10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Extrêmement

16. Je me sens tendu(e) ou énervé

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

Santé sociale et relation avec l'aidé

17. Sur une échelle de 0 à 10 comment percevez-vous votre état d'isolement d'un point de vue social (ex. faible fréquence de contacts avec d'autres personnes, qualité des interactions avec les autres), 0 correspondant à un isolement faible et 10 correspondant à un état d'isolement élevé ? Veuillez cocher la case qui s'applique le mieux à vous

Échelle de 0 à 10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Est-ce qu'il vous arrive de voir des amis ?

Souvent
De temps en temps
Jamais
Plus maintenant

19. Avez-vous l'impression qu'en raison du temps que vous consacrez à la (ou les) personne.s aidée.s (proche/parent/conjoint), vous n'avez pas assez de temps pour vous-même?

Jamais
Rarement
Parfois
Assez souvent
Presque toujours

20. Avez-vous l'impression d'être stressé.e parce que vous prenez soin de la (ou les) personne.s aidée.s (proche/parent/conjoint) et que vous assumez également d'autres responsabilités (travail/famille) ?

Jamais
Rarement
Parfois
Assez souvent
Presque toujours

21. Avez-vous l'impression d'être fatigué.e lorsque vous êtes avec la personne aidée (proche/parent/conjoint) ?

Jamais
Rarement
Parfois
Assez souvent
Presque toujours

22. Avez-vous l'impression de ne pas savoir ce qu'il faut faire à propos de la personne aidée (proche/parent/conjoint) ?

Jamais
Rarement
Parfois
Assez souvent
Presque toujours

23. Le fait de vous occuper de votre proche (ou de vos proches) (parent, proche malade ou en situation de handicap) entraîne-t-il des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?

jamais
 parfois
 souvent

24. Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre proche (parent, proche malade ou en situation de handicap) ?

jamais
 parfois
 souvent

Vie professionnelle

25. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

Emploi à temps plein
 Emploi à temps partiel
 Retraité
 Sans emploi
 À la recherche d'emploi
 Aux études
 Autre situation

26. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?

Non concerné(e)
 Très insatisfait(e)
 Insatisfait(e)
 Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)
 Satisfait(e)
 Très satisfait(e)

27. Recevez-vous de l'aide et du soutien de votre supérieur(e) hiérarchique/des collègues/de votre entreprise ?

Niveau d'aide ou de soutien	Supérieur(e) hiérarchique	Collègues	Entreprise
Toujours			
Souvent			
Parfois			
Rarement			
Presque jamais			
Jamais			

28. Êtes-vous inquiet(ète) à l'idée de perdre votre emploi ?

- Dans une très grande mesure
- Dans une grande mesure
- Plus ou moins
- Dans une faible mesure
- Dans une très faible mesure

29. À quel point êtes-vous satisfait(e) de votre travail dans son ensemble, en prenant en considération tous les aspects ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Insatisfait
- Très insatisfait

30. Avez-vous déjà pris un ou des arrêts (sous forme d'arrêts maladie ou de congés proche aidant) dans les deux dernières années ?

- Oui
- Non

31. Si oui, quelle était la durée de l'arrêt ou la durée des arrêts cumulés dans les deux dernières années ?

- _____ semaines
- _____ mois