

Questionnaire EGEA4 _B / auto-complétée

Date de naissance (mois/année) :

Sexe :

masculin

féminin

__ __ | __ __ | __ __

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : __ __ | __ __ | 2 | 0 | 2 | __

Est-ce que le questionnaire est rempli (plusieurs réponses possibles) ?

seul

avec l'aide d'une personne de l'équipe EGEA

en version papier"

SOMMEIL

1. En moyenne, de combien d'heures de sommeil considérez-vous avoir besoin généralement pour être en forme le lendemain ?

__ __ heures
__ __ minutes

2. Pensez-vous être une personne

Tout à fait du matin Tout à fait du soir Ni du soir, ni du matin Je ne sais pas

Plutôt du matin Plutôt du soir Les deux : du matin et du soir

Les réponses à indiquer aux questions suivantes correspondent soit à un horaire (format : de 0 à 24 heures), soit à une durée comme précisé à la suite de chaque question.

En semaine ou en période de travail, et le plus souvent :

3. A quelle heure vous mettez-vous au lit ? (horaire)

__ __ heures
__ __ minutes

4. A quelle heure éteignez-vous la lumière ? (horaire)

__ __ heures
__ __ minutes

5. Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? (durée)

__ __ heures
__ __ minutes

6. Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?

Si oui 6

non oui

7. En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ?

__ __

8. Quelle est la durée moyenne des périodes où vous vous êtes réveillé(e) ? (durée)

__ __ heures
__ __ minutes

9. A quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ? (horaire)

__ __ heures
__ __ minutes

10. A quelle heure vous levez-vous ? (horaire)

__ __ heures
__ __ minutes

Les jours de repos ou de vacances, et le plus souvent :

11. A quelle heure vous mettez-vous au lit ? (horaire)

__ __ heures
__ __ minutes

12. A quelle heure éteignez-vous la lumière ? (horaire)

__ __ heures
__ __ minutes

13. Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? (durée)

__ __ heures
__ __ minutes

14. Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?

Si oui 14

non oui

15. En moyenne, combien de fois vous réveillez-vous par nuit ?

__ __

16. Quelle est la durée moyenne des périodes où vous vous êtes réveillé(e) ? (durée)

__ __ heures
__ __ minutes

17. A quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ? (horaire)

__ __ heures
__ __ minutes

18. A quelle heure vous levez-vous ? (horaire)

__ __ heures
__ __ minutes

19. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous eu :

a) des difficultés à vous endormir

jamais rarement régulièrement souvent

b) des réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés

jamais rarement régulièrement souvent

c) des réveils très tôt le matin sans pouvoir vous rendormir

jamais rarement régulièrement souvent

20. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous sentis excessivement somnolent(e) pendant la journée ?

jamais rarement régulièrement souvent

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE SF-36

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :
- Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise
2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?
- Bien meilleur que l'an dernier Plutôt meilleur A peu près pareil
 Plutôt moins bon Beaucoup moins bon
3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.
- | | Oui, beaucoup limité(e) | Oui, un peu limité(e) | Non, pas du tout limité(e) |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer à la pétanque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Soulever et porter des courses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Monter plusieurs étages par l'escalier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Monter un étage par escalier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Marcher plus d'un km à pied | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Marcher plusieurs centaines de mètres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Marcher une centaine de mètres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :
- a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? non oui
- b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? non oui
- c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? non oui
- d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ?
(par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) non oui
5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :
- a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? non oui
- b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? non oui
- c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'enthousiasme que d'habitude ? non oui
6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnelle, vous a-t-il gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?
- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Énormément
7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?
- Nulle Très faible Faible Moyenne Grande Très grande
8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?
- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Énormément
9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :
- | | En permanence | Très souvent | Souvent | Quelques fois | Rarement | Jamais |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| e. Vous vous êtes senti(e)
débordant(e) d'énergie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Vous vous êtes senti(e) triste et
abattu(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Vous vous êtes senti(e)
heureux(se) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnelle, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- En permanence Une bonne partie du temps De temps en temps Rarement Jamais

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

- | | Totalement
vrai | Plutôt
vrai | Je ne
sais
pas | Plutôt
fausse | Totalement
fausse |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Je tombe malade plus facilement que les autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Je me porte aussi bien que n'importe qui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Je suis en excellent santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTIONNAIRE HAD

Ce questionnaire a été conçu de façon à nous permettre d'évaluer ce que vous éprouvez sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée

01. Je me sens tendue ou énervée :

- La plupart du temps Souvent De temps en temps Jamais

02. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant qu'avant Pas autant Un peu seulement Presque plus

03. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement Oui, mais ce n'est pas trop grave
 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas Pas du tout

04. Je ris et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé Plus autant qu'avant Vraiment moins qu'avant Plus du tout

05. Je me fais du souci :

- Très souvent Assez souvent Occasionnellement Très occasionnellement

06. Je suis de bonne humeur :

- Jamais Rarement Assez souvent La plupart du temps

07. Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée :

- Oui, quoi qu'il arrive Oui, en général Rarement Jamais

08. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours Très souvent Parfois Jamais

09. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais Parfois Assez souvent Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais
 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas Un peu Pas tellement Pas du tout

12. Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais

14. Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à une bonne émission de télévision :

- Souvent Parfois Rarement Très rarement

BOISSONS ALCOOLISEES

Les questions suivantes portent sur votre consommation de boissons alcoolisées en nombre de verres dits « standard ». Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous



1. Pouvez-vous décrire, en nombre de verres standard par jour en moyenne, votre consommation de boissons alcoolisées au cours de la dernière semaine ? (si vous n'avez pas consommé de boisson alcoolisée, indiquez-le dans la première colonne)

	Aucune boisson alcoolisée	Bière, cidre	Vin, champagne (Rouge, blanc, rosé)	Alcool fort (whisky, vodka, pastis, ...)	Apéritif (suze, Martini, ...)	Cocktail (Gin tonic, Punch, Téquila sunrise...)
Du lundi au jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVITE PHYSIQUE

Les questions suivantes portent sur le temps que vous avez passé à être actif(ve) physiquement **ces 7 derniers jours**. Elles incluent des questions sur les **activités** que vous faites **au travail, à domicile et dans votre jardin, pour vos déplacements d'un endroit à l'autre et pendant votre temps libre pour les loisirs, l'exercice ou le sport**. Merci de répondre à chaque question même si vous ne vous considérez pas comme une personne physiquement active.

- Les activités physiques **intenses** correspondent aux activités qui demandent un gros effort physique et font respirer beaucoup plus fort que d'habitude
- Les activités physiques **modérées** correspondent aux activités qui demandent un effort physique modéré et font respirer un plus fort que d'habitude.

1. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez fait des **activités physiques intenses** comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ?

Si ≥ 1 jour à 1

2. En général, combien de temps avez-vous passé à faire des **activités intenses** au cours de l'un de ces jours (veuillez indiquer le temps en heure(s) et minute(s). Par exemple 90 minutes par jour doit être noté 1 heure et 30 minutes)

3. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez fait des **activités physiques modérées** comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement, ou jouer au volley-ball ou au tennis en souble ? Ne pas inclure la marche

Si ≥ 1 jour

4. En général, combien de temps avez-vous passé à faire des **activités modérées** au cours de l'un de ces jours (veuillez indiquer le temps en heure(s) et minute(s). Par exemple 90 minutes par jour doivent être noté 1 heure et 30 minutes)

jours/semaines
 Pas d'activité physique intense

heures
 minutes

jours/semaine
 Pas d'activité physique modérée

heures
 minutes par jour

5. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours pendant lesquels vous avez marché pendant au moins 10 minutes d'affilée (incluez la marche au travail, à la maison, pour aller d'un endroit à un autre, et tout autre marche que vous avez pu faire dans le cadre de vos loisirs, pour le sport ou pendant votre temps libre) ?

Si ≥ 1 jour

6. En général, combien de temps avez-vous marché au cours de l'un de ces jours ?

7. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps en moyenne, avez-vous passé assis(e), un jour de semaine (hors week-end) ? (Incluez le temps de loisir, le temps passé au travail, à la maison, à étudier. Cela peut comprendre le temps passé assis(e) à un bureau, lors d'une visite chez des amis, à lire ou allongé(e) à regarder la télévision).

8. Pensez-vous que votre activité physique des 7 derniers jours représente assez bien votre activité physique moyenne sur l'année ?

- Oui Non, l'activité physique des 7 derniers jours était plus importante
 non l'activité physique des 7 derniers jours était moins importante ne sait pas

jour de marche
 pas de marche

heures
 minutes par jour

heures
 minutes par jour

ANIMAUX DOMESTIQUES

1. Avez-vous des animaux de compagnie ?

non oui

Si oui à 1

2. Le(s)quel(s) ?

- Chat Chien Rongeur Oiseau Autre, précisez :

TACHES DOMESTIQUES

1. Vous faites-vous aider pour faire le ménage à votre domicile (comme par exemple par des membres de la famille, des amis, une aide à domicile)

non oui

Nous allons maintenant vous poser des questions pour décrire les activités de ménage que vous effectuez personnellement

Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
--------	--	--	---

2. Dans les 12 derniers mois, combien de jours par semaine avez-vous fait personnellement le ménage à votre domicile ?

3. Dans les 12 derniers mois, combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les **produits de nettoyage** suivants :

a) Eau de javel, chlore ou produit pour blanchir

b) Ammoniac

c) Vinaigre blanc

d) Autres acides dont produits pour enlever le tartre, acide chlorhydrique, ...

e) Détachants et autres solvants

f) Cires liquides ou solides et produits pour lustre (sols, meubles)

g) Autres nettoyeurs liquides, sauf produits vaisselle et lessive

h) Lingettes nettoyantes ou désinfectantes

i) Produits d'entretien « bio » ou « Vert »

4. Dans les 12 derniers mois, combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les produits sous forme de **spray, atomiseur ou aérosol** suivants :

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Plan de travail, évier, plaque de cuisson, table, meubles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Douche, baignoire, lavabo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Vitres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Repassage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Autres (laver le sol, nettoyer le four, écrans, tapis, rideaux, enlever les tâches, insecticides/pesticides/acaricides, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Combien de temps au total par semaine utilisez-vous ces produits sous forme liquide, mousse, poudre, lingette, spray ?

- Jamais ou <1fois/sem <10 minutes/sem 10-30 min/sem 30 min à 1h/sem 1 à 2h/sem >2h/sem

Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
--------	--	--	---

6. Dans les 12 derniers mois, combien de jours par semaine des **produits parfumés ou senteurs** sont utilisés dans votre logement par vous ou une autre personne

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Parfums d'ambiance, senteurs liquides ou solides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Bougies parfumées, encens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Rafraichisseurs d'air électrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Rafraichisseurs d'air, produit anti-mauvaise odeurs en spray ou aérosol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Utilisez-vous personnellement des produits de nettoyage « faits maison » à votre domicile ?

Si oui à 7

8. Avec quel type de produits les fabriquez-vous ?

- Bicarbonate de soude Vinaigre blanc Savon Huiles essentielles
 Autre, précisez :

9. A quelle fréquence utilisez-vous ces produits ?

- Moins d'un jour par semaine 1 à 3 jours par semaine 4 à 7 jours par semaine

10. Les utilisez-vous sous forme de spray ?

non oui

non oui

SILHOUETTE

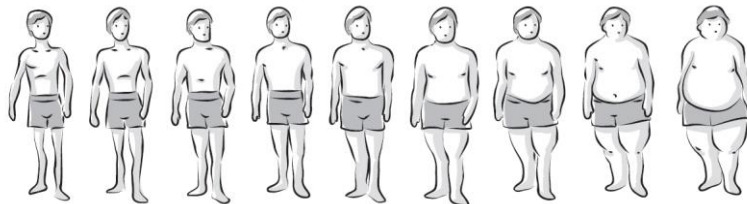
1. Pour chaque âge, pouvez-vous nous indiquer le dessin qui décrit le mieux votre silhouette à cet âge (pour les femmes seulement)



- a. Actuellement
- b. A l'âge de 8 ans
- c. A l'âge de vos premières règles (puberté)
- d. A 30 ans
- e. A 45 ans
- f. A l'âge de la ménopause (12 mois sans règles menstruelles)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. Pour chaque âge, pouvez-vous nous indiquer le dessin qui décrit le mieux votre silhouette à cet âge (pour les hommes seulement)



- a. Actuellement
- b. A l'âge de 8 ans
- c. A l'âge où votre voix a mué (puberté)
- d. A 30 ans
- e. A 45 ans
- f. A 55 ans

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

FOYER – CADRE DE VIE

1. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sans diplôme | <input type="checkbox"/> Certificat de formation générale, certificat d'études primaires, diplôme national du brevet (BEPC ou Brevet des Collèges) | <input type="checkbox"/> Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), Brevet d'étude professionnelles (BEP) | <input type="checkbox"/> Baccalauréat ou diplôme équivalent |
| <input type="checkbox"/> Bac +2 (BTS, DUT, DEUG...) | <input type="checkbox"/> Bac + 3 ou +4 | <input type="checkbox"/> Bac + 5 ou plus | |

2. Quel est le montant total des revenus mensuels nets après prélèvement de l'impôt sur le revenu de votre foyer (c'est-à-dire la somme des revenus des personnes de votre foyer ou vos propres revenus si vous vivez seul(e) ou en colocation), en incluant toutes les sources de revenus : salaires, allocations, pensions, locations, placements financiers... ?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 500€ | <input type="checkbox"/> de 501 à 1200€ | <input type="checkbox"/> de 1200€ à 2000€ | <input type="checkbox"/> de 2001 à 4000€ |
| <input type="checkbox"/> de 4001 à 7000€ | <input type="checkbox"/> plus de 7000€ | <input type="checkbox"/> ne sait pas / ne souhaite pas répondre | |

3. Quelle est votre situation de famille actuelle au sens de l'état civil ?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Séparé(e) ou divorcé(e) |
| <input type="checkbox"/> Veuf(ve) | <input type="checkbox"/> Célibataire | |

4. Combien de personnes vivent régulièrement dans votre foyer (y compris vous-même)

5. Parmi ces personnes, combien ont moins de 18 ans ?

--	--	--