**QUESTIONNAIRE PERSONNE ÂGÉE**

**PARTIE 1 (A compléter uniquement lors du premier volet de l’enquête. Par la suite, ces données seront anonymisées et uniquement le numéro de sujet qui vous sera accordé, sera utilisé)**

**Numéro de sujet (sera accordé par l’investigateur): ……………………..**

**Informations personnelles**

Nom et prénom: …………………………………………………………………………

Âge: ............................................................................................................................

Sexe (entourez): homme / femme

Domicile: …………………………………………………………………………….

**Santé**

Maladies (entourez): oui / non

(si oui, lesquelles?): ……………………………………………………..………………

……………………………..……………………………………………………………

Maux liés à l’âge (entourez): oui / non

(si oui, lesquelles?): ……………………………………………………..………………

……………………………..……………………………………………………………

Alarme personelle (entourez): oui / non

Types de dispositifs (entourez): oui / non (si oui, lesquels? cochez):

* + Appareil auditif (l’oreille gauche / l’oreille droite / les deux oreilles)
	+ Lunettes / lentilles / d’autres dispositifs visuels
	+ Dispositifs d’aide à la marche (p. ex. Canne, déambulateur, béquille).
	Lesquels?: ……………………..………..............................................................
	+ Autre chose (lesquels?): …………………………………….……………………

**Facteurs environnementaux**

Combien d’enfants avez-vous ?……… enfants

Combien de petits-enfants avez-vous ? .… petits-enfants

Combien d’arrière-petits-enfants avez-vous ? ….. arrière-petits-enfants

Quel est votre diplôme le plus élevé ? (cochez)

* + École primaire
	+ Secondaire inférieur / 7e et 8e années (jusqu’à 14 ans)
	+ Secondaire supérieur
	+ Enseignement supérieur de type court (graduat, bachelier)
	+ Enseignement supérieur de type long / universitaire (licence, master)
	+ Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cochez la réponse qui correspond à votre situation.

* + Je vis seul
	+ Je vis avec mon/ma partenaire
	+ Je vis avec ma famille
	+ Je vis chez des amis
	+ Autre situation (veuillez décrire) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Les soins**

Les aidants proches sont des amis ou des membres de votre famille qui vous rendent visite et vous aident. Cela comprend les personnes dans le quartier que vous visitez régulièrement (par exemple. Le pharmacien qui demande si vous allez bien quand vous allez chercher des médicaments.)

Quels aidants proches vous rendent visite régulièrement et pourquoi ? (p. ex. Bea, votre fille, vous rend visite chaque semaine. Elle vient voir comment vous allez et si elle peut vous ramener quelque chose du supermarché.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénom  | Relation avec cette personne  | Fréquence des contacts : nombre de fois par semaine | Pourquoi cette personne vous rend-elle visite ? En quoi vous aide-t-elle ?  |
|  |  |  |  |

Les prestataires de soins sont formés à l’aide aux personnes, p. ex. médecin de famille, spécialiste, infirmier/infirmière à domicile, kinésithérapeute, aide familiale, femme de ménage. Quels prestataires de soins vous rendent visite régulièrement ? (p. ex. Johan Vandeputte, infirmier à domicile, vous rend visite 1 fois par jour)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom  | Profession  | Fréquence des contacts : nombre de fois par semaine | Pourquoi cette personne vous rend-elle visite ? En quoi vous aide-t-elle ?  |
|  |  |  |  |

**Attitude par rapport à la technologie**

Quel était votre niveau de maîtrise des outils informatiques et des technologies par le passé (p. ex. ancienne expérience professionnelle) ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………….

Quel est votre niveau de maîtrise actuel des outils informatiques et des technologies ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………….

Cochez ce que vous utilisez actuellement:

* Téléphone fixe
* GSM / smartphone
* PC
* Laptop
* Tablet
* Consoles de jeux (vb. Nintendo, xbox)
* Smart tv
* GPS
* Capteurs telecare
* Autre (veuillez préciser): ………………..……………………………………………….

Pourquoi utilisez-vous cette technologie ? (cochez)

* SMS
* les médias sociaux (facebook, twitter)
* e-mail
* recherche d’informations pratiques
* traitement de texte
* jeux
* opérations bancaires
* faire des achats
* autres raisons. Lesquelles?

Avez-vous accès à internet? (entourez) oui / non

Où pouvez-vous accéder à internet?

* • A la maison
* • A la bibliothèque
* • Ailleurs, (veuillez préciser).: ………………………………

**PARTIE 2 : questionnaire (à compléter lors de chaque volet de l’enquête)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Très mauvaise | Mauvaise | Ni bonne,ni mauvaise | Bonne | Très bonne |
| 1(G1) | Comment trouvez-vous votre qualité de vie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
| 2(G4) | Etes-vous satisfait de votre santé? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Complètement |
| 3(F1.4) | La douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4(F11.3) | Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5(F4.1) | Trouvez-vous la vie agréable? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6(F24.2) | Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Tout à fait |
| 7(F5.3) | Etes-vous capable de vous concentrer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8(F16.1) | Vous sentez vous en sécurité dans votre vie de tous les jours? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9(F22.1) | Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10(F2.1) | Avez-vous assez d’énergie dans la vie de tous les jours? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11(F7.1) | Acceptez-vous votre apparence physique? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12(F18.1) | Avez-vous assez d’argent pour satisfaire vos besoins? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13(F20.1) | Avez-vous le sentiment d’ëtre assez informé pour faire face à la vie de tous les jours? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Tout à fait |
| 14(F21.1) | Avez-vous la possiblilité d’avoir des activités de loisirs? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Très mauvaise | Mauvaise | Ni bonne,ni mauvaise | Bonne | Très bonne |
| 15(F9.1) | Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
| 16(F3.3) | Etes-vous satisfait de votre sommeil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17(F10.3) | Etes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18(F12.4) | Etes-vous satisfait de votre capacité à travailler? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas dus tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Extrêmement |
| 19(F6.3) | Avez-vous une bonne opinion de vous-même ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
| 20(F13.3) | Etes-vous satisfait de vos relations personnelles? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21(F15.3) | Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22(F14.4) | Etes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
| 23(F17.3) | Etes-vous satisfait de l’endroit où vous vivez? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24(F19.3) | Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
| 25(F23.3) | Etes-vous satisfait de vos moyens de transport? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Jamais | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
| 26 (F8.1) | Eprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l’axiété ou dépression? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**PARTIE 3 : questionnaire (ne complétez cette partie que si vous avez utilisé les nouvelles technologies au cours des 3 derniers mois)**

Vous trouverez ci-dessous quelques questions en général relatives aux nouvelles technologies que vous avez utilisé, cela peut être la plate-forme de communication, les capteurs dans la maison, la montre GPS et/ou le suivi du taux d’hydratation.

Avez-vous trouvé ces nouvelles technologies faciles à utiliser  (entourez)?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| compliquées,difficile à utiliser |  | faciles à utiliser, intuitives |

Trouvez-vous les nouvelles technologies fiables ? Leur faites-vous confiance  (entourez)?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| non fiables,ne fonctionnent pas comme prévu |  | fiables, fonctionnent comme promis |

Pensez-vous que les nouvelles technologies pourraient vous aider à vivre plus longtemps chez vous de manière autonome (entourez)? oui / non

Pourquoi? / Pourquoi pas? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Aimeriez-vous continuer à utiliser ces nouvelles technologies (entourez)?
oui / non

Pourquoi? / Pourquoi pas? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pensez-vous que les nouvelles technologies pourraient aider d’autres personnes âgées à vivre plus longtemps chez elles de manière autonome ? (entourez)? oui / non

Pourquoi? / Pourquoi pas? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Recommanderiez-vous la nouvelle technologie à quelqu'un d'autre (cercle)? Oui / Non

Pourquoi / pas?:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Voici quelques questions au sujet de votre attitude par rapport aux nouvelles technologies testées dans cette étude. Il suffit de compléter les questions sur les technologies que vous avez utilisées.**

1. **Nourish APP/ communicatie platform**

À quelle fréquence avez-vous utilisé la plate-forme de communication au cours des 3 derniers mois ?

* + Tous les jours
	+ Plusieurs fois par semaine
	+ Une fois par semaine
	+ Plusieurs fois par mois
	+ Une fois par mois
	+ Quelques fois
	+ Jamais

Pour quelle raison précise avez-vous utilisé la plate-forme de communication au cours des 3 derniers mois ?

* + Pour communiquer avec les aidants proches
	+ Pour communiquer avec les prestataires de soins
	+ Comme agenda, pour savoir par exemple quand ont lieu mes rendez-vous
	+ Pour d’autres raisons. Lesquelles ?..............................................................
	+ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous trouvé la plate-forme de communication facile à utiliser ?

* + Oui, elle est facile à utiliser
	+ Non, elle est difficile / compliquée à utiliser

À quels problèmes avez-vous été confronté(e) lors de l’utilisation de la plate-forme de communication ? À quelle fréquence et quand ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment ces problèmes ont-ils été surmontés? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’avez-vous trouvé positif ou utile lors de l’utilisation de la plate-forme de communication ? À quelle fréquence et quand ?

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment l’utilisation de la plate-forme de communication a-t-elle influencé :

|  |
| --- |
| * Vos communications/contacts avec les aidants proches et les prestataires de soins ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Votre sentiment de proximité avec le monde extérieur?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| effet négatif invloed |  | aucun effet |  | effet positif |
| * Votre sentiment de solitude ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| influence négative invloed |  | aucune influence |  | influence positive |
| * Votre sentiment de sécurité?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins en sécurité |  | aucune différence |  | plus en sécurité |
| * Votre sentiment quant à votre vie privée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de vie privée |  | aucune différence |  | plus de vie privée |
|  |  |  |  |  |
| * Votre sens de choix et de contrôle?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de choix/contrôle |  | aucune différence |  | plus de choix/contrôle |
| * Votre sentiment de se sentir soutenu ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de soutien |  | aucune différence |  | plus de soutien |
| * Votre sentiment d’avoir confiance en soi ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de confiance |  | aucune différence |  | plus de confiance |
| * Votre sentiment d’indépendance ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins d’indépendance |  | aucune différence |  | plus d’indépendance |
| * Votre niveau de stress?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de stress |  | aucune différence |  | plus de stress |

1. **Capteurs télécare / Smart things**

Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence les capteurs installés dans la maison vous ont-ils signalé un problème ?

* + Tous les jours
	+ Plusieurs fois par semaine
	+ Une fois par semaine
	+ Plusieurs fois par mois
	+ Une fois par mois
	+ Quelques fois
	+ Jamais

Avez-vous trouvé les capteurs dans la maison faciles à utiliser ?

* + Oui, ils sont faciles à utiliser
	+ Non, ils sont difficiles à utiliser

À quels problèmes avez-vous été confronté(e) lors de l’utilisation des capteurs dans la maison ?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Comment ces problèmes ont-ils été surmontés? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’avez-vous trouvé positif ou utile lors de l’utilisation des capteurs dans la maison ?………………………………………………………………………….……

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment l’utilisation des capteurs dans la maison ont-ils influencés :

|  |
| --- |
| * Vos communications/contacts avec les aidants proches et les prestataires de soins ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Votre sentiment de proximité avec le monde extérieur?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| effet négatif invloed |  | aucun effet |  | effet positif |
| * Votre sentiment de solitude ??
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| influence négative invloed |  | aucune influence |  | influence positive |
| * Votre sentiment de sécurité?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins en sécurité |  | aucune différence |  | plus en sécurité |
|  |  |  |  |  |
| * Votre sentiment quant à votre vie privée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de vie privée |  | aucune différence |  | plus de vie privée |
| * Votre sens de choix et de contrôle?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de choix/contrôle |  | aucune différence |  | plus de choix/contrôle |
| * Votre sentiment de se sentir soutenu ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de soutien |  | aucune différence |  | plus de soutien |
| * Votre sentiment d’avoir confiance en soi ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de confiance |  | aucune différence |  | plus de confiance |
| * Votre sentiment d’indépendance ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins d’indépendance |  | aucune différence |  | plus d’indépendance |
| * Votre niveau de stress?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de stress |  | aucune différence |  | plus de stress |

1. **GPS horloge**

Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé votre montre GPS pour déterminer votre position ?

* + Tous les jours
	+ Plusieurs fois par semaine
	+ Une fois par semaine
	+ Plusieurs fois par mois
	+ Une fois par mois
	+ Quelques fois
	+ Jamais

Avez-vous trouvé la montre GPS facile à utiliser ?

* + Oui, elle est facile à utiliser
	+ Non, elle est difficile à utiliser

À quels problèmes avez-vous été confronté(e) lors de l’utilisation de la montre GPS ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment ces problèmes ont-ils été surmontés? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’avez-vous trouvé positif ou utile lors de l’utilisation de la montre GPS ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Comment l’utilisation de la montre GPS a-t-elle influencé :

|  |
| --- |
| * Vos communications/contacts avec les aidants proches et les prestataires de soins ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| * Votre sentiment de proximité avec le monde extérieur?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| effet négatif invloed |  | aucun effet |  | effet positif |
| * Votre sentiment de solitude ??
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| influence négative invloed |  | aucune influence |  | influence positive |
| * Votre sentiment de sécurité?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins en sécurité |  | aucune différence |  | plus en sécurité |
| * Votre sentiment quant à votre vie privée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de vie privée |  | aucune différence |  | plus de vie privée |
| * Votre sens de choix et de contrôle?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de choix/contrôle |  | aucune différence |  | plus de choix/contrôle |
| * Votre sentiment de se sentir soutenu ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de soutien |  | aucune différence |  | plus de soutien |
| * Votre sentiment d’avoir confiance en soi ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de confiance |  | aucune différence |  | plus de confiance |
| * Votre sentiment d’indépendance ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins d’indépendance |  | aucune différence |  | plus d’indépendance |
| * Votre niveau de stress?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de stress |  | aucune différence |  | plus de stress |

1. **OBLI**

Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence la fonction d’alarme de l’appareil de suivi d’hydratation vous a-t-elle indiqué que vous deviez boire plus ?

* + Tous les jours
	+ Plusieurs fois par semaine
	+ Une fois par semaine
	+ Plusieurs fois par mois
	+ Une fois par mois
	+ Quelques fois
	+ Jamais

Avez-vous trouvé l’appareil de suivi d’hydratation facile à utiliser ?

* + Oui, il est facile à utiliser
	+ Non, il est difficile à utiliser

À quels problèmes avez-vous été confronté(e) lors de l’utilisation de l’appareil de suivi d’hydratation ?….…………………………………………………….

………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..

Comment ces problèmes ont-ils été surmontés? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’avez-vous trouvé positif ou utile lors de l’utilisation de l’appareil de suivi d’hydratation?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment l’utilisation de l’appareil de suivi d’hydratation a-t-elle influencé:

|  |
| --- |
| * Vos communications/contacts avec les aidants proches et les prestataires de soins ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Votre sentiment de proximité avec le monde extérieur?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| effet négatif invloed |  | aucun effet |  | effet positif |
| * Votre sentiment de solitude ??
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| influence négative invloed |  | aucune influence |  | influence positive |
| * Votre sentiment de sécurité?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins en sécurité |  | aucune différence |  | plus en sécurité |
| * Votre sentiment quant à votre vie privée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de vie privée |  | aucune différence |  | plus de vie privée |
| * Votre sens de choix et de contrôle?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de choix/contrôle |  | aucune différence |  | plus de choix/contrôle |
| * Votre sentiment de se sentir soutenu ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de soutien |  | aucune différence |  | plus de soutien |
|  |  |  |  |  |
|  |
| * Votre sentiment d’avoir confiance en soi ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de confiance |  | aucune différence |  | plus de confiance |
| * Votre sentiment d’indépendance ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins d’indépendance |  | aucune différence |  | plus d’indépendance |
| * Votre niveau de stress?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de stress |  | aucune différence |  | plus de stress |

Avez-vous d’autres remarques à formuler concernant votre participation à cette étude ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………