

A remplir par l'enquêteur:

Groupe/ménage/répondant nr.:

____/____/____

Prénom: _____

N° Enquêteur: _____

ENQUÊTE EMPLOI DU TEMPS 2013

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL POUR LES 10 – 17 ans

Le SPF Economie organise une enquête auprès de la population belge pour savoir comment les gens occupent leur temps. Votre participation à cette enquête est vraiment importante pour la qualité des résultats. Chaque membre du ménage qui remplit correctement l'agenda des 2 jours et les questionnaires, reçoit un dédommagement de € 15.

Qui doit répondre à ce questionnaire-ci ? Chaque membre du ménage âgé de plus 10 ans et de moins de 18 ans. Ce questionnaire vise à connaître la situation personnelle de chacun. Nous demandons donc que ce soit la personne concernée qui réponde elle-même!

Pour répondre, veuillez cocher l'item qui reflète le mieux votre situation. En général, il y a une seule réponse possible par question. Si plusieurs réponses sont permises, ce sera précisé dans la question.

Nous vous demandons de bien vouloir répondre à toutes les questions. Si dans le commentaire, on vous renvoie vers un numéro de question (par exemple "→ passez à la question 7"), allez immédiatement à cette question (dans ce cas, vous ne devez pas répondre aux questions entre les 2).

Veuillez compléter ce questionnaire après le dernier des 2 jours pendant lesquels vous avez rempli l'agenda !

INFORMATION SUR VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

Dans cette partie, quelques questions sur vos habitudes alimentaires.
Les questions ci-dessous concernent la semaine passée.
Indiquez par 1 croix à quels jours cela s'applique.

Question 1. Quels jours avez-vous mangé seul?

Question 2. Quels jours avez-vous pris le petit-déjeuner ...

- 2a. à la maison?.....
2b. à l'école/à la cantine?.....
2c. dans un café ou un restaurant?

Question 3. Quels jours avez-vous pris le repas de midi ...

- 3a. à la maison?.....
3b. à l'école/à la cantine?.....
3c. dans un café ou un restaurant?

Question 4. Quels jours avez-vous pris le repas du soir ...

- 4a. à la maison?.....
4b. à l'école/à la cantine?.....
4c. dans un café ou un restaurant?

Question 5. Quels jours avez-vous mangé un repas chaud ...

- 5a. à midi?.....
5b. au soir?

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Question 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Question 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Question 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Question 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Question 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORGANISATION DU TEMPS

Question 6. Dans un planning journalier sont notées les tâches du lendemain, le temps prévu pour les faire et éventuellement l'ordre dans lequel elles doivent être faites. Veuillez répondre aux questions ci-dessous, à propos de votre planning journalier personnel.

	Toujours	Souvent	De temps en temps	Parfois	Jamais
6a. Pensez-vous à l'avance à ce que vous allez faire demain ? → Si vous répondez 'Jamais', passez à la question 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. Notez-vous ce que vous voulez faire le lendemain sur une liste/un agenda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c. Le lendemain , faites-vous strictement ce que vous aviez prévu de faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d. Vous trouvez-vous embêté si le lendemain vous ne pouvez pas faire tout ce que vous aviez prévu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 7. Dans un planning de semaine sont notées les tâches de la semaine suivante, le temps prévu pour les faire et éventuellement l'ordre dans lequel elles doivent être faites. Veuillez répondre aux questions ci-dessous, à propos de votre planning de semaine personnel.

	Toujours	Souvent	De temps en temps	Parfois	Jamais
7a. Pensez-vous à l'avance à ce que vous allez faire la semaine prochaine ? → Si vous répondez 'Jamais', passez à la question 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b. Notez-vous ce que vous voulez faire la semaine suivante sur une liste/un agenda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c. La semaine suivante , faites-vous strictement ce que vous aviez prévu de faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7d. Vous trouvez-vous embêté si la semaine suivante vous ne pouvez pas faire tout ce que vous aviez prévu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7e. La semaine passée , avez-vous pu choisir vous-même comment occuper votre temps libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SATISFACTION

Ci-dessous une question sur votre satisfaction par rapport à la vie que vous avez eue jusqu'ici.

Question 8. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
8a. Je suis satisfait(e) de ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. Ma vie correspond presque (dans les grandes lignes) à la vie idéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c. Je vis dans de bonnes conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION SUR VOUS-MÊME

Dans cette partie, nous vous posons quelques questions sur vous-même.

Question 9. Comment est votre santé?

1. Très bonne.....
2. Bonne
3. Moyenne.....
4. Mauvaise.....
5. Très mauvaise

Question 10. Souffrez-vous d'un problème de santé physique ou mental chronique, d'une maladie ou d'un handicap?

1. Oui.....
2. Non..... → **Passez à la question 12**

Question 11. Etes-vous gêné(e) dans votre activité quotidienne par ce problème de santé?

1. Oui.....
2. Non.....

Question 12. Combien mesurez-vous? Veuillez noter votre taille en cm. cm

Question 13. Quel est votre poids? Veuillez noter votre poids en kg. Kg

Question 14. Il y avait-il quelqu'un près de vous pendant que vous remplissiez ce questionnaire?

1. Oui.....
2. Non..... → **fin du questionnaire**

Question 15. Cette personne vous a-t-elle aidé à remplir le questionnaire ?

1. Oui.....
2. Non.....