

Division Conditions de vie des Ménages

---

Enquête Santé  
2002-2003

Dictionnaire des codes  
Autoquestionnaires



Novembre 2006

## **Liste des tables**

TABLE QUEST-11-A-14-ANS .....	3
TABLE QUEST-15-A-17-ANS .....	15
TABLE QUEST-18-ANS-ET-PLUS .....	60

**TABLE QUEST-11-A-14-ANS**

## QTABAC

### Exploitation questionnaire tabac

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QASTH

### Exploitation questionnaire asthme

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

**Avez-vous déjà eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque de votre vie ?**

### ASE1

**A eu des sifflements dans la poitrine (à un moment de sa vie)**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, durant les 12 derniers mois ?**

Si ASE1=1

### ASE2

**A eu des sifflements dans la poitrine, dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Combien de fois avez-vous eu des crises de sifflements  
durant les 12 derniers mois ?**

Si ASE1=1 et ASE2=1

### **ASE3**

**Nombre de fois dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Aucune
3	1 à 3 fois
4	4 à 12 fois
	Plus de 12 fois

**Durant les 12 derniers mois, combien de fois, en  
moyenne, ces crises de sifflements vous ont-elles  
réveillées ?**

Si ASE1=1 et ASE2=1

### **ASE4**

**Nombre de fois où la personne a été réveillée par ces  
crises dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Jamais réveillé(e) avec des sifflements
3	Moins d'une nuit par semaine
	Une ou plusieurs fois par semaine

**Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé qu'une crise de  
sifflements ait été suffisamment grave pour vous  
empêcher de dire plus de 1 ou 2 mots à la suite ?**

Si ASE1=1 et ASE2=1

### **ASE5**

**Durant les 12 derniers mois, une crise de sifflements a  
été suffisamment grave pour empêcher de dire plus de 1  
ou 2 mots à la suite**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

### **ASE6**

A eu des crises d'asthme

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Durant les 12 derniers mois, avez-vous entendu des sifflements dans votre poitrine pendant ou après un effort ?

### **ASE7**

Durant les 12 derniers mois, a entendu des sifflements dans sa poitrine pendant ou après un effort

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une toux sèche la nuit alors que vous n'aviez ni rhume ni infection respiratoire ?

### **ASE8**

Durant les 12 derniers mois, a eu une toux sèche la nuit (sans rhume ni infection respiratoire)

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous déjà eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché alors que vous n'aviez ni rhume ni grippe ?

### **ASE9**

A eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché (sans rhume ni grippe)

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché alors que vous n'aviez ni rhume ni grippe ?**

Si ASE9=1

### **ASE10**

**Durant les 12 derniers mois, a eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché (sans rhume ni grippe)**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Durant les 12 derniers mois, ces problèmes de nez étaient-ils accompagnés de larmoiements et de démangeaisons (envie de vous gratter) des yeux ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE11**

**Durant les 12 derniers mois, les problèmes de nez étaient accompagnés de larmoiements et de démangeaisons des yeux**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en janvier ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12A**

**Problèmes de nez survenus en janvier**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en février ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12B**

**Problèmes de nez survenus en février**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en mars ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12C**

**Problèmes de nez survenus en mars**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en avril ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12D**

**Problèmes de nez survenus en avril**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en mai ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12E**

**Problèmes de nez survenus en mai**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui



**Avez-vous eu ces problèmes de nez en juin ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12F**

**Problèmes de nez survenus en juin**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en juillet ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12G**

**Problèmes de nez survenus en juillet**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en août ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12H**

**Problèmes de nez survenus en août**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en septembre ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12I**

**Problèmes de nez survenus en septembre**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en octobre ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12J**

**Problèmes de nez survenus en octobre**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en novembre ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12K**

**Problèmes de nez survenus en novembre**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Avez-vous eu ces problèmes de nez en décembre ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE12L**

**Problèmes de nez survenus en décembre**

0	Non réponse ou sans objet
1	Non
	Oui

**Durant les 12 derniers mois, ces problèmes de nez ont-ils gêné vos activités quotidiennes ?**

Si ASE9=1 et ASE10=1

### **ASE13**

**Durant les 12 derniers mois, ces problèmes de nez ont-ils gêné dans les activités quotidiennes**

1	Non réponse ou sans objet
2	Pas du tout
3	Un peu
4	Modérément
	Beaucoup

**Avez-vous déjà eu un rhume des foins ?**

### **ASE14**

**A eu un rhume des foins**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous déjà eu sur la peau une éruption (plaques rouges, boutons...) qui démange (envie de vous gratter), et qui apparaît et disparaît par intermittence sur une période d'au moins 6 mois ?

### **ASE15**

A eu une éruption sur la peau qui démange

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous eu cette éruption qui démange à un moment quelconque durant les 12 derniers mois ?

Si ASE15=1

### **ASE16**

Eruption survenue durant les 12 derniers mois

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Cette éruption qui démange a-t-elle, à un moment quelconque, touché l'une de ces zones suivantes : les plis des coudes, derrière les genoux, en avant des chevilles, sous les fesses, autour du cou, autour des yeux ou des oreilles ?

Si ASE16=1

### **ASE17**

L'éruption a touché une des zones citées

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Cette éruption qui démange a-t-elle complètement disparu à un moment quelconque durant les 12 derniers mois ?**

Si ASE16=1

### **ASE18**

**Disparition de cette éruption à un moment quelconque durant les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Durant les 12 derniers mois, combien de fois cette éruption qui démange vous a empêché de dormir ?**

Si ASE16=1

### **ASE19**

**Nombre de fois où cette éruption qui démange a empêché de dormir**

1	Non réponse ou sans objet
2	Jamais durant les 12 derniers mois
3	Moins d'une nuit par semaine
	Une ou plusieurs nuits par semaine

**Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?**

### **ASE20**

**A eu de l'eczéma**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Etes-vous fumeur ?

**FUMEUR**

Fumeur ou non fumeur

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, je fume tous les jours
3	Oui, mais je ne fume pas tous les jours
	Non

Fumez-vous des cigarettes ?

Si TABE1=1

**TJCGET**

Fume des cigarettes

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABE1A1=1

**TJCGETA**

Nombre d'années

Combien par jour environ ?

Si TABE1A1=1

**TJCGETJ**

Nombre par jour environ

**TABLE QUEST-15-A-17-ANS**

## QSF36

### Exploitation questionnaire santé perçue

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QASTH

### Exploitation questionnaire asthme

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QLOMB

### Exploitation questionnaire lombalgies

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QMIGR

### Exploitation questionnaire migraines

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QEVEN

### Exploitation questionnaire événements de vie

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QTABAC

### Exploitation questionnaire tabac

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable



## QALCO

### Exploitation questionnaire alcool

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

### SFA1

#### Perception de sa santé

1	Non réponse ou sans objet
2	Excellente
3	Très bonne
4	Bonne
5	Médiocre
	Mauvaise

Par rapport à l'année dernière à la même époque,  
comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment  
?

### SFA2

#### Etat de santé en ce moment, par rapport à l'année dernière à la même époque

1	Non réponse ou sans objet
2	Bien meilleur que l'an dernier
3	Plutôt meilleur
4	A peu près pareil
5	Plutôt moins bon
	Beaucoup moins bon

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel pour réaliser des efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport ?**

### **SFA3A**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour réaliser des efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel pour réaliser des efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules ?**

### **SFA3B**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour réaliser des efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel pour soulever et porter les courses ?**

### **SFA3C**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour soulever et porter les courses**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel pour monter plusieurs étages par l'escalier ?**

### **SFA3D**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour monter plusieurs étages par l'escalier**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel pour monter un étage par l'escalier ?**

### **SFA3E**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour monter un étage par l'escalier**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel pour vous pencher en avant, vous mettre à genoux, vous accroupir ?**

### **SFA3F**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel  
pour marcher plus d'un kilomètre à pieds ?**

### **SFA3G**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour  
marcher plus d'un kilomètre à pieds**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel  
pour marcher plusieurs centaines de mètres ?**

### **SFA3H**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour  
marcher plusieurs centaines de mètres**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel  
pour marcher une centaine de mètres ?**

### **SFA3I**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour  
marcher une centaine de mètres**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel pour prendre un bain, une douche, vous habiller ?**

### **SFA3J**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour prendre un bain, une douche, s'habiller**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?**

### **SFA4A**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état physique, a réduit le temps passé à son travail ou à ses activités habituelles**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?**

### **SFA4B**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état physique, a accompli moins de choses que souhaité**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?**

### **SFA4C**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état physique, a dû arrêter de faire certaines choses**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?**

### **SFA4D**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état physique, a eu des difficultés à faire son travail ou toute autre activité**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?**

### **SFA5A**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état émotionnel (comme se sentir triste, nerveux ou déprimé), a réduit le temps passé à son travail ou à ses activités habituelles**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?**

### **SFA5B**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état émotionnel (comme se sentir triste, nerveux ou déprimé), a accompli moins de choses que souhaité**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?**

### **SFA5C**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état émotionnel (comme se sentir triste, nerveux ou déprimé), a eu des difficultés à faire ce qu'il avait à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?**

### **SFA6**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, gêne dans la vie sociale**

1	Non réponse ou sans objet
2	Pas du tout
3	Un petit peu
4	Moyennement
5	Beaucoup
5	Enormément

**Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?**

### **SFA7**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, intensité des douleurs physiques**

1	Non réponse ou sans objet
2	Nulle
3	Très faible
4	Faible
5	Moyenne
6	Grande
6	Très grande



**Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou dans vos activités domestiques ?**

### **SFA8**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, limitation dans le travail et les activités domestiques**

1	Non réponse ou sans objet
2	Pas du tout
3	Un petit peu
4	Moyennement
5	Beaucoup
5	Enormément

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti dynamique ?**

### **SFA9A**

**Moments de dynamisme, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
6	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti très nerveux ?**

### **SFA9B**

**Nervosité, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ?**

### **SFA9C**

**Découragement, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?**

### **SFA9D**

**Moments de calme et détente, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où ous vous êtes senti débordant d'énergie ?**

### **SFA9E**

**Débordant d'énergie, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?**

### **SFA9F**

**Triste et abattu, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti épuisé ?**

### **SFA9G**

**Epuisement, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti heureux ?**

### **SFA9H**

**Heureux, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti fatigué ?**

### **SFA9I**

**Fatigué, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
6	Jamais

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

### **SFA10**

**Gêne dans la vie sociale, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Une bonne partie du temps
4	De temps en temps
5	Rarement
5	Jamais

Dans quelle mesure cette phrase est-elle vraie ou fausse dans votre cas : je tombe plus facilement malade que les autres ?

### SFA11A

Malade plus facilement que les autres

1	Non réponse ou sans objet
2	Totalement vraie
3	Plutôt vraie
4	Je ne sais pas
5	Plutôt fausse
	Totalement fausse

Dans quelle mesure cette phrase est-elle vraie ou fausse dans votre cas : je me porte aussi bien que n'importe qui ?

### SFA11B

Se porte aussi bien que n'importe qui

1	Non réponse ou sans objet
2	Totalement vraie
3	Plutôt vraie
4	Je ne sais pas
5	Plutôt fausse
	Totalement fausse

Dans quelle mesure cette phrase est-elle vraie ou fausse dans votre cas : je m'attends à ce que ma santé se dégrade ?

### SFA11C

S'attend à ce que sa santé se dégrade

1	Non réponse ou sans objet
2	Totalement vraie
3	Plutôt vraie
4	Je ne sais pas
5	Plutôt fausse
	Totalement fausse

Dans quelle mesure cette phrase est-elle vraie ou fausse  
dans votre cas : je suis en excellente santé ?

## SFA11D

Excellente santé

1	Non réponse ou sans objet
2	Totalement vraie
3	Plutôt vraie
4	Je ne sais pas
5	Plutôt fausse
	Totalement fausse

## PF1

Valeur imputée de SF3A

## PF2

Valeur imputée de SF3B

## PF3

Valeur imputée de SF3C

## PF4

Valeur imputée de SF3D

## PF5

Valeur imputée de SF3E

## PF6

Valeur imputée de SF3F

## PF7

Valeur imputée de SF3G

## PF8

Valeur imputée de SF3H

## **PF9**

Valeur imputée de SF3I

## **PF10**

Valeur imputée de SF3J

## **PF**

Physical functioning (score de 0 à 100)

## **RP1**

Valeur imputée de SF4A

## **RP2**

Valeur imputée de SF4B

## **RP3**

Valeur imputée de SF4C

## **RP4**

Valeur imputée de SF4D

## **RP**

Role Physical (score de 0 à 100)

## **BP1**

Valeur imputée de SF7

## **BP2**

Valeur imputée de SF8

## **BP**

Pain index (score de 0 à 100)



## **GH1**

Valeur imputée de SF1

## **GH2**

Valeur imputée de SF11A

## **GH3**

Valeur imputée de SF11B

## **GH4**

Valeur imputée de SF11C

## **GH5**

Valeur imputée de SF11D

## **GH**

General health perception (score de 0 à 100)

## **VT1**

Valeur imputée de SF9A

## **VT2**

Valeur imputée de SF9E

## **VT3**

Valeur imputée de SF9G

## **VT4**

Valeur imputée de SF9I

## **VT**

Vitality (score de 0 à 100)

## **SFB1**

Valeur imputée de SF6

## **SFB2**

Valeur imputée de SF10

## **SF**

Social functioning (score de 0 à 100)

## **RE1**

Valeur imputée de SF5A

## **RE2**

Valeur imputée de SF5B

## **RE3**

Valeur imputée de SF5C

## **RE**

Social functioning (score de 0 à 100)

## **MH1**

Valeur imputée de SF9B

## **MH2**

Valeur imputée de SF9C

## **MH3**

Valeur imputée de SF9D

## **MH4**

Valeur imputée de SF9F

## **MH5**

Valeur imputée de SF9H

## **MH**

**Mental health index (score de 0 à 100)**

## **HT**

**Valeur imputée de SF2**

## **PCS**

**Score Physical**

## **MCS**

**Score mental**

**Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASJA1**

**Sifflements dans la poitrine dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous été essoufflé, même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?**

Si ASJA1=1

### **ASJA1A**

**A été essoufflé au moment des sifflements**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous eu ces sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé ?**

Si ASJA1=1

### **ASJA1B**

**A eu ces sifflements sans être enrhumé**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Vous-êtes vous réveillé avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASJA2**

**A été réveillé avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous été réveillé par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASJA3**

**A été réveillé par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous été réveillé par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASJA4**

**A été réveillé par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?

### ASJA5

Crise d'asthme dans les 12 derniers mois

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme ? (y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

### ASJA6

Prend actuellement des médicaments pour l'asthme

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous des allergies nasales ? (y compris le "rhume des foins")

### ASJA7

A eu des allergies nasales

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez vous déjà eu des crises d'asthme ?

### ASJA8

A déjà eu des crises d'asthme

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous souffert du mal au dos ou aux reins au cours  
des 4 dernières semaines ?**

### **DOS1**

**Mal au dos ou aux reins au cours des 4 dernières  
semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Dans les 12 derniers mois, avez-vous souffert de  
lombalgie ?**

### **DOS2**

**A souffert de lombalgie durant les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non, mais j'en ai souffert dans le passé
	Non, je n'en ai jamais souffert

**Dans les 12 derniers mois, combien de temps au total  
avez-vous souffert de lombalgie ?**

Si DOS2=1

### **DOS3**

**Durée de la lombalgie**

1	Non réponse ou sans objet
2	De 1 à 7 jours
3	De 8 à 30 jours
4	Plus de 30 jours mais pas tous les jours
	Tous les jours

**S'agissait-il de :**

Si DOS2=1

## **DOS4**

**Type de lombalgie**

1	Non réponse ou sans objet
2	Sciatique, avec douleur s'étendant plus bas que le genou
3	Sciatique, avec douleur ne dépassant pas le genou
4	Lumbago (douleur lombaire aiguë localisée)
	Autre type de lombalgie

**Etes-vous sujet à des maux de tête (des céphalées) ?**

## **MIG1**

**Est sujet à des maux de tête**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**En souffrez-vous tous les jours ?**

Si MIG1=1

## **MIG2**

**En souffre tous les jours**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non



**Lorsque vous en souffrez, prenez-vous des médicaments ?**

Si MIG1=1

### **MIG3**

**Prend des médicaments lorsqu'il souffre**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, systématiquement
3	Oui, le plus souvent
4	Oui, parfois
4	Non, jamais

**Lorsque vous ne prenez pas de médicament, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?**

Si MIG3=2, 3 ou 4

### **MIG4**

**Durée des maux de tête (sans médicament)**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 30 minutes
3	De 30 minutes à (moins de) 2 heures
4	De 2 heures à (moins de) 4 heures
5	De 4 heures à 12 heures
6	Environ 1 jour
7	Environ 2 jours
8	Environ 3 jours
9	Entre 3 et 7 jours
10	Plus de 7 jours
10	Ne sait pas

**Vous prenez systématiquement un médicament, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?**

Si MIG3=1

## **MIG5**

**Durée des maux de tête (avec médicament)**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 30 minutes
3	De 30 minutes à (moins de) 2 heures
4	De 2 heures à (moins de) 4 heures
5	De 4 heures à 12 heures
6	Environ 1 jour
7	Environ 2 jours
8	Environ 3 jours
9	Entre 3 et 7 jours
10	Plus de 7 jours
	Ne sait pas

**Quand vous avez mal à la tête, avez-vous habituellement mal en début de crise ?**

Si MIG1=1

## **MIG6**

**Précision sur le mal à la tête en début de crise**

1	Non réponse ou sans objet
2	Uniquement dans la moitié droite de votre tête
3	Uniquement dans la moitié gauche de votre tête
4	Tantôt dans la moitié gauche, tantôt dans la moitié droite de votre tête
5	Tantôt unilatérale (dans une seule moitié de la tête), tantôt bilatérale (des deux cotés de la tête)
6	Toujours bilatérale (des deux côtés de la tête)
7	A un autre endroit (précisez lequel)
	Ne sait pas

**Précisez quel est cet autre endroit :**

Si MIG6=6

## **MIG6A**

**Précision de l'autre endroit où la personne a mal à la tête**

Libellé en 20 caractères

**Quand vous avez mal à la tête, ressentez-vous avant tout**

:

Si MIG1=1

## **MIG7**

**Sensation ressentie lors du mal de tête**

1	Non réponse ou sans objet Des battements qui résonnent dans votre tête ou une impression que cela tape dans votre tête
2	Une sensation de pression, de bandeau serré autour de la tête
3	Une autre sensation
4	Ne sait pas

**Quel est le retentissement de votre douleur sur vos activités habituelles ?**

Si MIG1=1

## **MIG8**

**Retentissement de sa douleur sur ses activités habituelles**

1	Non réponse ou sans objet Douleur faible, poursuite des activités habituelles
2	Douleur modérée, gênante mais n'empêchant pas les activités habituelles
3	Douleur forte, obligeant à interrompre les activités habituelles
4	Ne sait pas

**Le plus souvent, vos maux de tête augmentent-ils lorsque vous montez ou descendez des escaliers ?**

Si MIG1=1

### **MIG9**

**Le plus souvent, augmentation des maux en montant ou descendant les escaliers**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non
	Ne sait pas

**Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'avoir envie de vomir ?**

Si MIG1=1

### **MIG10**

**Envie de vomir lors du mal de tête**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non
	Ne sait pas

**Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'avoir des vomissements ?**

Si MIG1=1

### **MIG11**

**Vomissements lors du mal de tête**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non
	Ne sait pas

Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'être gêné  
par la lumière ?

Si MIG1=1

## MIG12

Gêné par la lumière lors du mal de tête

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non
	Ne sait pas

Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'être gêné  
par le bruit ?

Si MIG1=1

## MIG13

Gêné par le bruit lors du mal de tête

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non
	Ne sait pas

Avez-vous été concerné par cet événement : décès du père ?

**EVE1A**

Décès du père

0	Sans objet
1	Oui

Cet événement vous a-t-il concerné : maladie, handicap ou accident grave du père ?

**EVE1B**

Maladie, handicap ou accident grave du père

0	Sans objet
1	Oui

Cet événement vous a-t-il concerné : décès de la mère ?

**EVE1C**

Décès de la mère

0	Sans objet
1	Oui

Cet événement vous a-t-il concerné : maladie, handicap ou accident grave de la mère ?

**EVE1D**

Maladie, handicap ou accident grave de la mère

0	Sans objet
1	Oui

Cet événement vous a-t-il concerné : séparation ou divorce des parents ?

### **EVE1E**

Séparation ou divorce des parents

0	Sans objet
1	Oui

Cet événement vous a-t-il concerné : graves disputes ou mésentente entre les parents ?

### **EVE1F**

Graves disputes ou mésentente entre les parents

0	Sans objet
1	Oui

Cet événement vous a-t-il concerné : une situation matérielle difficile dont vous avez souffert ?

### **EVE1G**

Situation matérielle difficile dont la personne a souffert

0	Sans objet
1	Oui

Ces événements vous ont-ils concerné : des événements graves liés à des conflits armés (guerre, attentat, prise d'otages) ou des événements graves liés à des catastrophes naturelles (inondation, tempête, tremblement de terre) ?

### **EVE1H**

Evénements graves liés à des conflits armés ou catastrophes naturelles

0	Sans objet
1	Oui

Etes-vous fumeur ?

## FUMEUR

Fumeur ou non fumeur

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, je fume tous les jours
3	Oui, mais je ne fume pas tous les jours
4	Non, mais auparavant je fumais tous les jours
	Non

Auparavant, fumiez-vous tous les jours ?

Si TABA1=2

## EXQUOT

Auparavant, fumait tous les jours

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Fumez-vous des cigarettes ?

Si TABA1=1

## TJCGET

Fume des cigarettes

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL1A1=1

## TJCGETA

Nombre d'années



Combien de cigarettes par jour environ ?

Si TABL1A1=1

**TJCGETJ**

Nombre de cigarettes par jour

Fumez-vous des cigares ?

Si TABA1=1

**TJCIGAR**

Fume des cigares

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL1B1=1

**TJCGARA**

Nombre d'années

Combien de cigares par jour environ ?

Si TABL1B1=1

**TJCGARJ**

Nombre de cigares par jour

Fumez-vous des pipes ?

Si TABA1=1

**TJPIPE**

Fume des pipes

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL1C1=1

**TJPIPEA**

Nombre d'années

Combien par jour environ ?

Si TABL1C1=1

**TJPIPEJ**

Nombre de pipes par jour

Fumiez-vous des cigarettes ?

Si TABA1=3

**EXCGET**

Fumait des cigarettes

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL2A1=1

**EXCGETA**

Nombre d'années

Combien de cigarettes par jour environ ?

Si TABL2A1=1

**EXCGETJ**

Nombre de cigarettes par jour

Fumiez-vous des cigares ?

Si TABA1=3

**EXCGAR**

Fumait des cigares

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL2B1=1

**EXCGARA**

Nombre d'années

Combien de cigares par jour environ ?

Si TABL2B1=1

**EXCGARJ**

Nombre de cigares par jour

Fumiez-vous des pipes ?

Si TABA1=3

**EXPIPE**

Fumait des pipes

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL2C1=1

**EXPIPEA**

Nombre d'années

Combien par jour environ ?

Si TABL2C1=1

**EXPIPEJ**

Nombre de pipes par jour

Depuis combien de mois avez-vous arrêté de fumer ?

Si TABA1=3

**EXMOIS**

Nombre de mois

Depuis combien d'années avez-vous arrêté de fumer ?

Si TABA1=3

**EXANNEE**

Nombre d'années

Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à une aide ?

Si TABA1=3

## AIDE

Recours à une aide pour arrêter de fumer

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui Non

Avez-vous eu recours à un patch antitabac ?

Si TABL2E=1

## PATCH

Patch antitabac

0	Non réponse ou sans objet
1	Oui

Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à des gommes à mâcher (ou pastilles) spécial tabac ?

Si TABL2E=1

## GOMME

Gomme à mâcher ou pastilles spécial tabac

0	Non réponse ou sans objet
1	Oui

Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à une psychothérapie ou à un soutien psychologique ?

Si TABL2E=1

## PSYCH

Psychothérapie ou soutien psychologique

0	Non réponse ou sans objet
1	Oui

Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à l'acupuncture ou à l'hypnose ?

Si TABL2E=1

## ACUPO

Acupuncture ou hypnose

0	Non réponse ou sans objet
1	Oui

Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à d'autres aides spécifiques ?

Si TABL2E=1

## AUTRE

Autres aides spécifiques

0	Non réponse ou sans objet
1	Oui

Fumiez-vous des cigarettes ?

Si TABA2=1

## NQCGET

Auparavant, fumait des cigarettes tous les jours

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL3A1=1

## NQCGETA

Nombre d'années

Combien par jour environ ?

Si TABL3A1=1

## NQCGETJ

Nombre de cigarettes par jour

Fumiez-vous des cigares ?

Si TABA2=1

**NQCGAR**

Auparavant, fumait des cigares tous les jours

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL3B1=1

**NQCGARA**

Nombre d'années

Combien de cigares par jour environ ?

Si TABL3B1=1

**NQCGARJ**

Nombre de cigares par jour

Fumiez-vous des pipes ?

Si TABA2=1

**NQPIPE**

Auparavant, fumait des pipes tous les jours

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL3C1=1

**NQPIPEA**

Nombre d'années

Combien par jour environ ?

Si TABL3C1=1

**NQPIPEJ**

Nombre de pipes par jour

**A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool (vin, bière, apéritif, etc...) ?**

### **ALCA1**

**Consommation d'alcool**

1	Non réponse ou sans objet
2	Jamais
3	Une fois par mois ou moins
4	Deux ou trois fois par mois
5	Une ou deux fois par semaine
6	Trois ou quatre fois par semaine
7	Quatre ou cinq fois par semaine
	Tous les jours ou presque

**Habituellement, buvez-vous du vin, du champagne, du vin doux ?**

Si AIC1=2 à 7

(1 bouteille=6 verres, 1 litre=8 verres)

### **ALCA2A1**

**Vin, champagne, vin doux**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Combien de verres ?**

Si ALC2A1=1

(1 bouteille=6 verres, 1 litre= 8 verres)

### **ALCA2A2**

**Nombre de verres**

Habituellement, buvez-vous de la bière en demi ou en canettes de 25 cl ?

Si ALC1=2 à 7

**ALCA2B1**

Bière (demi ou canettes de 25 cl)

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Combien de verres ou de canettes ?

Si ALC2B1=1

**ALCA2B2**

Nombre de verres ou de canettes

Habituellement, buvez-vous de la bière en canettes ou boîtes de 33 cl ?

Si ALC1=2 à 7

**ALCA2C1**

Bière (canettes ou boîtes de 33 cl)

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Combien de boîtes ou canettes ?

Si ALC2C1=1

**ALCA2C2**

Nombre de boîtes ou canettes



Habituellement, buvez-vous des apéritifs, des digestifs ou des alcools forts ?

Si ALC1=2 à 7

### ALCA2D1

Apéritifs, digestifs, alcools forts

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Combien de verres ?

Si ALC2D1=1

### ALCA2D2

Nombre de verres

Vous arrive-t-il de consommer 6 verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'une même occasion (fête de famille, sorties, repas...) ?

Si ALC1=2 à 7

### ALCA3

Consommation de 6 verres ou plus lors d'une même occasion

1	Non réponse ou sans objet
2	Jamais
3	Une fois par mois ou moins
4	Deux ou trois fois par mois
5	Une ou deux fois par semaine
6	Trois ou quatre fois par semaine
7	Quatre ou cinq fois par semaine
	Tous les jours ou presque

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?**

Si ALC1=2 à 7

### **ALCA4**

**Besoin de diminuer sa consommation d'alcool**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours des 12 derniers mois, votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?**

Si ALC1=2 à 7

### **ALCA5**

**Remarques de l'entourage sur sa consommation**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?**

Si ALC1=2 à 7

### **ALCA6**

**Déjà eu l'impression de boire trop**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu besoin  
d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?**

Si ALC1=2 à 7

## **ALCA7**

**Besoin d'alcool dès le matin**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui Non

**TABLE QUEST-18-ANS-ET-PLUS**

## M45

Moins de 45 ans

0	Non
1	Oui

## SP

Statut professionnel

act	actif
ina	inactif

## QSF36

Exploitation questionnaire santé perçue

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QASTH

Exploitation questionnaire asthme

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QRESP

Exploitation questionnaire maladie respiratoire

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QLOMB

Exploitation questionnaire lombalgies

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QCESD

### Exploitation questionnaire CESD

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QMIGR

### Exploitation questionnaire migraines

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QEVEN

### Exploitation questionnaire événements de vie

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QTABAC

### Exploitation questionnaire tabac

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QALCO

### Exploitation questionnaire alcool

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

## QTRAV

### Exploitation questionnaire travail

0	Questionnaire non remis ou vierge
1	Questionnaire non exploitable
	Questionnaire exploitable

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

## SF1

Perception de sa santé

1	Non réponse ou sans objet
2	Excellente
3	Très bonne
4	Bonne
5	Médiocre
	Mauvaise

Par rapport à l'année dernière à la même époque,  
comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment  
?

## SF2

Etat de santé en ce moment, par rapport à l'année  
dernière à la même époque

1	Non réponse ou sans objet
2	Bien meilleur que l'an dernier
3	Plutôt meilleur
4	A peu près pareil
5	Plutôt moins bon
	Beaucoup moins bon

Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel  
pour réaliser des efforts physiques importants tels que  
courir, soulever un objet lourd, faire du sport ?

## SF3A

Limité, en raison de son état de santé actuel, pour  
réaliser des efforts physiques importants tels que courir,  
soulever un objet lourd, faire du sport

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel pour réaliser des efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules ?

### SF3B

Limité, en raison de son état de santé actuel, pour réaliser des efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel pour soulever et porter les courses ?

### SF3C

Limité, en raison de son état de santé actuel, pour soulever et porter les courses

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel pour monter plusieurs étages par l'escalier ?

### SF3D

Limité, en raison de son état de santé actuel, pour monter plusieurs étages par l'escalier

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité



**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel  
pour monter un étage par l'escalier ?**

### **SF3E**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour  
monter un étage par l'escalier**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel  
pour vous pencher en avant, vous mettre à genoux, vous  
accroupir ?**

### **SF3F**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour se  
pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel  
pour marcher plus d'un kilomètre à pieds ?**

### **SF3G**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour  
marcher plus d'un kilomètre à pieds**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel  
pour marcher plusieurs centaines de mètres ?**

### **SF3H**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour  
marcher plusieurs centaines de mètres**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel  
pour marcher une centaine de mètres ?**

### **SF3I**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour  
marcher une centaine de mètres**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Etes-vous limité en raison de votre état de santé actuel  
pour prendre un bain, une douche, vous habiller ?**

### **SF3J**

**Limité, en raison de son état de santé actuel, pour  
prendre un bain, une douche, s'habiller**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, beaucoup limité
3	Oui, un peu limité
	Non, pas du tout limité

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?**

### **SF4A**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état physique, a réduit le temps passé à son travail ou à ses activités habituelles**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?**

### **SF4B**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état physique, a accompli moins de choses que souhaité**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?**

### **SF4C**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état physique, a dû arrêter de faire certaines choses**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?**

### **SF4D**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état physique, a eu des difficultés à faire son travail ou toute autre activité**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?**

### **SF5A**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état émotionnel (comme se sentir triste, nerveux ou déprimé), a réduit le temps passé à son travail ou à ses activités habituelles**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?**

### **SF5B**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état émotionnel (comme se sentir triste, nerveux ou déprimé), a accompli moins de choses que souhaité**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?**

### **SF5C**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de son état émotionnel (comme se sentir triste, nerveux ou déprimé), a eu des difficultés à faire ce qu'il avait à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?**

### **SF6**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, gêne dans la vie sociale**

1	Non réponse ou sans objet
2	Pas du tout
3	Un petit peu
4	Moyennement
5	Beaucoup
	Enormément

**Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?**

### **SF7**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, intensité des douleurs physiques**

1	Non réponse ou sans objet
2	Nulle
3	Très faible
4	Faible
5	Moyenne
6	Grande
6	Très grande

**Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou dans vos activités domestiques ?**

### **SF8**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, limitation dans le travail et les activités domestiques**

1	Non réponse ou sans objet
2	Pas du tout
3	Un petit peu
4	Moyennement
5	Beaucoup
5	Enormément

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti dynamique ?**

### **SF9A**

**Moments de dynamisme, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti très nerveux ?**

### **SF9B**

**Nervosité, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ?**

### **SF9C**

**Découragement, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?**

### **SF9D**

**Moments de calme et détente, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais



**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où ous vous êtes senti débordant d'énergie ?**

### **SF9E**

**Débordant d'énergie, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?**

### **SF9F**

**Triste et abattu, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti épuisé ?**

### **SF9G**

**Epuisement, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti heureux ?**

### **SF9H**

**Heureux, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti fatigué ?**

### **SF9I**

**Fatigué, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Très souvent
4	Souvent
5	Quelquefois
6	Rarement
	Jamais

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

### **SF10**

**Gêne dans la vie sociale, au cours de ces 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	En permanence
3	Une bonne partie du temps
4	De temps en temps
5	Rarement
	Jamais

**Dans quelle mesure cette phrase est-elle vraie ou fausse dans votre cas : je tombe plus facilement malade que les autres ?**

### **SF11A**

**Malade plus facilement que les autres**

1	Non réponse ou sans objet
2	Totalement vraie
3	Plutôt vraie
4	Je ne sais pas
5	Plutôt fausse
	Totalement fausse

Dans quelle mesure cette phrase est-elle vraie ou fausse  
dans votre cas : je me porte aussi bien que n'importe qui  
?

### SF11B

Se porte aussi bien que n'importe qui

1	Non réponse ou sans objet
2	Totalement vraie
3	Plutôt vraie
4	Je ne sais pas
5	Plutôt fausse
	Totalement fausse

Dans quelle mesure cette phrase est-elle vraie ou fausse  
dans votre cas : je m'attends à ce que ma santé se  
dégrade ?

### SF11C

S'attend à ce que sa santé se dégrade

1	Non réponse ou sans objet
2	Totalement vraie
3	Plutôt vraie
4	Je ne sais pas
5	Plutôt fausse
	Totalement fausse

Dans quelle mesure cette phrase est-elle vraie ou fausse  
dans votre cas : je suis en excellente santé ?

### SF11D

Excellente santé

1	Non réponse ou sans objet
2	Totalement vraie
3	Plutôt vraie
4	Je ne sais pas
5	Plutôt fausse
	Totalement fausse

## **PF1**

Valeur imputée de SF3A

## **PF2**

Valeur imputée de SF3B

## **PF3**

Valeur imputée de SF3C

## **PF4**

Valeur imputée de SF3D

## **PF5**

Valeur imputée de SF3E

## **PF6**

Valeur imputée de SF3F

## **PF7**

Valeur imputée de SF3G

## **PF8**

Valeur imputée de SF3H

## **PF9**

Valeur imputée de SF3I

## **PF10**

Valeur imputée de SF3J

## **PF**

Physical functioning (score de 0 à 100)

## **RP1**

Valeur imputée de SF4A

## **RP2**

Valeur imputée de SF4B

## **RP3**

Valeur imputée de SF4C

## **RP4**

Valeur imputée de SF4D

## **RP**

Role Physical (score de 0 à 100)

## **BP1**

Valeur imputée de SF7

## **BP2**

Valeur imputée de SF8

## **BP**

Pain index (score de 0 à 100)

## **GH1**

Valeur imputée de SF1

## **GH2**

Valeur imputée de SF11A

## **GH3**

Valeur imputée de SF11B

## **GH4**

Valeur imputée de SF11C

## **GH5**

Valeur imputée de SF11D

## **GH**

General health perception (score de 0 à 100)

## **VT1**

Valeur imputée de SF9A

## **VT2**

Valeur imputée de SF9E

## **VT3**

Valeur imputée de SF9G

## **VT4**

Valeur imputée de SF9I

## **VT**

Vitality (score de 0 à 100)

## **SFB1**

Valeur imputée de SF6

## **SFB2**

Valeur imputée de SF10

## **SF**

Social functioning (score de 0 à 100)

## **RE1**

Valeur imputée de SF5A

## **RE2**

Valeur imputée de SF5B

## **RE3**

Valeur imputée de SF5C

## **RE**

Social functioning (score de 0 à 100)

## **MH1**

Valeur imputée de SF9B

## **MH2**

Valeur imputée de SF9C

## **MH3**

Valeur imputée de SF9D

## **MH4**

Valeur imputée de SF9F

## **MH5**

Valeur imputée de SF9H

## **MH**

Mental health index (score de 0 à 100)

## **HT**

Valeur imputée de SF2

## **PCS**

Score Physical



**MCS**  
Score mental

**Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

Si AGE<45 ans

### **ASJ1**

**Sifflements dans la poitrine dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous été essoufflé, même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?**

Si ASJ1=1

### **ASJ1A**

**A été essoufflé au moment des sifflements**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous eu ces sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé ?**

Si ASJ1=1

### **ASJ1B**

**A eu ces sifflements sans être enrhumé**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Vous-êtes vous réveillé avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASJ2**

**A été réveillé avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous été réveillé par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASJ3**

**A été réveillé par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous été réveillé par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASJ4**

**A été réveillé par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?

### ASJ5

Crise d'asthme dans les 12 derniers mois

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme ? (y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

### ASJ6

Prend actuellement des médicaments pour l'asthme

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous des allergies nasales ? (y compris le "rhume des foins")

### ASJ7

Allergies nasales

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez vous déjà eu des crises d'asthme ?

### ASJ8

A déjà eu des crises d'asthme

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Toussez-vous habituellement, en vous levant à la mauvaise saison ?**

Si AGE ≥ 45 ans

### **ASV1**

**Tousse habituellement, en se levant à la mauvaise saison**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Toussez-vous habituellement pendant la journée ou pendant la nuit à la mauvaise saison ?**

### **ASV2**

**Tousse habituellement pendant la journée ou pendant la nuit à la mauvaise saison**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Toussez-vous comme cela presque tous les jours pendant trois mois chaque année ?**

Si ASV1=1 ou ASV2=1

### **ASV3**

**Tousse comme cela presque tous les jours pendant trois mois chaque année**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**A quel âge avez-vous commencé à tousser ?**

Si ASV1=1 ou ASV2=1

### **ASV4**

**Age où la personne a commencé à tousser**

**Crachez-vous habituellement en vous levant à la mauvaise saison ?**

### **ASV5**

**Crache habituellement en se levant à la mauvaise saison**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Crachez-vous habituellement pendant la journée ou pendant la nuit à la mauvaise saison ?**

### **ASV6**

**Crache habituellement pendant la journée ou pendant la nuit à la mauvaise saison**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant trois mois chaque année ?**

Si ASV5=1 ou ASV6=1

### **ASV7**

**Crache comme cela presque tous les jours pendant trois mois chaque année**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**A quel âge avez-vous commencé à cracher ?**

Si ASV5=1 ou ASV6=1

### **ASV8**

**Age où la personne a commencé à cracher**

**Dans les trois dernières années, vous est-il arrivé de  
tousser et de cracher pendant au moins trois semaines ?  
(ou de cracher "davantage" pour les personnes crachant  
habituellement)**

### **ASV9**

**Dans les trois dernières années, a toussé et craché  
pendant au moins trois semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui Non

**Cela vous est-il arrivé plus d'une fois ?**

Si ASV9=1

### **ASV10**

**Cela est arrivé plus d'une fois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui Non

**Etes-vous essoufflé en marchant vite en terrain plat ?**

### **ASV11**

**Est essoufflé en marchant vite en terrain plat**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui Non

Etes-vous essoufflé en montant une côte légère ou un étage à un pas normal ?

### ASV12

Essoufflé en montant une côte légère ou un étage à un pas normal

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Etes-vous essoufflé quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge à un pas normal en terrain plat ?

### ASV13

Est essoufflé quand il marche avec d'autres gens de son âge à un pas normal en terrain plat

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

### ASV14

S'arrête pour reprendre haleine quand il marche à sa propre allure en terrain plat

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Etes-vous essoufflé au repos ?

### ASV15

Est essoufflé au repos

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non



**A quel âge avez-vous remarqué que votre souffle n'était plus normal ?**

Si ASV11=1 ou ASV12=1 ou ASV13=1 ou ASV14=1 ou ASV15=1

### **ASV16**

**Age où il a remarqué que son souffle n'était plus normal**

**Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASV17**

**Sifflements dans la poitrine (dans les 12 derniers mois)**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous été essoufflé, même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?**

Si ASV17=1

### **ASV17A**

**A été essoufflé, même légèrement, durant ses sifflements**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous eu ces sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé ?**

Si ASV17=1

### **ASV17B**

**A eu ces sifflements sans être enrhumé**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Vous êtes-vous réveillé avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASV18**

**Gêne respiratoire au réveil, dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous été réveillé par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASV19**

**A été réveillé par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous été réveillé par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

### **ASV20**

**A été réveillé par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?

### ASV21

Crise d'asthme dans les 12 derniers mois

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme ? (y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

### ASV22

Prend des médicaments pour l'asthme

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous des allergies nasales ? (y compris le " rhume des foins ")

### ASV23

A des allergies nasales

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez vous déjà eu des crises d'asthme ?

### ASV24

A eu des crises d'asthme

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Le temps agit-il sur vos bronches (toux, expectoration, sifflement, essoufflement) ?

### ASV25

Le temps agit sur ses bronches

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous habituellement le nez bouché ou le nez qui coule ?

### ASV26

A habituellement le nez bouché ou le nez qui coule

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Est-ce que cela vous arrive presque tous les jours au moins 3 mois par an ?

Si ASV26=1

### ASV27

Cela arrive presque tous les jours au moins 3 mois par an

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Avez-vous (eu) le " rhume des foins " ?

### ASV28

A (ou a eu) le rhume des foins

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Les trois dernières années, avez-vous eu des maladies des poumons ou des bronches vous ayant obligé à interrompre vos activités habituelles pendant au moins une semaine ?

### ASV29

Les trois dernières années, a eu des maladies des poumons ou des bronches obligeant à interrompre les activités habituelles pendant au moins une semaine

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui Non

Est-ce que vous avez craché davantage à cette occasion ?

Si ASV29=1

### ASV30

A craché davantage à cette occasion

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui Non

Combien d'épisodes de ce genre avez-vous eu pendant les trois dernières années ?

Si ASV29=1

### ASV31

Nombre d'épisodes de ce genre pendant les trois dernières années

1	Non réponse ou sans objet
2	Un épisode Deux épisodes ou plus

### ASTHM1

Valeur de ASJ1 ou ASV17

### ASTHM2

Valeur de ASJ1A ou ASV17A

### **ASTHM3**

Valeur de ASJ1B ou ASV17B

### **ASTHM4**

Valeur de ASJ2 ou ASV18

### **ASTHM5**

Valeur de ASJ3 ou ASV19

### **ASTHM6**

Valeur de ASJ4 ou ASV20

### **ASTHM7**

Valeur de ASJ5 ou ASV21

### **ASTHM8**

Valeur de ASJ6 ou ASV22

### **ASTHM9**

Valeur de ASJ7 ou ASV23

### **ASTHM10**

Valeur de ASJ8 ou ASV24

### **RESP1**

Valeur de ASV1 des seuls 45 ans et plus

### **RESP2**

Valeur de ASV2 des seuls 45 ans et plus

### **RESP3**

Valeur de ASV3 des seuls 45 ans et plus

## **RESP4**

Valeur de ASV4 des seuls 45 ans et plus

## **RESP5**

Valeur de ASV5 des seuls 45 ans et plus

## **RESP6**

Valeur de ASV6 des seuls 45 ans et plus

## **RESP7**

Valeur de ASV7 des seuls 45 ans et plus

## **RESP8**

Valeur de ASV8 des seuls 45 ans et plus

## **RESP9**

Valeur de ASV9 des seuls 45 ans et plus

## **RESP10**

Valeur de ASV10 des seuls 45 ans et plus

## **RESP11**

Valeur de ASV11 des seuls 45 ans et plus

## **RESP12**

Valeur de ASV12 des seuls 45 ans et plus

## **RESP13**

Valeur de ASV13 des seuls 45 ans et plus

## **RESP14**

Valeur de ASV14 des seuls 45 ans et plus

## **RESP15**

Valeur de ASV15 des seuls 45 ans et plus

## **RESP25**

Valeur de ASV25 des seuls 45 ans et plus

## **RESP26**

Valeur de ASV26 des seuls 45 ans et plus

## **RESP27**

Valeur de ASV27 des seuls 45 ans et plus

## **RESP28**

Valeur de ASV28 des seuls 45 ans et plus

## **RESP29**

Valeur de ASV29 des seuls 45 ans et plus

## **RESP30**

Valeur de ASV30 des seuls 45 ans et plus

## **RESP31**

Valeur de ASV31 des seuls 45 ans et plus



**Avez-vous souffert du mal au dos ou aux reins au cours des 4 dernières semaines ?**

### **DOS1**

**Mal au dos ou aux reins au cours des 4 dernières semaines**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Dans les 12 derniers mois, avez-vous souffert de lombalgie ?**

### **DOS2**

**A souffert de lombalgie durant les 12 derniers mois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non, mais j'en ai souffert dans le passé
	Non, je n'en ai jamais souffert

**Dans les 12 derniers mois, combien de temps au total avez-vous souffert de lombalgie ?**

Si DOS2=1

### **DOS3**

**Durée de la lombalgie**

1	Non réponse ou sans objet
2	De 1 à 7 jours
3	De 8 à 30 jours
4	Plus de 30 jours mais pas tous les jours
	Tous les jours

S'agissait-il de :

Si DOS2=1

## DOS4

Type de lombalgie

1	Non réponse ou sans objet
2	Sciatique, avec douleur s'étendant plus bas que le genou
3	Sciatique, avec douleur ne dépassant pas le genou
4	Lumbago (douleur lombaire aiguë localisée)
5	Autre type de lombalgie

Durant la semaine écoulée, vous avez été contrarié par des choses qui d'habitude ne vous dérangent pas

## DEP1

A été contrarié durant la semaine écoulée

1	Non réponse ou sans objet
2	Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
3	Occasionnellement (1 à 2 jours)
4	Assez souvent (3 à 4 jours)
5	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous n'avez pas eu envie de manger, vous avez manqué d'appétit

## DEP2

Manque d'appétit durant la semaine écoulée

1	Non réponse ou sans objet
2	Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
3	Occasionnellement (1 à 2 jours)
4	Assez souvent (3 à 4 jours)
5	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

**Durant la semaine écoulée, vous avez eu l'impression de ne pas pouvoir sortir du cafard, même avec l'aide de votre famille et de vos amis**

### **DEP3**

**Durant la semaine écoulée, a eu l'impression de ne pas pouvoir sortir du cafard, même avec l'aide de sa famille et de ses amis**

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

**Durant la semaine écoulée, vous avez eu le sentiment d'être aussi bien que les autres**

### **DEP4**

**Durant la semaine écoulée, a eu le sentiment d'être aussi bien que les autres**

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous avez eu du mal à vous concentrer sur ce que vous faisiez

### DEP5

Durant la semaine écoulée, a eu du mal à se concentrer sur ce qu'il faisait

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous vous êtes senti déprimé

### DEP6

Durant la semaine écoulée, s'est senti déprimé

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous avez eu l'impression que toute action vous demandait un effort

### DEP7

Durant la semaine écoulée, a eu l'impression que toute action lui demandait un effort

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous avez été confiant en l'avenir

### DEP8

Durant la semaine écoulée, a été confiant en l'avenir

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous avez pensé que votre vie était un échec

### DEP9

Durant la semaine écoulée, a pensé que sa vie était un échec

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous vous êtes senti craintif

### DEP10

Durant la semaine écoulée, s'est senti craintif

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, votre sommeil n'a pas été bon

## DEP11

Durant la semaine écoulée, son sommeil n'a pas été bon

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous avez été heureux

## DEP12

Durant la semaine écoulée, a été heureux

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous avez parlé moins que d'habitude

## DEP13

Durant la semaine écoulée, a parlé moins que d'habitude

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

**Durant la semaine écoulée, vous vous êtes senti seul**

### **DEP14**

**Durant la semaine écoulée, s'est senti seul**

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

**Durant la semaine écoulée, les autres ont été hostiles envers vous**

### **DEP15**

**Durant la semaine écoulée, les autres ont été hostiles envers lui**

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

**Durant la semaine écoulée, vous avez profité de la vie**

### **DEP16**

**Durant la semaine écoulée, a profité de la vie**

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous avez eu des crises de larmes

### DEP17

Durant la semaine écoulée, a eu des crises de larmes

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous vous êtes senti triste

### DEP18

Durant la semaine écoulée, s'est senti triste

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée, vous avez eu l'impression que les gens ne vous aimaient pas

### DEP19

Durant la semaine écoulée, a eu l'impression que les gens ne l'aimaient pas

1	Non réponse ou sans objet Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
2	Occasionnellement (1 à 2 jours)
3	Assez souvent (3 à 4 jours)
4	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)



Durant la semaine écoulée, vous avez manqué d'entrain

## DEP20

Durant la semaine écoulée, a manqué d'entrain

1	Non réponse ou sans objet
2	Jamais ou très rarement (moins d'un jour)
3	Occasionnellement (1 à 2 jours)
4	Assez souvent (3 à 4 jours)
	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)

## CESD1

Valeur de DEP1 (après imputation si imputation)

## CESD2

Valeur de DEP2 (après imputation si imputation)

## CESD3

Valeur de DEP3 (après imputation si imputation)

## CESD4

Valeur de DEP4 (après imputation si imputation)

## CESD5

Valeur de DEP5 (après imputation si imputation)

## CESD6

Valeur de DEP6 (après imputation si imputation)

## CESD7

Valeur de DEP7 (après imputation si imputation)

## CESD8

Valeur de DEP8 (après imputation si imputation)

## **CESD9**

Valeur de DEP9 (après imputation si imputation)

## **CESD10**

Valeur de DEP10 (après imputation si imputation)

## **CESD11**

Valeur de DEP11 (après imputation si imputation)

## **CESD12**

Valeur de DEP12 (après imputation si imputation)

## **CESD13**

Valeur de DEP13 (après imputation si imputation)

## **CESD14**

Valeur de DEP14 (après imputation si imputation)

## **CESD15**

Valeur de DEP15 (après imputation si imputation)

## **CESD16**

Valeur de DEP16 (après imputation si imputation)

## **CESD17**

Valeur de DEP17 (après imputation si imputation)

## **CESD18**

Valeur de DEP18 (après imputation si imputation)

## **CESD19**

Valeur de DEP19 (après imputation si imputation)

## CESD20

Valeur de DEP20 (après imputation si imputation)

### IMPUTATION\_DEP1

DEP1 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

### IMPUTATION\_DEP2

DEP2 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

### IMPUTATION\_DEP3

DEP3 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

### IMPUTATION\_DEP4

DEP4 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

### IMPUTATION\_DEP5

DEP5 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

### IMPUTATION\_DEP6

DEP6 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP7

DEP7 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP8

DEP8 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP9

DEP9 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP10

DEP10 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP11

DEP11 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP12

DEP12 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP13

DEP13 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP14

DEP14 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP15

DEP15 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP16

DEP16 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP17

DEP17 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP18

DEP18 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP19

DEP19 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## IMPUTATION\_DEP20

DEP20 imputée

0	Sans objet
1	Non
	Oui

## SCORECESD

Etes-vous sujet à des maux de tête (des céphalées) ?

### **MIG1**

Est sujet à des maux de tête

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

En souffrez-vous tous les jours ?

Si MIG1=1

### **MIG2**

En souffre tous les jours

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Lorsque vous en souffrez, prenez-vous des médicaments ?

Si MIG1=1

### **MIG3**

Prend des médicaments lorsqu'il souffre

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, systématiquement
3	Oui, le plus souvent
4	Oui, parfois
	Non, jamais

**Lorsque vous ne prenez pas de médicament, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?**

Si MIG3=2, 3 ou 4

### **MIG4**

**Durée des maux de tête (sans médicament)**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 30 minutes
3	De 30 minutes à (moins de) 2 heures
4	De 2 heures à (moins de) 4 heures
5	De 4 heures à 12 heures
6	Environ 1 jour
7	Environ 2 jours
8	Environ 3 jours
9	Entre 3 et 7 jours
10	Plus de 7 jours
	Ne sait pas

**Vous prenez systématiquement un médicament, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?**

Si MIG3=1

### **MIG5**

**Durée des maux de tête (avec médicament)**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 30 minutes
3	De 30 minutes à (moins de) 2 heures
4	De 2 heures à (moins de) 4 heures
5	De 4 heures à 12 heures
6	Environ 1 jour
7	Environ 2 jours
8	Environ 3 jours
9	Entre 3 et 7 jours
10	Plus de 7 jours
	Ne sait pas



**Quand vous avez mal à la tête, avez-vous habituellement mal en début de crise ?**

Si MIG1=1

### **MIG6**

**Précision sur le mal à la tête en début de crise**

1	Non réponse ou sans objet
2	Uniquement dans la moitié droite de votre tête
3	Uniquement dans la moitié gauche de votre tête
4	Tantôt dans la moitié gauche, tantôt dans la moitié droite de votre tête
5	Tantôt unilatérale (dans une seule moitié de la tête), tantôt bilatérale (des deux cotés de la tête)
6	Toujours bilatérale (des deux côtés de la tête)
7	A un autre endroit (précisez lequel)
	Ne sait pas

**Quand vous avez mal à la tête, ressentez-vous avant tout**

:

Si MIG1=1

### **MIG7**

**Sensation ressentie lors du mal de tête**

1	Non réponse ou sans objet
2	Des battements qui résonnent dans votre tête ou une impression que cela tape dans votre tête
3	Une sensation de pression, de bandeau serré autour de la tête
4	Une autre sensation
	Ne sait pas

**Quel est le retentissement de votre douleur sur vos activités habituelles ?**

Si MIG1=1

### **MIG8**

**Retentissement de sa douleur sur ses activités habituelles**

1	Non réponse ou sans objet
2	Douleur faible, poursuite des activités habituelles
3	Douleur modérée, gênante mais n'empêchant pas les activités habituelles
4	Douleur forte, obligeant à interrompre les activités habituelles
	Ne sait pas

**Le plus souvent, vos maux de tête augmentent-ils lorsque vous montez ou descendez des escaliers ?**

Si MIG1=1

### **MIG9**

**Le plus souvent, augmentation des maux en montant ou descendant les escaliers**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non
	Ne sait pas

**Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'avoir envie de vomir ?**

Si MIG1=1

### **MIG10**

**Envie de vomir lors du mal de tête**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non
	Ne sait pas

Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'avoir des vomissements ?

Si MIG1=1

### MIG11

Vomissements lors du mal de tête

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non
	Ne sait pas

Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'être gêné par la lumière ?

Si MIG1=1

### MIG12

Gêné par la lumière lors du mal de tête

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non
	Ne sait pas

Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'être gêné par le bruit ?

Si MIG1=1

### MIG13

Gêné par le bruit lors du mal de tête

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
3	Non
	Ne sait pas

Votre père est-il toujours en vie ?

**EVE1**

Père toujours en vie

1 2 3	Sans objet Oui Non Sans objet : père inconnu ou perdu de vue
-------------	---

Quel âge avait-il ?

Si EVE1=2

**EVE2AG**

Age du père décédé

En quelle année est-il décédé ?

Si EVE1=2

**EVE2AN**

Année du décès du père

Votre mère est-elle toujours en vie ?

**EVE3**

Mère toujours en vie

1 2 3	Sans objet Oui Non Sans objet : mère inconnue ou perdue de vue
-------------	---

Quel âge avait-elle ?

Si EVE3=2

**EVE4AG**

Age de la mère décédée

En quelle année est-elle décédée ?

Si EVE3=2

### **EVE4AN**

Année du décès de la mère

Avant que vous ayez atteint l'âge de 18 ans : décès,  
maladie, handicap ou accident grave du père ?

### **EVE51**

Avant que la personne n'atteigne l'âge de 18 ans : décès,  
maladie, handicap ou accident grave du père

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

Avant que vous n'ayiez l'âge de 18 ans : décès, maladie,  
handicap ou accident grave de la mère ?

### **EVE52**

Avant que la personne n'atteigne l'âge de 18 ans : décès,  
maladie, handicap ou accident grave de la mère

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

Avant que vous ayez atteint l'âge de 18 ans : séparation  
ou divorce des parents ?

### **EVE53**

Avant que la personne n'atteigne l'âge de 18 ans :  
séparation ou divorce des parents

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

**Avant que vous ayez atteint l'âge de 18 ans : graves  
disputes ou mésentente entre les parents ?**

### **EVE54**

**Avant que vous ayez atteint l'âge de 18 ans : graves  
disputes ou mésentente entre les parents**

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

**Avant que vous ayez atteint l'âge de 18 ans : situation  
matérielle difficile dont vous avez souffert ?**

### **EVE55**

**Avant que vous ayez atteint l'âge de 18 ans : situation  
matérielle difficile**

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

**Avant que vous ayez atteint l'âge de 18 ans : événements  
graves liés à des conflits armés (guerre, attentat, prise  
d'otages) ?**

### **EVE56**

**Avant que vous ayez atteint l'âge de 18 ans :  
événements graves liés à des conflits armés (guerre,  
attentat, prise d'otages)**

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

**Au cours de l'année écoulée avez-vous été concerné personnellement par le décès d'un proche ?**

### **EVE61**

**Décès d'un proche au cours de l'année écoulée**

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

**Au cours de l'année écoulée avez-vous été concerné personnellement par la maladie, le handicap ou l'accident grave d'un proche ?**

### **EVE62**

**Maladie, handicap ou accident grave d'un proche au cours de l'année écoulée**

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

**Au cours de l'année écoulée avez-vous été concerné personnellement par une séparation ou un divorce (de vous-même) ?**

### **EVE63**

**Séparation ou divorce (de vous-même), au cours de l'année écoulée**

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

**Au cours de l'année écoulée avez-vous été concerné personnellement par la séparation ou le divorce d'un proche ?**

### **EVE64**

**Séparation ou divorce d'un proche, au cours de l'année écoulée**

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

**Au cours de l'année écoulée avez-vous été concerné personnellement par des difficultés matérielles particulières ?**

### **EVE65**

**Difficultés matérielles particulières, au cours de l'année écoulée**

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

**Au cours de l'année écoulée avez-vous été concerné personnellement par des difficultés professionnelles ou scolaires ?**

### **EVE66**

**Difficultés professionnelles ou scolaires, au cours de l'année écoulée**

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui

**Au cours de l'année écoulée avez-vous été concerné personnellement par des événements graves liés à des conflits armés (guerre, attentat, prise d'otages) ou des événements graves liés à des catastrophes naturelles (inondation, tempête, tremblement de terre) ?**

### **EVE67**

**Conflits armés ou catastrophes naturelles, au cours de l'année écoulée**

0	Sans réponse ou sans objet
1	Oui



Etes-vous fumeur ?

## FUMEUR

Fumeur ou non fumeur

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, je fume tous les jours
3	Oui, mais je ne fume pas tous les jours
4	Non, mais auparavant je fumais tous les jours
	Non

Auparavant, fumiez-vous tous les jours ?

Si TABA1=2

## EXQUOT

Auparavant, fumait tous les jours

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Fumez-vous des cigarettes ?

Si TABA1=1

## TJCGET

Fume des cigarettes

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL1A1=1

## TJCGETA

Nombre d'années

Combien de cigarettes par jour environ ?

Si TABL1A1=1

## TJCGETJ

Nombre de cigarettes par jour

Fumez-vous des cigares ?

Si TABA1=1

**TJCIGAR**

Fume des cigares

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL1B1=1

**TJCGARA**

Nombre d'années

Combien de cigares par jour environ ?

Si TABL1B1=1

**TJCGARJ**

Nombre de cigares par jour

Fumez-vous des pipes ?

Si TABA1=1

**TJPIPE**

Fume des pipes

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL1C1=1

**TJPIPEA**

Nombre d'années

Combien par jour environ ?

Si TABL1C1=1

**TJPIPEJ**

Nombre de pipes par jour

Fumiez-vous des cigarettes ?

Si TABA1=3

**EXCGET**

Fumait des cigarettes

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL2A1=1

**EXCGETA**

Nombre d'années

Combien de cigarettes par jour environ ?

Si TABL2A1=1

**EXCGETJ**

Nombre de cigarettes par jour

Fumiez-vous des cigares ?

Si TABA1=3

**EXCGAR**

Fumait des cigares

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL2B1=1

**EXCGARA**

Nombre d'années

Combien de cigares par jour environ ?

Si TABL2B1=1

**EXCGARJ**

Nombre de cigares par jour

Fumiez-vous des pipes ?

Si TABA1=3

**EXPIPE**

Fumait des pipes

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL2C1=1

**EXPIPEA**

Nombre d'années

Combien par jour environ ?

Si TABL2C1=1

**EXPIPEJ**

Nombre de pipes par jour

Depuis combien de mois avez-vous arrêté de fumer ?

Si TABA1=3

**EXMOIS**

Nombre de mois

Depuis combien d'années avez-vous arrêté de fumer ?

Si TABA1=3

**EXANNEE**

Nombre d'années

**Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à une aide ?**

Si TABA1=3

## **AIDE**

**Recours à une aide pour arrêter de fumer**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous eu recours à un patch antitabac ?**

Si TABL2E=1

## **PATCH**

**Patch antitabac**

0	Non réponse ou sans objet
1	Oui

**Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à des gommes à mâcher (ou pastilles) spécial tabac ?**

Si TABL2E=1

## **GOMME**

**Gomme à mâcher ou pastilles spécial tabac**

0	Non réponse ou sans objet
1	Oui

**Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à une psychothérapie ou à un soutien psychologique ?**

Si TABL2E=1

## **PSYCH**

**Psychothérapie ou soutien psychologique**

0	Non réponse ou sans objet
1	Oui

Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à l'acupuncture ou à l'hypnose ?

Si TABL2E=1

## ACUPO

Acupuncture ou hypnose

0	Non réponse ou sans objet
1	Oui

Pour vous arrêter de fumer, avez-vous eu recours à d'autres aides spécifiques ?

Si TABL2E=1

## AUTRE

Autres aides spécifiques

0	Non réponse ou sans objet
1	Oui

Fumiez-vous des cigarettes ?

Si TABA2=1

## NQCGET

Auparavant, fumait des cigarettes tous les jours

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL3A1=1

## NQCGETA

Nombre d'années

Combien par jour environ ?

Si TABL3A1=1

## NQCGETJ

Nombre de cigarettes par jour

Fumiez-vous des cigares ?

Si TABA2=1

**NQCGAR**

Auparavant, fumait des cigares tous les jours

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL3B1=1

**NQCGARA**

Nombre d'années

Combien de cigares par jour environ ?

Si TABL3B1=1

**NQCGARJ**

Nombre de cigares par jour

Fumiez-vous des pipes ?

Si TABA2=1

**NQPIPE**

Auparavant, fumait des pipes tous les jours

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Depuis combien d'années ?

Si TABL3C1=1

**NQPIPEA**

Nombre d'années

Combien par jour environ ?

Si TABL3C1=1

**NQPIPEJ**

Nombre de pipes par jour

**A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool (vin, bière, apéritif, etc...) ?**

## **ALC1**

**Consommation d'alcool**

1	Non réponse ou sans objet
2	Jamais
3	Une fois par mois ou moins
4	Deux ou trois fois par mois
5	Une ou deux fois par semaine
6	Trois ou quatre fois par semaine
7	Quatre ou cinq fois par semaine
	Tous les jours ou presque

**Habituellement, buvez-vous du vin, du champagne, du vin doux ?**

Si ALC1=2 à 7

(1 bouteille=6 verres, 1 litre=8 verres)

## **ALC2A1**

**Vin, champagne, vin doux**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Combien de verres ?**

Si ALC2A1=1

(1 bouteille=6 verres, 1 litre= 8 verres)

## **ALC2A2**

**Nombre de verres**

**Habituellement, buvez-vous de la bière en demi ou en canettes de 25 cl ?**

Si ALC1=2 à 7

## **ALC2B1**

**Bière (demi ou canettes de 25 cl)**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non



Combien de verres ou de canettes ?

Si ALC2B1=1

**ALC2B2**

Nombre de verres ou de canettes

Habituellement, buvez-vous de la bière en canettes ou  
boîtes de 33 cl ?

Si ALC1=2 à 7

**ALC2C1**

Bière (canettes ou boîtes de 33 cl)

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Combien de boîtes ou canettes ?

Si ALC2C1=1

**ALC2C2**

Nombre de boîtes ou canettes

Habituellement, buvez-vous des apéritifs, des digestifs ou  
des alcools forts ?

Si ALC1=2 à 7

**ALC2D1**

Apéritifs, digestifs, alcools forts

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

Combien de verres ?

Si ALC2D1=1

**ALC2D2**

Nombre de verres

**Vous arrive-t-il de consommer 6 verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'une même occasion (fête de famille, sorties, repas...) ?**

Si ALC1=2 à 7

### **ALC3**

**Consommation de 6 verres ou plus lors d'une même occasion**

1	Non réponse ou sans objet
2	Jamais
3	Une fois par mois ou moins
4	Deux ou trois fois par mois
5	Une ou deux fois par semaine
6	Trois ou quatre fois par semaine
7	Quatre ou cinq fois par semaine
	Tous les jours ou presque

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?**

Si ALC1=2 à 7

### **ALC4**

**Besoin de diminuer sa consommation d'alcool**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours des 12 derniers mois, votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?**

Si ALC1=2 à 7

### **ALC5**

**Remarques de l'entourage sur sa consommation**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?**

Si ALC1=2 à 7

**ALC6**

**Déjà eu l'impression de boire trop**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?**

Si ALC1=2 à 7

**ALC7**

**Besoin d'alcool dès le matin**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Avez-vous un travail posté en horaires alternants (par équipes, brigades, roulements...) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA1**

**Travail posté en horaires alternants**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
3	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA1=1 ou 2

### **TRA1A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
3	Plus de 20 années

**Avez-vous des horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à se coucher après minuit (au moins 50 jours par an) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA2**

**Horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à se coucher après minuit**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
3	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA2=1 ou 2

**TRA2A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Avez-vous des horaires de travail et temps de trajet  
obligant souvent à se lever avant 5 h du matin (au moins  
50 jours par an) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

**TRA3**

**Horaires de travail et temps de trajet obligant souvent à  
se lever avant 5 h du matin**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA3=1 ou 2

**TRA3A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Avez-vous des horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à ne pas dormir la nuit (au moins 50 jours par an) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA4**

**Horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à ne pas dormir la nuit**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA4=1 ou 2

### **TRA4A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Avez-vous un travail répétitif sous contrainte de temps (à la chaîne, produit ou pièce qui se déplace, machine à cadence automatique, rythme imposé par une norme stricte...) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA5**

**Travail répétitif sous contrainte de temps**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA5=1 ou 2

### **TRA5A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Avez-vous une rémunération au rendement (à la tâche, aux pièces...) ou aux objectifs (à la commission, au pourcentage...) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA6**

**Rémunération au rendement**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA6=1 ou 2

### **TRA6A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Avez-vous des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail (debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air...) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA7**

**Postures pénibles ou fatigantes**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA7=1 ou 2

### **TRA7A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Portez-vous des charges lourdes durant le travail ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA8**

**Port de charges lourdes durant le travail**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais



**Combien d'années au total ?**

Si TRA8=1 ou 2

**TRA8A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Entendez-vous un bruit intense en milieu professionnel  
(tel qu'il empêche d'entendre la voix d'une personne,  
placée à 2 ou 3 mètres, même si elle crie) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

**TRA9**

**Bruit intense en milieu professionnel**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA9=1 ou 2

**TRA9A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etes-vous exposé fréquemment à des températures extrêmes en milieu professionnel (chaleur élevée ou froid intense, de façon continue, ou par périodes, chaque jour, ou plusieurs semaines dans l'année, etc...) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA10**

**Exposition fréquente à des températures extrêmes**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA10=1 ou 2

### **TRA10A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etes-vous exposé fréquemment aux intempéries en milieu professionnel (vent, pluie, neige..., il s'agit d'une exposition directe, due au travail en plein air) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA11**

**Exposition fréquente aux intempéries**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA11=1 ou 2

## **TRA11A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etes-vous exposé aux poussières ou fumées en milieu professionnel ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

## **TRA12**

**Exposition aux poussières ou fumées**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA12=1 ou 2

## **TRA12A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etes-vous exposé aux produits chimiques en milieu professionnel ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA13**

**Exposition aux produits chimiques**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA13=1 ou 2

### **TRA13A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etes-vous exposé à la climatisation en milieu professionnel ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA14**

**Exposition à la climatisation**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA14=1 ou 2

## **TRA14A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Travaillez-vous sur écran informatique en milieu professionnel ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

## **TRA15**

**Travail sur écran informatique**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA15=1 ou 2

## **TRA15A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etes-vous exposé au tabac en milieu professionnel ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA16**

**Exposition au tabac**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui actuellement
3	Non actuellement, mais oui dans le passé
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si TRA16=1 ou 2

### **TRA16A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Diriez-vous que votre travail actuel vous permet d'apprendre des choses ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA17A**

**Son travail actuel lui permet d'apprendre des choses**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, tout à fait
3	Plutôt oui
4	Plutôt non
	Non, pas du tout

**Diriez-vous que votre travail actuel est varié ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA17B**

**Son travail actuel est varié**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, tout à fait
3	Plutôt oui
4	Plutôt non
	Non, pas du tout

**Diriez-vous que dans votre travail actuel vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA17C**

**Peut choisir lui-même la façon de procéder**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, tout à fait
3	Plutôt oui
4	Plutôt non
	Non, pas du tout

**Diriez-vous que dans votre travail actuel vous avez les moyens pour faire un travail de bonne qualité ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA17D**

**A les moyens pour faire un travail de bonne qualité**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, tout à fait
3	Plutôt oui
4	Plutôt non
	Non, pas du tout

**Diriez-vous que dans votre travail actuel vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération pour réaliser votre travail ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA17E**

**A des possibilités suffisantes d'entraide**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui, tout à fait
3	Plutôt oui
4	Plutôt non
	Non, pas du tout

**Dans votre travail, êtes-vous souvent obligé de vous dépêcher ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA18**

**Est souvent obligé de se dépêcher**

1	Non réponse ou sans objet
2	Concerné
	Non concerné

**Est-ce spécialement difficile ou pénible ?**

Si TRA18=1

### **TRA18A**

**C'est spécialement difficile ou pénible d'être souvent obligé de se dépêcher**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non



**Dans votre travail, êtes-vous obligé de faire plusieurs choses à la fois ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA19**

**Est obligé de faire plusieurs choses à la fois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Concerné
	Non concerné

**Est-ce spécialement difficile ou pénible ?**

Si TRA19=1

### **TRA19A**

**C'est spécialement difficile ou pénible de faire plusieurs choses à la fois**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Etes-vous souvent interrompu dans votre travail ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA20**

**Est souvent interrompu dans son travail**

1	Non réponse ou sans objet
2	Concerné
	Non concerné

**Est-ce spécialement difficile ou pénible ?**

Si TRA20=1

### **TRA20A**

**C'est spécialement difficile ou pénible d'être souvent interrompu dans son travail**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Devez-vous supporter les exigences du public (clients, malades...) ?**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA21**

**Doit supporter les exigences du public**

1	Non réponse ou sans objet
2	Concerné
	Non concerné

**Est-ce spécialement difficile ou pénible ?**

Si TRA21=1

### **TRA21A**

**C'est spécialement difficile ou pénible de devoir supporter les exigences du public**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Ne peut pas quitter son travail des yeux, ou ne peut pas s'interrompre dans son travail**

Si OCCUPA=1 et AGE>=18 ans

### **TRA22**

**Ne peut pas quitter son travail des yeux, ou ne peut pas s'interrompre dans son travail**

1	Non réponse ou sans objet
2	Concerné
	Non concerné

**Est-ce spécialement difficile ou pénible ?**

Si TRA22=1

## **TRA22A**

**C'est spécialement difficile ou pénible de ne pas pouvoir  
quitter son travail des yeux, ou ne pas pouvoir  
s'interrompre dans son travail**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Aviez-vous un travail posté en horaires alternants (par  
équipes, brigades, roulements...) ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

## **INA1**

**Travail posté en horaires alternants**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA1=1

## **INA1A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Aviez vous des horaires de travail et temps de trajet  
obligeant souvent à se coucher après minuit (au moins 50  
jours par an) ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

## **INA2**

**Horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à  
se coucher après minuit**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA2=1

## **INA2A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Aviez-vous des horaires de travail et temps de trajet  
obligeant souvent à se lever avant 5 h du matin (au moins  
50 jours par an) ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

## **INA3**

**Horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à  
se lever avant 5h du matin**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA3=1

### **INA3A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Aviez-vous des horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à ne pas dormir la nuit (au moins 50 jours par an) ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

### **INA4**

**Horaires de travail et temps de trajet obligeant souvent à ne pas dormir la nuit**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA4=1

### **INA4A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Aviez-vous un travail répétitif sous contrainte de temps (à la chaîne, produit ou pièce qui se déplace, machine à cadence automatique, rythme imposé par une norme stricte...) ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

### **INA5**

**Travail répétitif sous contrainte de temps**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA5=1

### **INA5A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Aviez-vous une rémunération au rendement (à la tâche, aux pièces...) ou aux objectifs (à la commission, au pourcentage...) ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

### **INA6**

**Rémunération au rendement**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA6=1

## **INA6A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Aviez-vous des postures pénibles ou fatigantes à la longue (debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air...)**

?

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

## **INA7**

**Postures pénibles ou fatigantes à la longue**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non

**Combien d'années au total ?**

Si INA7=1

## **INA7A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Portiez-vous des charges lourdes ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

## **INA8**

**Port de charges lourdes**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA8=1

**INA8A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Entendiez-vous un bruit intense en milieu professionnel  
(tel qu'il empêche d'entendre la voix d'une personne,  
placée à 2 ou 3 mètres, même si elle crie) ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

**INA9**

**Bruit intense en milieu professionnel**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA9=1

**INA9A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années



**Etiez-vous exposé fréquemment à des températures extrêmes en milieu professionnel (chaleur élevée ou froid intense, de façon continue, ou par périodes, chaque jour, ou plusieurs semaines dans l'année) ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

### **INA10**

**Exposition fréquente à des températures extrêmes**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA10=1

### **INA10A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etiez-vous exposé fréquemment aux intempéries (vent, pluie, neige..., il s'agit d'une exposition directe, due au travail en plein air) ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

### **INA11**

**Exposition fréquente aux intempéries**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA11=1

## **INA11A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etiez-vous exposé aux poussières ou fumées en milieu professionnel ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

## **INA12**

**Exposition aux poussières ou aux fumées**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA12=1

## **INA12A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etiez-vous exposé aux produits chimiques en milieu professionnel ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

## **INA13**

**Exposition aux produits chimiques**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA13=1

**INA13A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etiez-vous exposé à la climatisation en milieu professionnel ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

**INA14**

**Exposition à la climatisation**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA14=1

**INA14A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Travaillez-vous sur écran informatique en milieu professionnel ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

**INA15**

**Travail sur écran informatique**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA15=1

**INA15A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années

**Etiez-vous exposé au tabac en milieu professionnel ?**

Si ACTPA=1 et AGE>=18 ans

**INA16**

**Exposition au tabac**

1	Non réponse ou sans objet
2	Oui
	Non Jamais

**Combien d'années au total ?**

Si INA16=1

**INA16A**

**Nombre d'années au total**

1	Non réponse ou sans objet
2	Moins de 10 années
3	10 à 20 années
	Plus de 20 années