

Cohorte Suisse des professionnel·les de la santé

Questionnaire de baseline SCOHPICA 2024

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de consacrer une trentaine de minutes pour remplir ce questionnaire. Merci de lire les quelques informations ci-dessous avant de répondre.

- Dans les écrans qui suivent, nous vous proposons des questions ou des affirmations relatives à vous et votre travail. Nous vous demandons de répondre en fonction de votre propre situation dans le cadre de votre activité actuelle.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seule votre opinion nous intéresse.
- Vous avez la possibilité de répondre en plusieurs fois en enregistrant vos réponses à la fin de chaque page et reprendre le questionnaire plus tard.
- Si vous ne désirez pas répondre à une question ou qu'une question n'est pas applicable à votre situation, vous pouvez simplement ne pas cocher de réponse.

Pour toute question sur l'enquête, vous pouvez contacter l'équipe SCOHPICA à l'adresse suivante : scohpica@unisanté.ch



unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne



Votre activité professionnelle

Nous vous remercions pour votre intérêt pour SCOHPICA. Cependant, cette année, notre étude s'adresse aux professionnel·les de santé ayant actuellement une activité directe avec les patient·es/client·es/résident·es.

Pour plus d'informations à ce sujet : <https://scohpica.ch/faq/>

Actuellement, travaillez-vous dans le secteur des soins de santé en contact direct avec des patient·es/client·es/résident·es ?

☐ Oui

☐ Non

Quelle est votre situation actuelle ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ En activité (y. c. congé maladie, maternité, paternité, armée, service civil, congé sans solde)
- ☐ En recherche d'emploi
- ☐ Inactif·ve pour cause d'invalidité
- ☐ Personne au foyer
- ☐ Retraité·e
- ☐ En formation / étudiant·e / apprenti·e
- ☐ En reconversion professionnelle
- ☐ Sans emploi et je ne recherche pas d'emploi
- ☐ Autre

Veuillez préciser votre situation actuelle :

Quelle formation suivez-vous ?

Dans quelle profession ?

Quel est votre statut professionnel ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Salarié·e (vous travaillez pour le compte de quelqu'un d'autre)
- ☐ Indépendant·e (vous travaillez à votre compte)
- ☐ Gérant·e (SaRL) ou administrateur·rice (SA) (vous êtes salarié·e de votre propre entreprise)

A quel taux ?

	100 %	95%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	10%	5%
Salarié·e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indépendant·e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gérant·e (SaRL) ou administrateur·rice (SA) (vous êtes salarié·e de votre entreprise)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lequel de ces statuts professionnels considérez-vous comme votre statut principal ? (Selon votre degré d'investissement personnel)

- ☐ Salarié·e
- ☐ Indépendant·e
- ☐ Gérant·e (SaRL) ou administrateur·rice (SA) (vous êtes salarié·e de votre entreprise)

Dans quel(s) contexte(s) exercez-vous votre profession ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A domicile | <input type="checkbox"/> Maison de santé |
| <input type="checkbox"/> Cabinet individuel ou à deux | <input type="checkbox"/> Maison de naissance |
| <input type="checkbox"/> Cabinet de groupe | <input type="checkbox"/> Milieu carcéral |
| <input type="checkbox"/> Centre de traitement de réadaptation (CTR) | <input type="checkbox"/> Milieu de l'asile |
| <input type="checkbox"/> Centre médico-social / soins à domicile / Spitex | <input type="checkbox"/> Milieu scolaire |
| <input type="checkbox"/> Etablissement médico-social (EMS) | <input type="checkbox"/> ONG / association / fondation |
| <input type="checkbox"/> Entreprise | <input type="checkbox"/> Pharmacie (officine et/ou hôpital) |
| <input type="checkbox"/> Hôpital public (stationnaire et policlinique, y. c. psychiatrie) | <input type="checkbox"/> Assurance |
| <input type="checkbox"/> Hôpital / clinique privé·e (stationnaire et policlinique, y. c. psychiatrie) | <input type="checkbox"/> Firme pharmaceutique |
| <input type="checkbox"/> Institution d'urgence / intervention rapide / ambulance | <input type="checkbox"/> Institut de recherche |
| <input type="checkbox"/> Institution d'enseignement supérieur/professionnel | <input type="checkbox"/> Services de santé publique (communal, régional, cantonal, fédéral) |
| <input type="checkbox"/> Institution pour personnes dépendantes (autre qu'EMS) | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire médical | |

Veuillez préciser dans quel autre contexte :

Vous avez coché plusieurs contextes, merci d'ordonner vos réponses selon votre degré d'investissement personnel dans ces contextes :

A domicile
Cabinet individuel ou à deux
Cabinet de groupe
Centre de traitement de réadaptation (CTR)
Centre médico-social / soins à domicile / Spitex
Etablissement médico-social (EMS)
Entreprise
Hôpital public (stationnaire et policlinique, y. c. psychiatrie)
Hôpital / clinique privé·e (stationnaire et policlinique, y. c. psychiatrie)
Institution d'urgence / intervention rapide / ambulance
Institution d'enseignement supérieur/professionnel
Institution pour personnes dépendantes (autre qu'EMS)
Laboratoire médical
Maison de santé
Maison de naissance
Milieu carcéral
Milieu de l'asile
Milieu scolaire
ONG / association / fondation
Pharmacie (officine et/ou hôpital)
Assurance
Firme pharmaceutique
Institut de recherche
Services de santé publique (communal, régional, cantonal, fédéral)
Autre ([pro_context_Autre])

Quelle profession exercez-vous actuellement ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Ambulancier·ère | <input type="radio"/> Infirmier·ière de pratique avancée | <input type="radio"/> Podologue |
| <input type="radio"/> Assistant·e dentaire | <input type="radio"/> Infirmier·ière diplômé·e | <input type="radio"/> Psychologue |
| <input type="radio"/> Assistant·e d'exploitation en pharmacie | <input type="radio"/> Infirmier·ière spécialisé·e | <input type="radio"/> Psychologue-psychothérapeute |
| <input type="radio"/> Assistant·e en pharmacie | <input type="radio"/> Logopédiste | <input type="radio"/> Sage-femme |
| <input type="radio"/> Assitant·e / secrétaire médicale | <input type="radio"/> Médecin | <input type="radio"/> Technicien·ne ambulancier·ère |
| <input type="radio"/> Assitant·e socio-éducatif | <input type="radio"/> Orthoptiste | <input type="radio"/> Technicien·ne en analyses biomédicales |
| <input type="radio"/> Chiropraticien·ne | <input type="radio"/> Ostéopathe | <input type="radio"/> Technicien·ne en radiologie |
| <input type="radio"/> Dentiste | <input type="radio"/> Personnel soignant auxiliaire (ASA, auxiliaire de santé, aide-infirmier·ière) | <input type="radio"/> Technicien·ne en salle d'opération |
| <input type="radio"/> Diététicien·ne | <input type="radio"/> Personnel soignant intermédiaire (ASSC, infirmier·ière niveau I, assistant·e CC-CRS) | <input type="radio"/> Technologue en dispositifs médicaux |
| <input type="radio"/> Ergothérapeute | <input type="radio"/> Pharmacien·ne | <input type="radio"/> Thérapeute complémentaire |
| <input type="radio"/> Hygiéniste dentaire | <input type="radio"/> Physiothérapeute | <input type="radio"/> Autre |

Veuillez préciser quelle autre profession

Quelle formation d'infirmier·ière de pratique avancée ci-dessous avez-vous suivie ?

- ☐ Infirmier·ière clinicien·ne spécialisé·e MSN (Master of Science in Nursing)
- ☐ Infirmier·ière praticien·ne spécialisé·e MSN (Master of Science in Nursing)

Quelle formation de personnel soignant intermédiaire ci-dessous avez-vous suivie ?

- ☐ Assistant·e en soins et santé communautaire (ASSC)
- ☐ Infirmier·ière niveau I (NI)
- ☐ Infirmier·ière assistant·e

Quelle formation de personnel soignant auxiliaire ci-dessous avez-vous suivie ?

- ☐ Aide en soins et en accompagnement (ASA) ou aide-soignant·e (AS)
- ☐ Auxiliaire de santé Croix Rouge Suisse
- ☐ Aide infirmier·ière (sans formation ou formation interne à l'établissement)

Quelle est votre spécialité ? (si plus d'une spécialité, indiquez la spécialité dans laquelle vous exercez principalement)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Consultant·e petite enfance EPS | <input type="radio"/> Expert·e en soins gériatriques et psychogériatriques EPS |
| <input type="radio"/> Expert·e en conseil de diabétologie EPS | <input type="radio"/> Expert·ee en soins intensifs EPD ES |
| <input type="radio"/> Expert·e en prévention des infections associées aux soins EPS | <input type="radio"/> Expert·e en soins néphrologiques EPS |
| <input type="radio"/> Expert·e en soins d'anesthésie EPD ES | <input type="radio"/> Expert·e en soins palliatifs EPS |
| <input type="radio"/> Expert·e en soins d'oncologie EPS | <input type="radio"/> Infirmier·ière en soins continus |
| <input type="radio"/> Expert·e en soins d'urgence EPD ES | <input type="radio"/> Spécialiste en kinesthétique appliquée EP |
| <input type="radio"/> Expert·e en soins en psychiatrie EPS EP | <input type="radio"/> Je n'ai aucune spécialité |

Quelle formation d'infirmier·ère diplômé·e ci-dessous avez-vous suivie ?

- ☐ Infirmier·ière BSN (Bachelor of Science in Nursing)
- ☐ Infirmier·ière HES BScN (Bachelor of science en soins infirmiers)
- ☐ Infirmier·ière ES (diplôme Ecole supérieure ES)
- ☐ Infirmier·ière niveau 2 (NII)
- ☐ Infirmier·ière en soins généraux (SG)
- ☐ Infirmier·ière en psychiatrie (PSY)
- ☐ Infirmier·ière en Hygiène maternelle et pédiatrie (HMP)
- ☐ Infirmier·ière en soins intégrés (SI)
- ☐ Diplôme étranger reconnu par la Croix-Rouge Suisse autorisant à exercer au titre d'infirmier·ière diplômé·e

Quelle formation d'infirmier·ière spécialisé·e avez-vous suivie ?

Quelle est votre spécialité ? (si plus d'une spécialité, indiquez la spécialité dans laquelle vous exercez principalement)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Médecin praticien | <input type="radio"/> Endocrinologie/diabétologie | <input type="radio"/> Neurologie |
| <input type="radio"/> En formation pour l'obtention d'un titre de spécialiste FMH | <input type="radio"/> Gastroentérologie | <input type="radio"/> Oncologie médicale |
| <input type="radio"/> Allergologie et immunologie clinique | <input type="radio"/> Génétique médicale | <input type="radio"/> Ophtalmologie |
| <input type="radio"/> Anesthésiologie | <input type="radio"/> Gynécologie et obstétrique | <input type="radio"/> Oto-rhino-laryngologie |
| <input type="radio"/> Angiologie | <input type="radio"/> Hématologie | <input type="radio"/> Pathologie |
| <input type="radio"/> Cardiologie | <input type="radio"/> Infectiologie | <input type="radio"/> Pédiatrie |
| <input type="radio"/> Chirurgie | <input type="radio"/> Médecine du travail | <input type="radio"/> Pharmacologie et toxicologie cliniques |
| <input type="radio"/> Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique | <input type="radio"/> Médecine intensive | <input type="radio"/> Pneumologie |
| <input type="radio"/> Chirurgie de la main | <input type="radio"/> Médecine interne générale (y c. gériatrie) | <input type="radio"/> Prévention et santé publique |
| <input type="radio"/> Chirurgie orale et maxillo-faciale | <input type="radio"/> Médecine légale | <input type="radio"/> Psychiatrie et psychothérapie |
| <input type="radio"/> Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur | <input type="radio"/> Médecine nucléaire | <input type="radio"/> Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents |
| <input type="radio"/> Chirurgie pédiatrique | <input type="radio"/> Médecine pharmaceutique | <input type="radio"/> Radiologie |
| <input type="radio"/> Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique | <input type="radio"/> Médecine physique et réadaptation | <input type="radio"/> Radio-oncologie/radiothérapie |
| <input type="radio"/> Chirurgie thoracique | <input type="radio"/> Médecine tropicale et médecine des voyages | <input type="radio"/> Rhumatologie |
| <input type="radio"/> Chirurgie vasculaire | <input type="radio"/> Néphrologie | <input type="radio"/> Urologie |
| <input type="radio"/> Dermatologie et vénérologie | <input type="radio"/> Neurochirurgie | <input type="radio"/> Autre |

Veillez préciser quelle autre spécialité :

Après votre formation pour être [profession], avez-vous suivi une autre formation certifiante ?

- ☐ Oui ☐ Non

Veillez préciser quelle formation certifiante

Depuis combien d'années travaillez-vous en tant que [profession] ?

année(s)

Dans quel(s) domaine(s) d'activité exercez-vous principalement ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Santé communautaire (p. ex. urgences préhospitalières, pharmacie, milieu scolaire)
- ☐ Soins somatiques
- ☐ Santé mentale
- ☐ Soins de longue durée
- ☐ Soins à domicile
- ☐ Réhabilitation
- ☐ Autre

Veuillez préciser votre domaine d'activité

Veuillez ordonner les réponses selon votre degré d'investissement personnel

Santé communautaire (p. ex. urgences préhospitalières, pharmacie, milieu scolaire)

Soins somatiques

Santé mentale

Soins de longue durée

Soins à domicile

Réhabilitation

Autre

Combien d'heures travaillez-vous en moyenne par jour ? (En incluant les heures supplémentaires et en cumulant les emplois dans le domaine de la santé si vous avez plusieurs emplois)

heure(s)

minutes(s)

Combien de jours travaillez-vous en moyenne par semaine ? (Considérez uniquement votre/vos emploi(s) dans le domaine de la santé)

jour(s)

Quel type d'horaire de travail pratiquez-vous ? (Considérez uniquement votre / vos emplois dans le domaine de la santé)

- ☐ Travail de jour uniquement
- ☐ Travail de nuit uniquement
- ☐ Travail de jour et de nuit

Quel(s) horaire(s) de travail pratiquez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Continu
- ☐ Coupé

Exercez-vous une responsabilité managériale (hors encadrement de stagiaires et apprenti-es) ?

- ☐ Oui ☐ Non

De combien de personnes êtes-vous responsable ?

- ☐ Entre 1 et 10
☐ Entre 11 et 20
☐ Entre 21 et 30
☐ Entre 31 et 40
☐ Entre 41 et 50
☐ Plus de 50

Dans quel(s) pays avez-vous effectué votre formation pour être [profession] ? (plusieurs réponses possibles)

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suisse | <input type="checkbox"/> Autriche | <input type="checkbox"/> Canada | <input type="checkbox"/> France | <input type="checkbox"/> Portugal |
| <input type="checkbox"/> Allemagne | <input type="checkbox"/> Belgique | <input type="checkbox"/> Espagne | <input type="checkbox"/> Italie | <input type="checkbox"/> Autre |

Si 'Autre' précisez :

Avez-vous exercé une autre profession dans le passé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-ce dans le domaine de la santé?

- ☐ Oui
☐ Non

Quelle était cette profession?

Vous est-il arrivé de modifier votre taux d'activité au cours des 12 derniers mois ?

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous augmenté ou diminué votre taux ?

- ☐ Augmenté ☐ Diminué

Pour quelle(s) raison(s) ?

- ☐ Demande de votre employeur ou requis/nécessaire pour le poste
- ☐ En raison de la charge de travail
- ☐ Pour des raisons familiales (y.c. grossesse, naissance, garde de petits enfants ou autre aide aux proches)
- ☐ Pour des raisons financières (augmenter le salaire, la retraite, diminution de la charge fiscale, etc.)
- ☐ Pour une formation / un projet professionnel
- ☐ Pour avoir plus de temps pour vous / par envie
- ☐ Pour des raisons de santé
- ☐ Autre

Veillez indiquer quelle autre raison :

Votre activité professionnelle est-elle limitée dans le temps, c'est-à-dire avez-vous une date d'échéance prévue dans votre contrat de travail ?

- ☐ Oui ☐ Non

Quelle est la durée totale de votre contrat de travail ?

- ☐ 5 mois ou moins
- ☐ De 6 à 11 mois
- ☐ De 12 à 17 mois
- ☐ De 18 à 23 mois
- ☐ 24 mois ou plus

Charge de travail

Veuillez indiquer à quelle fréquence...

	Moins d'une fois par mois/ jamais	Une à deux fois par mois	Une à deux fois par semaine	Une à deux fois par jour	Plusieurs fois par jour
... votre travail vous oblige-t-il à travailler très rapidement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... votre travail vous oblige-t-il à travailler très dur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... votre travail vous laisse-t-il peu de temps pour effectuer les tâches ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... y a-t-il beaucoup de tâches à effectuer ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... devez-vous faire plus de travail que vous ne pouvez en faire correctement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre influence sur le rythme de travail et les pauses/congés

Pouvez-vous prendre des vacances plus ou moins quand vous le souhaitez ?

Jamais/presque jamais <input type="radio"/>	Rarement <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Souvent <input type="radio"/>	Très souvent/toujours <input type="radio"/>
---	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

Pouvez-vous interrompre votre travail pour parler avec un-e collègue ?

Jamais/presque jamais <input type="radio"/>	Rarement <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Souvent <input type="radio"/>	Très souvent/toujours <input type="radio"/>
---	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

Si vous avez des affaires personnelles à régler, avez-vous la possibilité de vous absenter de votre lieu de travail pendant une demi-heure sans que cela ait été prévu ?

Jamais/presque jamais <input type="radio"/>	Rarement <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Souvent <input type="radio"/>	Très souvent/toujours <input type="radio"/>
---	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

Devez-vous faire des heures supplémentaires ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Pouvez-vous décider quand faire une pause ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Ressources (dotations)

Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les propositions suivantes

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Le personnel est en nombre suffisant pour faire le travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a suffisamment de personnel dans l'équipe pour garantir des soins de qualités aux patient·es/client·es/résident·es	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a une assistance logistique/technique adéquate qui me permet de passer du temps avec mes patient·es/client·es/résident·es	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je dispose d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de prise en charge des patient·es/client·es/résident·es avec d'autres professionnel·les	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je travaille avec des professionnel·les compétent·es	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vos possibilités de développement professionnel

Avez-vous la possibilité d'apprendre de nouvelles choses grâce à votre travail ?

Dans une très large
mesure
☐

Dans une large
mesure
☐

Jusqu'à un certain
point
☐

Pas tellement
☐

Très peu
☐

Pouvez-vous utiliser vos compétences ou votre expertise dans votre travail ?

Dans une très large
mesure
☐

Dans une large
mesure
☐

Jusqu'à un certain
point
☐

Pas tellement
☐

Très peu
☐

Votre travail vous donne-t-il l'opportunité de développer vos compétences ?

Dans une très large
mesure
☐

Dans une large
mesure
☐

Jusqu'à un certain
point
☐

Pas tellement
☐

Très peu
☐

Equilibre vie privée - professionnelle

Y a-t-il des moments où vous devez être au travail et à la maison en même temps ?

Oui, certainement
☐

Oui, jusqu'à un certain
point
☐

Oui, mais juste un peu
☐

Non, pas du tout
☐

Sentez-vous que votre travail vous prend tellement d'énergie que cela a un impact négatif sur votre vie privée ?

Oui, certainement
☐

Oui, jusqu'à un certain
point
☐

Oui, mais juste un peu
☐

Non, pas du tout
☐

Veillez indiquer si les propositions suivantes s'appliquent à vous.

Les exigences de mon travail interfèrent avec ma vie privée et familiale

Oui, certainement
☐

Oui, jusqu'à un certain
point
☐

Oui, mais juste un peu
☐

Non, pas du tout
☐

En raison de mes obligations professionnelles, je dois modifier mes projets d'activités privées et familiales

Oui, certainement
☐

Oui, jusqu'à un certain
point
☐

Oui, mais juste un peu
☐

Non, pas du tout
☐

Je dois travailler lorsque je suis à la maison (en dehors de mon temps de travail)

Oui, certainement
☐

Oui, jusqu'à un certain
point
☐

Oui, mais juste un peu
☐

Non, pas du tout
☐

Vos relations avec votre responsable direct·e

Votre travail dépend-il d'un·e responsable hiérarchique ?

☐ Oui

☐ Non

Veillez évaluer votre responsable direct·e en fonction de la fréquence à laquelle il ou elle adopte le comportement ci-dessous

	Jamais/ presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent/ toujours
Il/elle communique une vision claire et positive de l'avenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il/elle traite le personnel comme des individus à part entière, soutient et encourage leur développement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il/elle encourage et reconnaît le travail du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il/elle favorise la confiance, l'implication et la coopération entre les membres de l'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il/elle encourage à penser les problèmes différemment et il/elle remet en question les suppositions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il/elle est clair·e sur ses valeurs et met en pratique ce qu'il/elle préconise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il/elle insufflé fierté et respect chez les autres et m'inspire grâce à ses compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre implication dans les prises de décision

Avez-vous une grande influence sur les décisions portant sur votre travail ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Avez-vous votre mot à dire sur le choix des personnes avec lesquelles vous travaillez ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Pouvez-vous influencer la quantité de travail qui vous est attribuée ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Pouvez-vous influencer la quantité de travail à réaliser ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Pouvez-vous influencer ce que vous faites au travail ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Pouvez-vous influencer la rapidité de votre travail ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Avez-vous une influence sur comment faire votre travail ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Sentiment d'appartenance

Y a-t-il une bonne ambiance entre vous et vos collègues ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Y a-t-il une bonne ambiance entre vos collègues au travail ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

Vous sentez-vous faire partie d'une communauté* sur votre lieu de travail ?

Jamais/presque
jamais
☐

Rarement
☐

Parfois
☐

Souvent
☐

Très
souvent/toujours
☐

**Communauté signifie ici : ensemble ou groupe de personnes qui ont des intérêts, des habitudes, des opinions communes*

Collaboration interprofessionnelle

Vous trouverez ci-dessous des questions et des affirmations sur la collaboration interprofessionnelle. Pensez à votre environnement de travail actuel pour répondre aux questions et évaluer les affirmations. Si vous n'avez pas d'emploi actuellement, pensez à votre dernier environnement de travail.

Pour quel pourcentage de vos patient-es le plan de soins individuel est-il établi conjointement par du personnel d'au moins deux groupes professionnels différents (p.ex. personnel infirmier et médecins) ?

- ☐ 0%
- ☐ De 1% à 25%
- ☐ De 26% à 50%
- ☐ De 51% à 75%
- ☐ Plus de 75%

Les professionnel·les de santé avec lequel·les je suis en contact/je travaille...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Moyennement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
...prennent en considération les données et informations communiquées par les autres professionnel·les, concernant leur patient·e/client·e.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...fonctionnent ou collaborent facilement malgré l'existence de zones floues dans le partage des responsabilités.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...collaborent régulièrement à l'élaboration d'une stratégie commune de prise en charge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...échangent entre eux les informations pertinentes au sujet de leurs patient·es/client·es commun·es.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...collaborent entre eux pour assurer le suivi de leurs patient·es/client·es commun·es.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lors de situations difficiles ou complexes et si nécessaire, les professionnel·les sollicitent du soutien (avis, conseil) auprès d'autres groupes professionnels.

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Reconnaissance de votre travail

Les questions qui suivent portent sur la façon dont votre travail est reconnu. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les propositions suivantes.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Mes collègues me félicitent ou me remercient pour souligner un bon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes collègues reconnaissent ma contribution au bon fonctionnement de l'équipe ou du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes collègues me donnent une appréciation spontanée sur la qualité de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes collègues font preuve de considération à mon égard (salutations, sympathie et attentions agréables)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes supérieur-es donnent des mots d'encouragement lorsque je fais face à une situation difficile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes supérieur-es font preuve d'écoute quand j'ai besoin de leur parler de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes supérieur-es font preuve de considération à mon égard (salutations, sympathie et attentions agréables)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes supérieur-es reconnaissent ma valeur en me laissant suffisamment d'autonomie dans mes fonctions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon employeur me donne des possibilités d'avancement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon employeur me donne les moyens qu'il faut pour travailler efficacement (budget, équipement, moyens humains)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon employeur m'apporte une reconnaissance financière pour la qualité de mon travail (par des augmentations, des primes, des avantages monétaires ou en nature)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon employeur me propose des formations assurant le développement de mes compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les questions qui suivent portent sur la façon dont votre travail est reconnu. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les propositions suivantes.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les patient·es/client·es/résident·es et/ou leurs proches me remercient pour mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les patient·es/client·es/résident·es et/ou leurs proches font preuve de considération à mon égard (salutations, sympathie et attentions agréables)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon travail est reconnu par les autres professionnel·les de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les acteurs du système de santé me laissent suffisamment d'autonomie pour exercer ma profession	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le système de santé actuel me donne les moyens suffisants pour travailler efficacement (rémunération, offre de formation, personnel qualifié)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le système de santé actuel reconnaît l'importance et la valeur de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Préparation à la réalité du travail

Jugez-vous que votre formation vous a globalement bien préparé·e pour votre activité professionnelle ?

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans mon travail, j'utilise la pleine étendue de ma pratique

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sens du travail

Votre travail a-t-il du sens pour vous ?

Dans une très
grande mesure

☐

Dans une grande
mesure

☐

Plus ou moins

☐

Dans une faible
mesure

☐

Dans une très
faible mesure

☐

Avez-vous le sentiment que le travail que vous faites est important ?

Dans une très
grande mesure

☐

Dans une grande
mesure

☐

Plus ou moins

☐

Dans une faible
mesure

☐

Dans une très
faible mesure

☐

Qualité des soins

Les questions ci-dessous portent sur la qualité de soins dispensés dans votre contexte de travail (que ce soit en équipe, en réseau ou dans le cadre d'une activité indépendante). Certaines questions seront redondantes avec des questions auxquelles vous avez déjà répondu. Merci d'y répondre tout de même en pensant cette fois-ci à la qualité des soins dans votre contexte de travail. Pour cela, veuillez indiquer votre degré d'accord pour chaque proposition.

Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les propositions suivantes.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Moyennement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je dispose des services de soutien qui me permettent de passer du temps avec mes patient·es	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnel·les de la santé ont de bonnes relations de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnel·les de la santé gèrent leur propre activité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je dispose d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de prise en charge des patient·es avec d'autres professionnel·les de la santé (ou collègues)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a suffisamment de professionnel·les de la santé qualifié·es dans l'équipe pour garantir aux patient·es une prise en charge de qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai la liberté de prendre des décisions importantes concernant les soins aux patient·es et mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne suis pas confronté·e à des situations où je dois faire des choses qui vont à l'encontre de mon jugement professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre les différents groupes professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La façon dont sont organisées les prises en charge favorise la continuité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Mauvaise	Plutôt mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
En général, comment décririez-vous la qualité des soins délivrés aux patient·es dans votre institution/cabinet/maison de santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Jamais	Une fois	Plusieurs fois par année	Chaque mois	Chaque semaine
En raison du volume de travail, j'ai fait sortir des patient·es plus vite et/ou négligé leur prise en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'ai pas expliqué de manière complète toutes les options de traitement ou répondu à toutes les questions des patient·es	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai fait des erreurs de prise en charge ou de prescription de test/médicaments, qui n'étaient pas en lien avec un manque de connaissances ou d'expérience de ma part	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai prêté peu d'attention aux conséquences sociales ou personnelles que la maladie pourrait avoir pour les patient·es	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bien-être et santé globale

Dans l'ensemble, dans quelle mesure êtes-vous satisfait·e de votre vie ces derniers jours ?

Pas du tout satisfait·e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complètement satisfait·e
-------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------

De manière générale, à quel point vous sentez-vous heureux·euse ou malheureux·euse ?

Extrêmement malheureux·euse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement heureux·euse
-----------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------

De manière générale comment évalueriez-vous votre santé physique ?

Mauvaise

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Excellente

☐

Comment évalueriez-vous globalement votre santé mentale générale ?

Mauvaise

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Excellente

☐

Dans l'ensemble, à quel point estimez-vous que les choses que vous faites dans votre vie en valent la peine ?

N'en
valent pas
du tout la
peine

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

En valent
tout à fait
la peine

☐

J'ai conscience de ma raison d'être dans la vie

Pas du
tout
d'accord

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tout à fait
d'accord

☐

J'agis toujours pour promouvoir le bien en toutes circonstances, même dans les situations difficiles

Pas vrai
pour moi

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tout à fait
vrai pour
moi

☐

Je suis toujours capable d'abandonner un peu de bonheur maintenant, pour un plus grand bonheur plus tard

Pas vrai
pour moi

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tout à fait
vrai pour
moi

☐

Je suis satisfait-e de mes amitiés et de mes relations

Pas du
tout
d'accord

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tout à fait
d'accord

☐

Mes relations sont aussi satisfaisantes que je le voudrais

Pas du
tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est...

Mauvaise

Médiocre

Bonne

Très bonne

Excellente

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Epuisement et stress

Dans l'ensemble, sur la base de votre définition de l'épuisement, comment évaluez-vous votre degré d'épuisement ?

- ☐ 1 = J'apprécie mon travail. Je n'ai pas de symptôme d'épuisement.
- ☐ 2 = Je suis parfois stressé·e, et je n'ai pas toujours autant d'énergie qu'avant, mais je ne me sens pas épuisé·e.
- ☐ 3 = Je suis réellement en train de m'épuiser et je présente un ou plusieurs symptômes d'épuisement, tels que de l'épuisement physique et émotionnel.
- ☐ 4 = Les symptômes d'épuisement professionnel que j'éprouve ne disparaissent pas. Je pense souvent à mes frustrations au travail.
- ☐ 5 = Je me sens complètement épuisé·e et je me demande souvent si je vais être capable de continuer. J'en suis au point où j'ai peut-être besoin de changements ou d'une aide quelconque.

Le stress correspond à une situation dans laquelle une personne se sent tendue, agitée, nerveuse ou anxieuse, ou n'arrive pas à dormir la nuit parce qu'elle a l'esprit constamment troublé. Ressentez-vous ce type de stress ces jours-ci ?

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Enormément

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Intention de rester

Si vos conditions/votre contexte de travail devaient rester les mêmes ces prochains mois, resteriez-vous à votre poste actuel ?

Non pas du tout
☐

Plutôt non
☐

Cela dépend
☐

Plutôt oui
☐

Oui, tout à fait
☐

Si vos conditions/votre contexte de travail devaient rester les mêmes ces prochains mois, resteriez-vous dans votre profession actuelle ?

Non pas du tout
☐

Plutôt non
☐

Cela dépend
☐

Plutôt oui
☐

Oui, tout à fait
☐

Si vos conditions/votre contexte de travail devaient rester les mêmes ces prochains mois, resteriez-vous dans le domaine de la santé ?

Non pas du tout
☐

Plutôt non
☐

Cela dépend
☐

Plutôt oui
☐

Oui, tout à fait
☐

Intention de quitter

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous cherché une nouvelle place de travail ou une place de travail complémentaire ?

Jamais
☐

Quelques fois
☐

Quelques fois par
mois
☐

Quelques fois par
semaine
☐

Tous les jours
☐

Combien de fois, au cours de l'année écoulée, avez-vous envisagé de quitter votre profession ?

Jamais
☐

Quelques fois
☐

Quelques fois par
mois
☐

Quelques fois par
semaine
☐

Tous les jours
☐

Combien de fois, au cours de l'année écoulée, avez-vous envisagé de quitter le domaine de la santé ?

Jamais
☐

Quelques fois
☐

Quelques fois par
mois
☐

Quelques fois par
semaine
☐

Tous les jours
☐

A quel point êtes-vous satisfait·e de votre travail dans son ensemble, en prenant en considération tous les aspects ?

Très insatisfait·e

☐

Insatisfait·e

☐

Satisfait·e

☐

Très satisfait·e

☐

Votre parcours professionnel

Depuis le début de votre activité professionnelle dans le domaine de la santé, combien de fois avez-vous changé d'employeur ?

fois

Pour quelle raison principale avez-vous quitté votre dernier emploi ?

- ☐ Maladie / accident / raison de santé
- ☐ Licenciement
- ☐ Fin du contrat/stage
- ☐ Démission / raison volontaire
- ☐ Service militaire/civile
- ☐ Autre raison involontaire

Pour quelle raison principale avez-vous démissionné / quitté votre dernier emploi ?

- ☐ Conditions de travail pas satisfaisantes
- ☐ Envie de changement/promotion
- ☐ Formation / formation continue
- ☐ Responsabilité familiales/personnelles
- ☐ Autre raison volontaire

Depuis le début de votre activité professionnelle dans le domaine de la santé, combien de fois avez-vous changé de contexte de travail (p.ex. hôpital, institution, cabinet, etc.) ?

fois

Depuis le début de votre activité professionnelle dans le domaine de la santé, combien de fois avez-vous changé de canton ou pays de travail ?

fois

Depuis le début de votre activité professionnelle dans le domaine de la santé, avez-vous :

	Oui, une fois	Oui, plusieurs fois	Non, jamais
Interrompu votre activité plus d'un an ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Été au chômage ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Combien de temps avez-vous interrompu votre activité au total?

année(s)

Pour quelle(s) raison(s) ?

Pourquoi, après cette/ces interruption(s) avez-vous repris votre activité dans le domaine de la santé ?

Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû vous absenter de votre travail en raison d'accident(s) ou de maladie(s) lié(s) à votre travail ?

☐ Oui ☐ Non

Dans votre carrière dans le domaine de la santé, avez-vous travaillé :

- ☐ Seulement dans le secteur public
- ☐ Seulement dans le secteur privé
- ☐ Seulement dans le secteur parapublic (fondations ou associations avec mandat public)
- ☐ Principalement dans le secteur public
- ☐ Principalement dans le secteur privé
- ☐ Principalement dans le secteur parapublic (fondations ou associations avec mandat public)

Dans quel secteur était (est) votre premier emploi dans le domaine de la santé ?

- ☐ Dans le secteur public
- ☐ Dans le secteur privé
- ☐ Dans le secteur parapublic (fondation ou association avec mandat public)

Dans quel secteur est votre emploi actuel dans le domaine de la santé ?

- ☐ Dans le secteur public
- ☐ Dans le secteur privé
- ☐ Dans le secteur parapublic (fondation ou association avec mandat public)

A combien s'élève votre revenu net mensuel moyen en francs suisses (CHF) ? Revenu net : celui que vous recevez à la fin du mois, après les déductions

- ☐ Jusqu'à 2'000 CHF
- ☐ Entre 2001 et 4'000 CHF
- ☐ Entre 4'001CHF et 6'000 CHF
- ☐ Entre 6'001 CHF et 8000 CHF
- ☐ Entre 8'001 CHF et 10'000 CHF
- ☐ Plus de 10'000 CHF

De combien de personnes se compose votre ménage ?

1
2
3
4
5
6 ou plus

Y a-t-il d'autres revenus que le vôtre dans votre ménage ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

A combien s'élève approximativement le revenu net mensuel moyen de votre ménage en francs suisses (CHF) ? Revenu net : celui que vous recevez à la fin du mois, après les déductions

- ☐ Jusqu'à 3'000 CHF
- ☐ Entre 3'001 et 6'000 CHF
- ☐ Entre 6'001CHF et 9'000 CHF
- ☐ Entre 9'001 CHF et 12'000 CHF
- ☐ Entre 12'001 CHF et 15'000 CHF
- ☐ Plus de 15'000 CHF

Vous-même

Parmi les propositions suivantes, laquelle vous décrit le mieux ?

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme
- ☐ Autre
- ☐ Je préfère ne pas répondre

Merci de préciser :

Quelle est votre année de naissance ?

2010
2009
2008
2007
2006
2005
2004
2003
2002
2001
2000
1999
1998
1997
1996
1995
1994
1993
1992
1991
1990
1989
1988
1987
1986
1985
1984
1983
1982
1981
1980
1979
1978
1977
1976
1975
1974
1973
1972
1971
1970
1969
1968
1967

1966
1965
1964
1963
1962
1961
1960
1959
1958
1957
1956
1955
1954
1953
1952
1951
1950

Etes-vous...

- ☐ Suisse
☐ Binational·e ou Tri national·e (Suisse et étranger·ère)
☐ Etranger·ère

Quel est votre état civil officiel ?

- ☐ Célibataire
☐ Concubin·e ou partenariat enregistré ou marié·e
☐ Séparé·e ou partenariat dissous ou divorcé·e
☐ Veuf·ve

Avez-vous des enfants ?

- ☐ Oui ☐ Non

Combien d'enfant(s) avez-vous dans les tranches d'âge suivantes ?

Enfant(s) d'âge préscolaire (jusqu'à 4 ans environ)
Enfant(s) d'âge scolaire primaire (dès 4 ans environ)
Enfant(s) d'âge scolaire secondaire (dès 12 ans environ)
Enfant(s) en formation (après la scolarité obligatoire, dès 15 ans environ)
Enfant(s) ayant terminé leur formation (après la scolarité obligatoire / adultes)

Les proches aidant·es sont des personnes de tous les groupes d'âge qui apportent leur soutien à une personne dont elles se sentent proches ou parce qu'elles se sentent tenues de le faire. Elles assistent une personne dans des tâches quotidiennes, lorsque celle-ci ne pourrait pas réaliser ces tâches seule pour des raisons de santé. Cette dépendance peut être due à une maladie physique ou psychique, un handicap ou une fragilité. On parle de proches aidant·es lorsque le soutien est fourni durablement et met largement à contribution le/la proche. Cette définition vous correspond-elle ?

- ☐ Oui, actuellement
- ☐ Oui, dans le passé
- ☐ Non

Quel est votre lieu de résidence ?

NPA :

Canton (ou pays si hors de Suisse) :

AG
AI
AR
BE
BL
BS
FR
GE
GL
GR
JU
LU
NE
NW
OW
SG
SH
SO
SZ
TG
TI
UR
VD
VS
ZG
ZH
Allemagne
Autriche
France
Italie
Autre

Veuillez préciser quel autre pays :

Quel est votre lieu de travail principal ?

NPA :

Canton :

AG
AI
AR
BE
BL
BS
FR
GE
GL
GR
JU
LU
NE
NW
OW
SG
SH
SO
SZ
TG
TI
UR
VD
VS
ZG
ZH

Quel est le temps moyen de votre trajet entre votre domicile et votre lieu de travail principal ?

Heures :

Minutes :

Souhaitez-vous faire un commentaire sur votre situation professionnelle et/ou ajouter un aspect important qui n'a pas été traité par le questionnaire ?

Comment avez-vous entendu parler de SCOHPICA ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Par internet (site SCOHPICA ou sites des associations professionnelles)
- ☐ Par les informations envoyées par les associations professionnelles ou les faitières (e-mails ou newsletter papier)
- ☐ Par les réseaux sociaux (LinkedIn, Instagram, etc.)
- ☐ Par le bouche-à-oreille
- ☐ Par les médias ou la presse
- ☐ Par la presse spécialisée (journal ou magazine professionnel)
- ☐ Autre

Par quelle autre source avez-vous entendu parler de SCOHPICA ?

Selon vous, que devrions-nous faire pour encourager davantage de professionnel·les à participer ?

Selon vous, que devrions-nous faire pour que vous participiez le plus longtemps possible à la cohorte ?

De manière à ce que nous puissions vous recontacter l'année prochaine pour le suivi de la cohorte et le prochain questionnaire, veuillez indiquer votre adresse e-mail privée ci-dessous :

Merci de répéter votre adresse e-mail pour vérification :

Seriez-vous d'accord d'être contacté·e dans le futur afin de participer à un entretien individuel ou de groupe portant sur votre parcours et vécu professionnels ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, nous vous remercions de nous fournir une adresse e-mail de contact privée ci-dessous :

Merci de répéter votre adresse e-mail pour vérification :

Si vous souhaitez participer au tirage au sort de 20 bons d'achat d'une valeur de CHF 50.- chacun, merci de renseigner une adresse e-mail afin que nous puissions vous contacter si vous gagnez :

Merci de répéter votre adresse e-mail pour vérification :

**Un grand merci pour votre participation et pour votre aide sur ce projet.
Vous pouvez enregistrer vos réponses en bas de la page.**