

QUESTIONNAIRE SUR LE BIEN- ETRE PISA 2018

(OPTION INTERNATIONALE)

VERSION POUR LA CAMPAGNE DÉFINITIVE

Octobre 2017

Dans ce questionnaire, vous devrez répondre à des questions sur vous-même. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Répondez en indiquant ce qui correspond le mieux à votre situation.

Vous pouvez d'ailleurs demander de l'aide si vous ne comprenez pas quelque chose ou si vous n'êtes pas sûr(e) de la façon de répondre à une question.

Vos réponses seront combinées à celles d'autres élèves pour donner des résultats totaux et des moyennes, où aucun élève particulier ne pourra être identifié. Toutes vos réponses resteront donc confidentielles.

WB150

Comment est votre santé ?

(Sélectionnez une réponse.)

WB150Q01HA Excellente ☐₀₁

WB150Q01HA Bonne ☐₀₂

WB150Q01HA Assez bonne ☐₀₃

WB150Q01HA Mauvaise ☐₀₄

WB151

Combien pesez-vous ?

(Tapez le nombre qui convient ci-dessous.)

WB151Q01HA <Poids en kilos*> _____ 01

**Note: Countries using the imperial system will adapt this question during translation.*

WB152

Combien mesurez-vous ?

(Tapez le nombre qui convient ci-dessous.)

WB152Q01HA

<Taille en cm*>

01

**Note: Countries using the imperial system will adapt this question during translation.*

WB153

Pensez à vous. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec chacune des affirmations suivantes ?

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Pas d'accord</i>	<i>D'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Je n'ai pas d'avis</i>
WB153Q01HA	Physiquement, je m'aime bien comme je suis.	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _05
WB153Q02HA	Je me trouve séduisant(e).	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _05
WB153Q03HA	Je ne m'inquiète pas pour mon poids.	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _05
WB153Q04HA	J'aime bien mon corps.	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _05
WB153Q05HA	Je trouve que mes vêtements me vont bien.	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _05

WB154

Au cours des six derniers mois, à quelle fréquence avez-vous souffert des choses suivantes ?

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Rarement ou jamais</i>	<i>Presque tous les mois</i>	<i>Presque toutes les semaines</i>	<i>Plus d'une fois par semaine</i>	<i>Presque tous les jours</i>
WB154Q01HA	Mal de tête	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB154Q02HA	Mal de ventre	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB154Q03HA	Mal de dos	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB154Q04HA	Déprime	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB154Q05HA	Irritabilité ou mauvaise humeur	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB154Q06HA	Nervosité	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB154Q07HA	Difficultés à s'endormir	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB154Q08HA	Vertiges	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB154Q09HA	Anxiété	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅

WB155

Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de chacune des choses suivantes ?

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Pas du tout satisfait(e)</i>	<i>Pas satisfait(e)</i>	<i>Satisfait(e)</i>	<i>Entièrement satisfait(e)</i>
WB155Q01HA	Votre santé	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB155Q02HA	Votre apparence	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB155Q03HA	Ce que vous apprenez à l'école	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB155Q04HA	Vos amis	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB155Q05HA	Votre quartier	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB155Q06HA	Vos affaires/ce que vous possédez	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB155Q07HA	La manière dont vous utilisez votre temps	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB155Q08HA	Votre relation avec vos parents/tuteurs	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB155Q09HA	Votre relation avec vos professeurs	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB155Q10HA	Votre vie à l'école	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄

Les questions suivantes concernent vos relations avec vos amis proches. Vos amis proches sont ceux à qui vous pouvez parler de tout et sur qui vous pouvez compter quand vous avez besoin d'aide ou de soutien.

WB156

Actuellement, combien d'amis proches avez-vous ?

WB156Q01HA

(Tapez le nombre ci-dessous.)

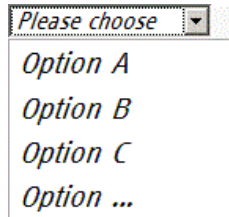
01

WB158

En général, combien de jours par semaine voyez-vous vos amis juste après l'école ?

(Sélectionnez votre réponse dans le menu déroulant.)

WB158Q01HA



Please choose ▼

- Option A
- Option B
- Option C
- Option ...

Options de réponse :

0 jour /1 jour /2 jours/3 jours/4 jours/5 jours/6 jours

WB160

À quelle fréquence téléphonez-vous à vos amis, leur envoyez-vous des textos ou les contactez-vous sur les réseaux sociaux ?

(Sélectionnez une réponse.)

WB160Q01HA Rarement ou jamais ☐₀₁

WB160Q01HA Tous les jours ☐₀₂

WB160Q01HA Plusieurs fois par jour ☐₀₃

WB161

Vos amis sont-ils bien acceptés par vos parents ou tuteurs ?

(Sélectionnez une réponse.)

WB161Q01HA Non ☐_01

WB161Q01HA Oui, mais seulement certains ☐_02

WB161Q01HA Oui, tous ☐_03

WB161Q01HA Mes parents ne connaissent pas mes amis. ☐_04

WB162

**Dans quelle mesure vous est-il facile de parler de choses
qui vous tracassent vraiment aux personnes suivantes ?**

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Très difficile</i>	<i>Difficile</i>	<i>Facile</i>	<i>Très facile</i>	<i>Ne s'applique pas à mon cas</i>
WB162Q01HA	Votre père	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB162Q02HA	Le compagnon de votre mère	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB162Q03HA	Votre mère	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB162Q04HA	La compagne de votre père	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB162Q05HA	Votre/vos frère(s)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB162Q06HA	Votre/vos sœur(s)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB162Q07HA	Votre/vos ami(s) proche(s)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB162Q08HA	Vos professeurs	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
WB162Q09HA	D'autres membres de votre famille	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅

WB163

Pensez à vos parents ou tuteurs. À quelle fréquence font-ils les choses suivantes ?

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Presque jamais</i>	<i>Parfois</i>	<i>Presque toujours</i>
WB163Q01HA	M'apporter toute l'aide dont j'ai besoin.	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃
WB163Q02HA	Me laisser faire ce que j'aime.	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃
WB163Q03HA	Me montrer qu'ils se soucient de moi.	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃
WB163Q04HA	Essayer de comprendre mes problèmes et mes inquiétudes.	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃
WB163Q05HA	M'encourager à prendre mes propres décisions.	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃
WB163Q06HA	Essayer de contrôler tout ce que je fais.	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃
WB163Q07HA	Me traiter comme un bébé.	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃
WB163Q08HA	Me réconforter quand je suis bouleversé(e).	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃

WB164

À quelle fréquence vous inquiétez-vous de savoir si votre famille a suffisamment d'argent ?

(Sélectionnez une réponse.)

- | | | |
|------------|----------|--|
| WB164Q01HA | Jamais | <input type="checkbox"/> ₀₁ |
| WB164Q01HA | Parfois | <input type="checkbox"/> ₀₂ |
| WB164Q01HA | Souvent | <input type="checkbox"/> ₀₃ |
| WB164Q01HA | Toujours | <input type="checkbox"/> ₀₄ |

WB165

Quand avez-vous assisté pour la dernière fois à un cours de mathématiques à l'école ?

(Sélectionnez une réponse.)

WB165Q01HA Aujourd'hui ou hier ☐₀₁

WB165Q01HA Il y a plus de deux jours. ☐₀₂

WB165Q01HA Il y a plus de sept jours. ☐₀₃

WB165Q01HA Je n'ai jamais suivi un tel cours. ☐₀₄

[This is a filter question routing to WB167 for students who answer “I never attended such a class”]

WB166

Comment vous sentiez-vous la dernière fois que vous avez assisté à un cours de mathématiques à l'école ?

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Plutôt</i>	<i>À l'extrême</i>
WB166Q01HA	Lassé(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB166Q02HA	Mis(e) au défi	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB166Q03HA	Nerveux(se) ou tendu(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB166Q04HA	Motivé(e) ou inspiré(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄

WB167

Quand avez-vous assisté pour la dernière fois à un cours de <langue de l'évaluation> à l'école ?

(Sélectionnez une réponse.)

WB167Q01HA Aujourd'hui ou hier ☐₀₁

WB167Q01HA Il y a plus de deux jours. ☐₀₂

WB167Q01HA Il y a plus de sept jours. ☐₀₃

WB167Q01HA Je n'ai jamais suivi un tel cours. ☐₀₄

[This is a filter question routing to WB169 for students who answer “I never attended such a class”]

WB168

Comment vous sentiez-vous la dernière fois que vous avez assisté à un cours de <langue de l'évaluation> à l'école ?

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Plutôt</i>	<i>À l'extrême</i>
WB168Q01HA	Lassé(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB168Q02HA	Mis(e) au défi	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB168Q03HA	Nerveux(se) ou tendu(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB168Q04HA	Motivé(e) ou inspiré(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄

WB171

Maintenant, pensez à la dernière fois que vous avez eu une pause entre les cours à l'école. Comment vous sentiez-vous ?

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Plutôt</i>	<i>À l'extrême</i>
WB171Q01HA	Heureux(se)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB171Q02HA	Seul(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB171Q03HA	Nerveux(se) ou tendu(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB171Q04HA	Énergique	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄

WB172

**Quand avez-vous vu vos amis en dehors de chez vous
pour la dernière fois ?**

(Sélectionnez une réponse.)

WB172Q01HA Aujourd'hui ☐_01

WB172Q01HA Hier ☐_02

WB172Q01HA Il y a plus de deux jours. ☐_03

WB172Q01HA Il y a plus de sept jours. ☐_04

WB172Q01HA Je ne vois jamais mes amis en dehors de chez
moi. ☐_05

[This is a filter question routing to WB174 for students who answer “Je ne vois jamais
mes amis en dehors de chez moi.”]

WB173

Comment vous sentiez-vous la dernière fois que vous avez vu vos amis en dehors de chez vous ?

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Plutôt</i>	<i>À l'extrême</i>
WB173Q01HA	Lassé(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB173Q02HA	Heureux(se)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB173Q03HA	Nerveux(se) ou tendu(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB173Q04HA	Énergique	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄

WB176

**Quand avez-vous fait vos devoirs/étudié pour l'école
pour la dernière fois ?**

(Sélectionnez une réponse.)

WB176Q01HA Aujourd'hui ☐₀₁

WB176Q01HA Hier ☐₀₂

WB176Q01HA Il y a plus de deux jours. ☐₀₃

WB176Q01HA Il y a plus de sept jours. ☐₀₄

WB176Q01HA Je ne fais jamais de devoirs ni n'étudie pour
l'école. ☐₀₅

[This is a filter question routing to WB032 for students who answer “Je ne fais jamais
de devoirs ni n'étudie pour l'école.”]

WB177

Comment vous sentiez-vous la dernière fois que vous avez fait vos devoirs/étudié pour l'école ?

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Plutôt</i>	<i>À l'extrême</i>
WB177Q01HA	Lassé(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB177Q02HA	Mis(e) au défi	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB177Q03HA	Nerveux(se) ou tendu(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄
WB177Q04HA	Motivé(e) ou inspiré(e)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄

WB032

Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous fait les activités physiques suivantes en dehors de l'école ?

(Sélectionnez une réponse dans chaque menu déroulant.)

WB032Q01NA01

Des activités physiques modérées d'une durée totale d'au moins 60 minutes par jour (par ex. marcher, monter des escaliers, aller à l'école à vélo, une activité <spécifique au pays>)

Please choose
Option A
Option B
Option C
Option ...

WB032Q02NA01

Des activités physiques intenses d'une durée totale d'au moins 20 minutes par jour qui vous ont fait beaucoup transpirer et vous ont essoufflé(e) (par ex. la course, le cyclisme, l'aérobic, le football, le patinage, une activité <spécifique au pays>)

Please choose
Option A
Option B
Option C
Option ...

Options de réponse :

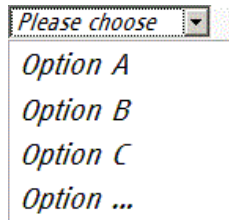
0 jour /1 jour /2 jours/3 jours/4 jours/5 jours/6 jours/7 jours

WB031

Cette année scolaire-ci, combien de jours par semaine, en moyenne, assistez-vous au cours d'éducation physique ?

WB031Q01NA

(Sélectionnez votre réponse dans le menu déroulant.)



Please choose ▼

- Option A
- Option B
- Option C
- Option ...

Options de réponse :

0 jour /1 jour /2 jours/3 jours/4 jours/5 jours/6 jours

WB178

Les questions suivantes se rapportent à votre journée d'hier.

(Sélectionnez une réponse par ligne.)

		<i>Oui</i>	<i>Non</i>
WB178Q01HA	Dans l'ensemble, avez-vous eu le sentiment d'avoir accompli quelque chose hier ?	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂
WB178Q02HA	Vous a-t-on traité(e) avec respect pendant toute la journée hier ?	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂
WB178Q03HA	Avez-vous beaucoup souri ou ri hier ?	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂
WB178Q04HA	Avez-vous appris ou fait quelque chose d'intéressant hier ?	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂
WB178Q05HA	Aviez-vous assez d'énergie pour accomplir ce que vous deviez faire hier ?	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂
WB178Q06HA	Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez passé votre temps hier ?	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂
WB178Q07HA	La journée d'hier était-elle une journée comme les autres ?	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂

***Nous vous remercions pour votre collaboration
à cette enquête !***