

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> De temps en temps | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> Oui, tout autant | <input type="checkbox"/> Pas autant | <input type="checkbox"/> Un peu seulement | <input type="checkbox"/> Presque plus |
| <input type="checkbox"/> Oui, très nettement
ce n'est pas trop grave | <input type="checkbox"/> Oui, mais
cela ne m'inquiète pas | <input type="checkbox"/> Un peu mais | <input type="checkbox"/> Pas du tout |
| <input type="checkbox"/> Autant que par le passé | <input type="checkbox"/> Plus autant qu'avant | <input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant | <input type="checkbox"/> Plus du tout |
| <input type="checkbox"/> Très souvent | <input type="checkbox"/> Assez souvent | <input type="checkbox"/> Occasionnellement | <input type="checkbox"/> Très occasionnellement |
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Assez souvent | <input type="checkbox"/> La plupart du temps |
| <input type="checkbox"/> Oui, quoi qu'il arrive | <input type="checkbox"/> Oui, en général | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> Presque toujours | <input type="checkbox"/> Très souvent | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Assez souvent | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| <input type="checkbox"/> Plus du tout | <input type="checkbox"/> Je n'y accorde pas autant
d'attention que je le devrais | <input type="checkbox"/> Il se peut que je n'y fasse
plus autant attention | <input type="checkbox"/> J'y prête autant attention
que par le passé |
| <input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait le cas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Pas tellement | <input type="checkbox"/> Pas du tout |
| <input type="checkbox"/> Autant qu'avant | <input type="checkbox"/> Un peu moins qu'avant | <input type="checkbox"/> Bien moins qu'avant | <input type="checkbox"/> Presque jamais |
| <input type="checkbox"/> Vraiment très souvent | <input type="checkbox"/> Assez souvent | <input type="checkbox"/> Pas très souvent | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Très rarement |
| <input type="checkbox"/> Non..... | | <input type="checkbox"/> Oui | |
| <input type="checkbox"/> Non..... | | <input type="checkbox"/> Oui | |
| <input type="checkbox"/> Non..... | | <input type="checkbox"/> Oui | |
| <input type="checkbox"/> Oui | Combien de fois _____ | | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | Combien de fois _____ | | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Pas d'arrêt | <input type="checkbox"/> 1 arrêt | <input type="checkbox"/> 2 arrêts | <input type="checkbox"/> 3 arrêts ou plus |
| <input type="checkbox"/> Pas d'accident | <input type="checkbox"/> 1 accident | <input type="checkbox"/> 2 accidents | <input type="checkbox"/> 3 accidents ou plus |

	Oui, Actuellement	Oui, dans le passé	Non
<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"/>

oui

non