



Etiquette ID

L'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe

2017

Questionnaire auto-administré

ID du répondant: - -

Prénom/Initiales:

Date de l'interview: / /

ID-Enquêteur:

Comment remplir ce questionnaire ?

Veillez répondre aux questions des pages suivantes en cochant simplement la case située à côté de la réponse qui vous convient.

Merci de cocher la ou les réponse(s) qui conviennent:

Correct ou

Incorrect

Nous vous prions de répondre aux questions les unes après les autres. Ne sautez une question que lorsque vous êtes explicitement invité(e) à le faire.

Exemple:

Avez-vous des enfants?

Oui > → ***Si vous cochez «oui» dans cet exemple, continuez avec la question suivante.***

Non > PASSEZ À LA QUESTION

→ ***Si vous cochez «non» dans cet exemple, passez à la question indiquée dans l'encadré.***

Comment retourner ce questionnaire ?

Si l'enquêteur ou l'enquêtrice se trouve encore chez vous quand vous avez fini de remplir le questionnaire, veuillez le lui donner. Sinon, veuillez le renvoyer au plus vite au moyen de l'enveloppe préaffranchie à l'adresse suivante:

LINK Institut
Spannortstrasse 7/9
6003 Luzern

TOUTES VOS REPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES.

1. A la fin de l'entretien, nous vous avons demandé si vous pensiez vivre jusqu'à un âge donné. Maintenant, nous souhaiterions vous demander jusqu'à quel âge vous souhaiteriez vivre. Donc, si vous aviez le choix, jusqu'à quel âge aimeriez-vous vivre?

J'aimerais vivre **jusqu'à l'âge de** **ans.** Je ne sais pas

2. Si vous pensez à votre VIE ACTUELLE, dans quelle mesure les aspects suivants de la vie sont importants pour vous?

(Veuillez ne cocher qu'une seule case par ligne)

	Pas du tout important	Pas très important	Important	Très important	Fonda- mental
2a) Le niveau de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b) La sécurité personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c) La santé et une hygiène de vie saine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d) Le conjoint/partenaire et la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2e) Les ami(e)s et les relations sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2f) La participation active à la société	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2g) Le temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2h) La religion et la foi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2i) La carrière et les succès professionnels actuels ou passés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2j) Le développement personnel (faire de nouvelles expériences, apprendre de nouvelles choses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2k) Changer les choses ou faire bouger les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2l) Apprécier les petites joies du quotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Si vous repensez à votre vie lorsque vous aviez 25 ANS, dans quelle mesure les aspects suivants de la vie étaient importants pour vous à l'époque ?

(Veuillez ne cocher qu'une seule case par ligne)

	Pas du tout important	Pas très important	Important	Très important	Fonda- mental
3a) Le niveau de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b) La sécurité personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c) La santé et une hygiène de vie saine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3d) Le conjoint/partenaire et la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3e) Les ami(e)s et les relations sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3f) La participation active à la société	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3g) Le temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3h) La religion et la foi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3i) La carrière et le succès professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3j) Le développement personnel (faire de nouvelles expériences, apprendre de nouvelles choses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3k) Changer les choses ou faire bouger les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3l) Apprécier les petites joies du quotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Si vous repensez au passé, dans quelle mesure regrettez-vous ...

(Veuillez ne cocher qu'une seule case par ligne)

	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Fortement	Très fortement
4a) ... la manière dont vous avez géré vos finances personnelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b) ... les décisions au sujet de votre formation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c) ... les décisions au sujet de votre travail et de votre carrière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d) ... les décisions qui ont eu un impact sur votre vie familiale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e) ... la manière dont vous avez entretenu les amitiés et les relations sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4f) ... les décisions au sujet de votre santé et de vos comportements en matière de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4g) ... la manière dont vous avez géré vos loisirs et votre temps libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4h) ... la manière dont vous vous êtes comporté(e) en général comme le fait de n'avoir pas été plus indépendant(e), plus franc(he), plus sociable, ou de n'avoir pas plus contribué à la société?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4i) ... de ne pas avoir apprécié suffisamment les petites joies du quotidien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4j) ... le fait d'avoir fait parfois les mauvais choix dans votre vie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie actuelle et de ses différents aspects?

(Veuillez ne cocher qu'une seule case par ligne)

	Pas du tout satisfait	Pas très satisfait	Satisfait	Très satisfait	Totalement satisfait
5a) Votre vie dans son ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b) Votre niveau de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c) Votre sécurité personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d) Votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5e) Vos relations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5f) Vos ami(e)s et vos relations sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5g) Votre habitation/logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5h) Votre voisinage/quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5i) Le temps libre que vous avez à disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5j) Ce que vous avez réussi dans la vie en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Nous aimerions maintenant vous poser quelques questions par rapport À LA JOURNÉE D'HIER. Veuillez prendre un moment pour vous rappeler ce que vous avez fait et vécu hier. Quel était le jour de la semaine hier ?

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi
- Samedi
- Dimanche

7. A quelle fréquence avez-vous ressenti les émotions suivantes DURANT LA JOURNÉE D'HIER ?

(Veuillez ne cocher qu'une seule case par ligne)

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	La plupart du temps
7a) Plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b) Calme/Détente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c) Inquiétude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7d) Tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7e) Bonheur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7f) Colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7g) Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7h) Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7i) Espoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7j) Reconnaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7k) Honte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7l) Amour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7m) Ennui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7n) Peine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7o) Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7p) Satisfaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7q) Frustration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7r) Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7s) Résignation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7t) Hostilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7u) Nervosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7v) Solitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7w) La fierté d'avoir réussi quelque chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7x) Le sentiment d'être utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Toujours en pensant à la journée d'hier, combien de temps avez-vous passé ...

Veillez insérer le nombre d'heures et de minutes passées à effectuer chaque activité. Par exemple, si vous avez passé une heure et demie sur une activité, insérer 1 pour les heures et 30 pour les minutes. Si vous n'avez pas du tout fait l'activité en question, veuillez indiquer 0 dans les heures et 0 dans les minutes. Notez aussi que les activités ne s'excluent pas mutuellement. Par exemple, si vous avez passé une heure à lire un livre seul(e) à la maison, veuillez indiquer cette durée aussi bien dans la catégorie «lire des livres, des journaux ou des magazines» que dans la catégorie «seul(e) à la maison».

- | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|---------|
| 8a) ... à faire le ménage ou des travaux d'entretien, comme cuisiner, nettoyer, jardiner, etc.? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8b) ... à travailler (contre rémunération)? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8c) ... à vous occuper d'une personne malade, fragile ou en situation de handicap? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8d) ... à faire du bénévolat? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8e) ... à vous promener, faire des efforts physiques ou du sport? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8f) ... à prendre soin de vous ou de votre santé, comme par exemple votre hygiène personnelle, les rendez-vous chez le médecin, etc.? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8g) ... à voyager ou à vous déplacer pour aller au travail? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8h) ... à regarder la télévision? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8i) ... à écouter la radio? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8j) ... à lire des livres, des journaux ou des magazines? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8k) ... sur l'ordinateur ou sur internet? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8l) ... avec votre famille que ce soit en personne ou au téléphone? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8m) ... avec vos ami(e)s que ce soit en personne ou au téléphone? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |
| 8n) ... seul(e) à la maison? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | heure(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | minutes |

9. La journée d'hier était-elle normale, particulièrement mauvaise ou particulièrement belle?

(Veuillez ne cocher qu'une seule réponse)

- C'était une journée normale.
- C'était une journée particulièrement MAUVAISE.
- C'était une journée particulièrement BELLE.

10. Dans un mois normal, à quelle fréquence avez-vous des discussions profondes sur des choses importantes comme vos sentiments, vos souhaits, vos espoirs, vos préoccupations ou vos peurs avec les personnes suivantes?

(Veuillez ne cocher qu'une seule case par ligne)

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Ne s'applique pas
10a) Epoux(se) ou partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b) Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10c) Petits-enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10d) Autres membres de la famille comme les frères et sœurs, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10e) Les ami(e)s et connaissances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Souffrez-vous ou un membre de votre ménage souffre-t-il d'une des allergies suivantes?

(Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

	OUI, moi-même	OUI, un autre membre du ménage	NON, personne au sein du ménage
11a) Rhume des foins, pollen, herbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11b) Poussières, acariens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11c) Poils d'animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11d) Moisissures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11e) Aliments (ex: noix, crustacés, œufs, froment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11f) Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Avez-vous actuellement un ou plusieurs animaux domestiques suivants dans votre ménage?

(Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- 12a) Chien
- 12b) Chat
- 12c) Oiseau
- 12d) Poisson
- 12e) Autre, veuillez préciser:
- 12f) Pas d'animaux dans votre ménage > PASSEZ À LA QUESTION **16.**

13. Qui a décidé de prendre un animal ou des animaux ?

(Veuillez ne cocher qu'une seule réponse)

- 13a) C'était ma décision.
- 13b) C'est une décision que j'ai prise avec quelqu'un d'autre.
- 13c) C'était la décision d'une autre personne.
- 13d) Je ne sais pas.

14. Qui s'occupe principalement de l'animal ou des animaux?

(Veuillez ne cocher qu'une seule réponse)

- 14a) Moi uniquement
- 14b) Moi et quelqu'un d'autre
- 14c) Quelqu'un d'autre uniquement
- 14d) Je ne sais pas.

15. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations suivantes au sujet de la relation que vous entretenez avec cet animal ou ces animaux (même si vous ne vous en occupez pas personnellement).

(Veuillez ne cocher qu'une seule case par ligne)

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni d'accord, ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
15a) J'ai du plaisir à avoir mon animal avec moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15b) J'aime mon animal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15c) Mon animal me tient compagnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15d) Prendre soin de mon animal coûte très cher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15e) J'aime prendre soin de mon animal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15f) Mon animal est mon ami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15g) Je parle à mon animal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15h) Mon animal contribue à mon bonheur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15i) Je joue souvent avec mon animal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15j) Je parle avec les autres au sujet de mon animal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15k) Grâce à mon animal, je sors plus souvent de la maison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15l) Mon animal m'aide à entrer en contact avec d'autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15m) Mon animal perçoit mes émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15n) Mon animal m'énerve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15o) C'est beaucoup de travail de prendre soin de mon animal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Pour finir, merci d'indiquer encore une fois votre sexe et votre année de naissance:

a) Je suis ...

un homme

une femme

b) Je suis né(e) en (année).

Nous vous remercions vivement d'avoir pris le temps de répondre à nos questions.

Merci de rendre ce questionnaire à l'enquêteur ou l'enquêtrice, ou de le retourner par la poste à l'aide de l'enveloppe préaffranchie à l'adresse suivante:

LINK Institut
Spannortstrasse 7/9
6003 Luzern