



# Questionnaire EDEN

## Auto-questionnaire Grossesse





Nom : ..... Prénom : .....

N° d'Identification : | | | | | | | | Date de remplissage : | | | | | | | |

### Auto-questionnaire Grossesse

#### I. Questionnaire de préférence manuelle

De quelle main vous servez-vous ? (Cochez d'une croix la bonne réponse)

	1	2	3	
	Droite	Gauche	Des 2 mains	
1. pour lancer une balle .....				1
2. pour écrire .....				2
3. pour dessiner .....				3
4. pour tenir une raquette (de tennis ou ping-pong) .....				4
5. pour vous peigner .....				5
6. pour vous brosser les dents .....				6
7. pour tenir un couteau quand vous coupez du pain .....				7
8. pour utiliser un marteau .....				8
9. pour utiliser un tournevis .....				9
10. pour tenir une allumette quand vous l'allumez .....				10
11. pour manger avec une cuillère .....				11
	Droit	Gauche	Des 2 pieds	
12. De quel pied tapez-vous dans un ballon ? .....				12
13. Quel oeil reste ouvert quand vous visez (appareil photo, caméscope) ? .....				13
14. Y a-t-il des gauchers dans votre famille ?     0. non     1. oui				14
Si oui cochez (plusieurs réponses possibles) :     1. Père     2. Mère     4. Frère     8. Sœur     16. Autres				15

Ne rien inscrire  
dans cette colonne

Si autres, précisez : .....

## II. Activité professionnelle

Avez-vous occupé un emploi **PENDANT LES 3 MOIS PRECEDANT LE DEBUT DE VOTRE GROSSESSE ?**

☐ 0. non ☐ 1. oui

1 ☐

Si oui, dans le cadre de votre travail **DANS LES 3 MOIS PRECEDANT VOTRE GROSSESSE**, avez-vous pratiqué une des activités suivantes ? (plusieurs réponses peuvent vous concerner: cochez toutes les cases nécessaires)

	1 Au moins 1 fois par jour	2 Moins d'1 fois/jour mais plus d'1 fois/ semaine	3 Plus rarement	4 Jamais	
1. Peinture (industrielle) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Peinture (bâtiment) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Fonderie de métaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Usinage de métaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Dégraissage de métaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Soudure de métaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. Nettoyage industriel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. Utilisation de colle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. Fabrique de plastique .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Utilisation de produits chimiques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
11. Développement de photos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
12. Utilisation d'anesthésiques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
13. Travail de laboratoire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
14. Travail à une température de plus de 50°C .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
15. Travail avec exposition à des rayonnements ionisants (radioactivité) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
16. Travail avec exposition à des rayonnements radars ou ondes radio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

17. Travail avec exposition à des produits phyto-sanitaires (pesticides par exemple).....						17	

Avez-vous occupé un emploi **AU COURS DE CETTE GROSSESSE** ?

☐ 0. non ☐ 1. oui

1 ☐

Si non, passez au chapitre IV, page **12**.

Si oui, nous vous demandons de bien vouloir remplir les pages ci-dessous afin de décrire certains aspects de votre travail.

Dans le cadre de votre travail **DEPUIS LE DEBUT DE VOTRE GROSSESSE**, avez-vous pratiqué

une des activités suivantes ? (plusieurs réponses peuvent vous concerner: cochez toutes les cases nécessaires)

	1 Au moins 1 fois par jour	2 Au moins 1 fois par semaine	3 Rarement	4 Jamais		
1. Peinture (industrielle) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. Peinture (bâtiment) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. Fonderie de métaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. Usinage de métaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. Dégraissage de métaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. Soudure de métaux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. Nettoyage industriel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8. Utilisation de colle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
9. Fabrique de plastique .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
10. Utilisation de produits chimiques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11. Développement de photos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
12. Utilisation d'anesthésiques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
13. Travail de laboratoire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
14. Travail à une température de plus de 50°C .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
15. Travail avec exposition à des rayonnements ionisants (radioactivité) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
16. Travail avec exposition à des rayonnements radars ou ondes radio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
17. Travail avec exposition à des produits phyto-sanitaires (pesticides par exemple) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>

### III. Stress au travail

Indiquez votre situation pour chacune des phrases suivantes en cochant la case correspondante.

*(selon les phrases une précision vous est demandée en cas d'accord ou de désaccord. Veillez à ne pas oublier de répondre à cette question complémentaire lorsque vous êtes concernée).*

**1. Je suis constamment pressée par le temps à cause d'une forte charge de travail**

Pas d'accord	<input type="checkbox"/> 0.	D'accord	<input type="checkbox"/> 1.	Si d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	<input type="checkbox"/> 0.	1	<input type="checkbox"/>
					Je suis un peu perturbée	<input type="checkbox"/> 1.		
					Je suis perturbée	<input type="checkbox"/> 2.		
					Je suis très perturbée	<input type="checkbox"/> 3.	2	<input type="checkbox"/>

**2. Je suis fréquemment interrompue et dérangée dans mon travail**

Pas d'accord	<input type="checkbox"/> 0.	D'accord	<input type="checkbox"/> 1.	Si d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	<input type="checkbox"/> 0.	3	<input type="checkbox"/>
					Je suis un peu perturbée	<input type="checkbox"/> 1.		
					Je suis perturbée	<input type="checkbox"/> 2.		
					Je suis très perturbée	<input type="checkbox"/> 3.	4	<input type="checkbox"/>

**3. J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail**

Pas d'accord	<input type="checkbox"/> 0.	D'accord	<input type="checkbox"/> 1.	Si d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	<input type="checkbox"/> 0.	5	<input type="checkbox"/>
					Je suis un peu perturbée	<input type="checkbox"/> 1.		
					Je suis perturbée	<input type="checkbox"/> 2.		
					Je suis très perturbée	<input type="checkbox"/> 3.	6	<input type="checkbox"/>

**4. Je suis souvent contrainte à faire des heures supplémentaires**

Pas d'accord	<input type="checkbox"/> 0.	D'accord	<input type="checkbox"/> 1.	Si d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	<input type="checkbox"/> 0.	7	<input type="checkbox"/>
					Je suis un peu perturbée	<input type="checkbox"/> 1.		
					Je suis perturbée	<input type="checkbox"/> 2.		
					Je suis très perturbée	<input type="checkbox"/> 3.	8	<input type="checkbox"/>

**5. Mon travail exige des efforts physiques**

Pas d'accord	<input type="checkbox"/> 0.	D'accord	<input type="checkbox"/> 1.	Si d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	<input type="checkbox"/> 0.	9	<input type="checkbox"/>
					Je suis un peu perturbée	<input type="checkbox"/> 1.		
					Je suis perturbée	<input type="checkbox"/> 2.		
					Je suis très perturbée	<input type="checkbox"/> 3.	10	<input type="checkbox"/>

6.	<b>Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant</b>								
	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	11	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.	12	__
7.	<b>Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs</b>								
	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si <b>pas</b> d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	13	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.	14	__
8.	<b>Je reçois le respect que je mérite de mes collègues</b>								
	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si <b>pas</b> d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	15	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.	16	__
9.	<b>Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles</b>								
	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si <b>pas</b> d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	17	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.	18	__
10.	<b>On me traite injustement à mon travail</b>								
	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	19	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.	20	__
11.	<b>Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail</b>								
	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	21	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.	22	__





12. Mes perspectives de promotion sont faibles	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	23	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.		
13. Ma sécurité d'emploi est menacée	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	25	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.		
14. Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si <b>pas</b> d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	27	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.		
15. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si <b>pas</b> d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	29	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.		
16. Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si <b>pas</b> d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	31	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.		
17. Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant	Pas d'accord	__ 0.	D'accord	__ 1.	Si <b>pas</b> d'accord :	Je ne suis pas du tout perturbée	__ 0.	33	__
						Je suis un peu perturbée	__ 1.		
						Je suis perturbée	__ 2.		
						Je suis très perturbée	__ 3.		
								34	__

18.	<b>La plupart du temps, je prends les critiques très à cœur</b>				35	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
19.	<b>Je suis souvent motivée par l'ambition</b>				36	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
20.	<b>La moindre interruption dans mon travail m'agace beaucoup</b>				37	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
21.	<b>Si quelque chose doit être bien fait, il vaut mieux que je le fasse moi-même</b>				38	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
22.	<b>J'aime prouver que certaines personnes ont tort</b>				39	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
23.	<b>Etre toujours un peu meilleure ou plus rapide que les autres est une sorte de jeu pour moi</b>				40	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
24.	<b>Je peux vraiment m'énervé lorsque quelqu'un m'empêche de faire ce que je suis sensée faire</b>				41	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
25.	<b>Les autres font que je m'énervé plus souvent que je ne le devrais</b>				42	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
26.	<b>Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressée par le temps</b>				43	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
27.	<b>Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin</b>				44	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		

28.	<b>Je suis irritée quand je ne parviens pas à accomplir au mieux une tâche</b>			45	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.	
29.	<b>Je ne laisse personne faire mon travail</b>			46	__
	Pas d'accord	__ 1.	Tout à fait d'accord	__ 3.	
30.	<b>Je suis particulièrement déçue quand mon travail n'est pas apprécié à sa juste valeur</b>			47	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.	
31.	<b>Lorsqu'une personne ne comprend pas assez vite, je peux m'emporter</b>			48	__
	Pas d'accord	__ 1.	Tout à fait d'accord	__ 3.	
32.	<b>Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail</b>			49	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.	
33.	<b>Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail</b>			50	__
	Pas d'accord	__ 1.	Tout à fait d'accord	__ 3.	
34.	<b>Je n'ai le sentiment d'avoir réussi que lorsque j'ai accompli ma tâche mieux que je ne pensais le faire</b>			51	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.	
35.	<b>Les gens ont confiance dans ma capacité à mener à bien les tâches difficiles</b>			52	__
	Pas d'accord	__ 1.	Tout à fait d'accord	__ 3.	
36.	<b>Je mobilise toute mon énergie pour toujours avoir le contrôle de la situation</b>			53	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.	
37.	<b>Pour moi, la famille ou ma vie privée passent avant le travail</b>			54	__
	Pas d'accord	__ 1.	Tout à fait d'accord	__ 3.	

38.	<b>Cela me met en rage quand un collègue remet en question mes compétences</b>				55	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
39.	<b>Cela ne me gêne pas d'être interrompue dans mes tâches quotidiennes</b>				56	__
	Pas d'accord	__ 1.	Tout à fait d'accord	__ 3.		
40.	<b>Je veux toujours faire plus de choses que je ne peux en accomplir</b>				57	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
41.	<b>Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit</b>				58	__
	Pas d'accord	__ 1.	Tout à fait d'accord	__ 3.		
42.	<b>Le moindre compliment stimule vraiment ma motivation</b>				59	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
43.	<b>Je ne me sens pas irritée quand d'autres font mieux que moi</b>				60	__
	Pas d'accord	__ 1.	Tout à fait d'accord	__ 3.		
44.	<b>De temps en temps, j'aime quand d'autres me détournent de mon travail</b>				61	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
45.	<b>En pensée, je suis déjà prête à accomplir ma prochaine tâche</b>				62	__
	Pas d'accord	__ 1.	Tout à fait d'accord	__ 3.		
46.	<b>Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir</b>				63	__
	Pas du tout d'accord	__ 0.	D'accord	__ 2.		
47.	<b>Au travail, je suis assise</b>					
	Pas d'accord	__ 1.	Tout à fait d'accord	__ 3.		

	Jamais  _ 0.	Parfois  _ 1.	Rarement  _ 2.	Souvent  _ 3.	Toujours  _ 4.	64	_
48. <b>Au travail, je reste debout</b>	Jamais  _ 0.	Parfois  _ 1.	Rarement  _ 2.	Souvent  _ 3.	Toujours  _ 4.	65	_
49. <b>Au travail, je marche</b>	Jamais  _ 0.	Parfois  _ 1.	Rarement  _ 2.	Souvent  _ 3.	Toujours  _ 4.	66	_
50. <b>Au travail, je porte de lourdes charges</b>	Jamais  _ 0.	Parfois  _ 1.	Rarement  _ 2.	Souvent  _ 3.	Toujours  _ 4.	67	_
51. <b>Pour me rendre à mon travail, je marche ou je fais de la bicyclette :</b>	_ 0. non  _ 1. oui					68	_
si oui, temps moyen de trajet par jour :	_ _ _  minutes					69	_ _ _

#### IV. Vos sentiments cette semaine

Quels ont été vos sentiments et vos comportements **DURANT CETTE SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER** ?

Les impressions suivantes peuvent être ressenties par la plupart des gens. Indiquez en cochant pour chaque phrase, avec quelle fréquence vous avez eu durant la semaine écoulée les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste.

Durant cette semaine,

	1 Jamais, très rarement (pendant moins d'1 jour)	2 Occasionnellement (pendant 1 à 2 jours)	3 Assez souvent (pendant 3 à 4 jours)	4 Fréquemment, tout le temps (pendant 5 à 7 jours)		
1. J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. Je me suis sentie déprimée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8. J'ai été confiante en l'avenir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
9. J'ai pensé que ma vie était un échec .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
10. Je me suis sentie craintive .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11. Mon sommeil n'a pas été bon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
12. J'ai été heureuse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
13. J'ai parlé moins que d'habitude .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
14. Je me suis sentie seule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
15. Les autres ont été hostiles envers moi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
16. J'ai profité de la vie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
17. J'ai eu des crises de larmes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>
18. Je me suis sentie triste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>

20. J'ai manqué d'entrain

|\_\_|

|\_\_|

|\_\_|

|\_\_|

| 20 |\_\_|

## V. Vos sentiments maintenant

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que des gens ont utilisés pour se décrire.

Lisez chaque énoncé, puis cochez la case appropriée, indiquez comment vous vous sentez **MAINTENANT**, c'est-à-dire **à ce moment précis**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre, mais donnez la réponse qui vous semble décrire les sentiments que vous éprouvez **ACTUELLEMENT**.

	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Modérément	4 Tout à fait		
1. Je me sens calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2. Je me sens en sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3. Je suis tendue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens surmenée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5. Je me sens tranquille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6. Je me sens bouleversée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7. Je suis préoccupée actuellement par des malheurs possibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8. Je me sens comblée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
9. Je me sens effrayée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
10. Je me sens à l'aise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11. Je me sens sûre de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
12. Je me sens nerveuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
13. Je suis affolée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
14. Je me sens indécise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
15. Je suis détendue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
16. Je me sens satisfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
17. Je suis préoccupée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>
18. Je me sens les idées embrouillées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>
19. Je sens que j'ai les nerfs solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>
20. Je me sens bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>



## VI. Activités de loisir

Pendant le premier trimestre de ma grossesse :

### 1. Je marchais pendant mon temps de loisir ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Très souvent

|\_\_|0.

|\_\_|1.

|\_\_|2.

|\_\_|3.

|\_\_|4.

1 |\_\_|

### 2. Je faisais de la bicyclette pendant mon temps de loisir ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Très souvent

|\_\_|0.

|\_\_|1.

|\_\_|2.

|\_\_|3.

|\_\_|4.

2 |\_\_|

### 3. Je faisais de la natation pendant mon temps de loisir ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Très souvent

|\_\_|0.

|\_\_|1.

|\_\_|2.

|\_\_|3.

|\_\_|4.

3 |\_\_|

### 4. Je pratiquais un autre sport régulièrement ? |\_\_|0. non |\_\_|1. oui

4 |\_\_|

si oui, quel sport pratiquiez-vous le plus souvent ? .....

combien d'heure(s) par semaine : |\_\_|\_\_| heures |\_\_|\_\_| minutes

4a. |\_\_|\_\_|  
|\_\_|\_\_|

### 5. Avez-vous interrompu la pratique d'un sport depuis le début de votre grossesse ? |\_\_|0. non |\_\_|1. oui

5 |\_\_|

### 6. Je regardais la télévision pendant mon temps de loisir ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Très souvent

|\_\_|0.

|\_\_|1.

|\_\_|2.

|\_\_|3.

|\_\_|4.

6 |\_\_|

Un grand merci pour le temps que vous consacrez à l'étude EDEN