

## AUTO QUESTIONNAIRE DES 18 ANS ET PLUS

Nous vous remercions d'avance de bien vouloir répondre aux questions posées dans les questionnaires qui vous sont proposés en suivant les consignes indiquées.

**QUESTIONNAIRE N° 1**

**COMMENT REPONDRE AU QUESTIONNAIRE N° 1**

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez.

Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

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

*entourez la réponse de votre choix*

- Excellente..... 1
- Très bonne..... 2
- Bonne..... 3
- Médiocre..... 4
- Mauvaise..... 5

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

*entourez la réponse de votre choix*

- Bien meilleur que l'an dernier..... 1
- Plutôt meilleur..... 2
- A peu près pareil..... 3
- Plutôt moins bon..... 4
- Beaucoup moins bon..... 5

**3 Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel**

*entourez la réponse de votre choix, une par ligne*

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
a. <b>Efforts physiques importants</b> tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. <b>Efforts physiques modérés</b> tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter <b>plusieurs étages</b> par l'escalier	1	2	3
e. Monter <b>un étage</b> par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher <b>plus d'un km</b> à pied	1	2	3
h. Marcher <b>plusieurs centaines de mètres</b>	1	2	3
i. Marcher <b>une centaine de mètres</b>	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

**4 Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,**

*entourez la réponse de votre choix, une par ligne*

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit <b>le temps passé</b> à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous <b>accompli moins</b> de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire <b>certaines</b> choses	1	2
d. Avez-vous eu des <b>difficultés</b> à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

**5 Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),**

*entourez la réponse de votre choix, une par ligne*

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit <b>le temps passé</b> à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous <b>accompli moins</b> de choses que vous auriez souhaité	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire <b>avec autant de soin et d'attention</b> que d'habitude	1	2

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

*entourez la réponse de votre choix*

- |                   |   |
|-------------------|---|
| Pas du tout.....  | 1 |
| Un petit peu..... | 2 |
| Moyennement.....  | 3 |
| Beaucoup.....     | 4 |
| Enormément.....   | 5 |

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

*entourez la réponse de votre choix*

- |                  |   |
|------------------|---|
| Nulle.....       | 1 |
| Très faible..... | 2 |
| Faible.....      | 3 |
| Moyenne.....     | 4 |
| Grande.....      | 5 |
| Très grande..... | 6 |

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

*entourez la réponse de votre choix*

- |                   |   |
|-------------------|---|
| Pas du tout.....  | 1 |
| Un petit peu..... | 2 |
| Moyennement.....  | 3 |
| Beaucoup.....     | 4 |
| Enormément.....   | 5 |

**9 Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :**

*entourez la réponse de votre choix, une par ligne*

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral	1	2	3	4	5	6
d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
h. Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
i. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

**10 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(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?**

*entourez la réponse de votre choix*

En permanence.....	1
Une bonne partie du temps.....	2
De temps en temps.....	3
Rarement.....	4
Jamais.....	5

**11 Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :**

*entourez la réponse de votre choix, une par ligne*

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

**QUESTIONNAIRE N° 2**

**Ce questionnaire est à remplir si vous avez moins de 45 ans et plus de 17 ans**

**Si vous avez 45 ans et plus, allez au questionnaire n°3, page 9**

**Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.**  
**Si en face d'un chiffre que vous avez entouré, il est mentionné → aller à la question , vous vous rendez directement au numéro de la question qui est indiquée.**  
**Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse, entourer le chiffre correspondant à Non**

- 1 Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?** *entourez la réponse de votre choix*
- Oui..... 1 → aller à la question 1.1
- Non..... 2 → aller à la question 2
- 1.1 Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?**
- Oui ..... 1
- Non ..... 2
- 1.2 Avez-vous eu ces sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé(e) ?**
- Oui ..... 1
- Non ..... 2
- 2 Vous-êtes vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**
- Oui..... 1
- Non..... 2
- 3 Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**
- Oui..... 1
- Non..... 2
- 4 Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**
- Oui..... 1
- Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

**6 Prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme ?**

(y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

Oui..... 1

Non..... 2

**7 Avez-vous des allergies nasales ?**

(y compris le « rhume des foins »)

Oui..... 1

Non..... 2

**8 Avez vous déjà eu des crises d'asthme ?**

Oui..... 1

Non..... 2

**QUESTIONNAIRE N° 3**

**Ce questionnaire est à remplir seulement  
si vous avez 45 ans et plus**

**Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.  
Si en face d'un chiffre que vous avez entouré, il est mentionné → aller à la question , vous vous rendez  
directement au numéro de la question qui est indiquée.  
Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse, entourer le chiffre correspondant à Non**

**1 Toussez-vous habituellement en vous levant à la mauvaise saison ?** *Entourez la réponse de votre choix*

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

**Si « OUI » à l'une des questions 1 ou 2 passez à la question 3.  
Sinon, aller à la question 5.**

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

âge.....   ans

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

**Si « OUI » à l'une des questions 5 et 6, passez à la question 7.  
Sinon, aller à la question 9.**

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

âge.....   ans

**9 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)**

Oui..... 1

Non..... 2 → aller à la question 11

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

**15 Etes-vous essoufflé au repos ?**

Oui..... 1

Non..... 2

Si « OUI » à l'une des questions 11 à 15, passez à la question 16.  
Sinon, aller à la question 17.

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

âge.....   ans

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

Oui..... 1 → aller à la question 17.1

Non..... 2 → aller à la question 18

17.1 Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?

Oui ..... 1

Non ..... 2

17.2 Avez-vous eu ces sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé(e) ?

Oui ..... 1

Non ..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

22 Prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme ?

(y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

Oui..... 1

Non..... 2

**23 Avez-vous des allergies nasales ?**

(y compris le « rhume des foins »)

Oui..... 1

Non..... 2

**24 Avez vous déjà eu des crises d'asthme ?**

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

Oui..... 1

Non..... 2 → aller à la question 28

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

Oui..... 1

Non..... 2

**28 Avez-vous (eu) le « rhume des foins » ?**

Oui..... 1

Non..... 2

**29 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 ?**

Oui..... 1

Non..... 2 → aller au questionnaire n°4, page 13

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

Oui..... 1

Non..... 2

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

1. Un épisode..... 1

2. Deux épisodes ou plus..... 2

**QUESTIONNAIRE N° 4**

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

*entourez la réponse de votre choix*

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

**Les questions qui suivent concernent la région lombaire (bas du dos) figurée sur le schéma. Entendez par lombalgie toute douleur, gêne ou blocage dans cette région, que la douleur s'étende ou non à la jambe.**

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

*entourez la réponse de votre choix*

- Oui..... 1
- Non, mais j'en ai souffert dans le passé..... 2 → aller au questionnaire 5, page 14
- Non, je n'en ai jamais souffert..... 3 → aller au questionnaire 5, page 14

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

- De 1 à 7 jours..... 1
- De 8 à 30 jours..... 2
- Plus de 30 jours mais pas tous les jours..... 3
- Tous les jours..... 4

**3 S'agissait-il de :**

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

**QUESTIONNAIRE N° 5**

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.

- Jamais ou très rarement : moins d'un jour
- Occasionnellement : 1 à 2 jours
- Assez souvent : 3 à 4 jours
- Fréquemment ou tout le temps : 5 à 7 jours

**DURANT LA SEMAINE ECOULEE :**

- 1 J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas** *entourez la réponse de votre choix*
- |   |   |
|---|---|
| Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... | 1 |
| Occasionnellement (1 à 2 jours) .....           | 2 |
| Assez souvent (3 à 4 jours).....                | 3 |
| Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... | 4 |
- 2 Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit**
- |   |   |
|---|---|
| Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... | 1 |
| Occasionnellement (1 à 2 jours) .....           | 2 |
| Assez souvent (3 à 4 jours).....                | 3 |
| Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... | 4 |
- 3 J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis**
- |   |   |
|---|---|
| Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... | 1 |
| Occasionnellement (1 à 2 jours) .....           | 2 |
| Assez souvent (3 à 4 jours).....                | 3 |
| Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... | 4 |
- 4 J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres**
- |   |   |
|---|---|
| Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... | 1 |
| Occasionnellement (1 à 2 jours) .....           | 2 |
| Assez souvent (3 à 4 jours).....                | 3 |
| Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... | 4 |
- 5 J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais**
- |   |   |
|---|---|
| Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... | 1 |
| Occasionnellement (1 à 2 jours) .....           | 2 |
| Assez souvent (3 à 4 jours).....                | 3 |
| Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... | 4 |

**DURANT LA SEMAINE ECOULEE :**

- 6 Je me suis senti(e) déprimé(e)** *entourez la réponse de votre choix*
- Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... 1  
 Occasionnellement (1 à 2 jours) ..... 2  
 Assez souvent (3 à 4 jours)..... 3  
 Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... 4
- 7 J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort**
- Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... 1  
 Occasionnellement (1 à 2 jours) ..... 2  
 Assez souvent (3 à 4 jours)..... 3  
 Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... 4
- 8 J'ai été confiant(e) en l'avenir**
- Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... 1  
 Occasionnellement (1 à 2 jours) ..... 2  
 Assez souvent (3 à 4 jours)..... 3  
 Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... 4
- 9 J'ai pensé que ma vie était un échec**
- Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... 1  
 Occasionnellement (1 à 2 jours) ..... 2  
 Assez souvent (3 à 4 jours)..... 3  
 Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... 4
- 10 Je me suis senti(e) craintif(ve)**
- Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... 1  
 Occasionnellement (1 à 2 jours) ..... 2  
 Assez souvent (3 à 4 jours)..... 3  
 Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... 4
- 11 Mon sommeil n'a pas été bon**
- Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... 1  
 Occasionnellement (1 à 2 jours) ..... 2  
 Assez souvent (3 à 4 jours)..... 3  
 Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... 4
- 12 J'ai été heureux(se)**
- Jamais ou très rarement (moins d'un jour) ..... 1  
 Occasionnellement (1 à 2 jours) ..... 2  
 Assez souvent (3 à 4 jours)..... 3  
 Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)..... 4

**DURANT LA SEMAINE ECOULEE :**

**13 J'ai parlé moins que d'habitude**

*entourez la réponse de votre choix*

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

**14 Je me suis senti(e) seul(e)**

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

**15 Les autres ont été hostiles envers moi**

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

**16 J'ai profité de la vie**

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

**17 J'ai eu des crises de larmes**

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

**18 Je me suis senti(e) triste**

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

**19 J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas**

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

**20 J'ai manqué d'entrain**

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

**QUESTIONNAIRE N° 6**

**Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.**  
**Si en face d'un chiffre que vous avez entouré, il est mentionné → aller à la question , vous vous rendez directement au numéro de la question qui est indiquée.**

- 1 Etes-vous sujet à des maux de tête (des céphalées) ?** *entourez la réponse de votre choix*
- Oui..... **1 → aller à la question 2**
- Non..... **2 → aller au questionnaire 7, page 20**
- 
- 2 En souffrez-vous tous les jours ?**
- Oui..... 1
- Non..... 2
- 
- 3 Lorsque vous en souffrez, prenez vous des médicaments ?**
- Oui, systématiquement..... **1 → aller à la question 5, page 18**
- Oui, le plus souvent..... 2
- Oui, parfois..... 3
- Non, jamais..... 4
- } **→ aller à la question 4**

**Si vous avez répondu 2,3 ou 4 à la question 3 :**

- 4 Lorsque vous ne prenez pas de médicament, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?**
- Moins de 30 minutes..... 1
- De 30 minutes à (moins de) 2 heures..... 2
- De 2 heures à (moins de) 4 heures..... 3
- De 4 heures à 12 heures..... 4
- Environ 1 jour..... 5
- Environ 2 jours..... 6
- Environ 3 jours..... 7
- Entre 3 et 7 jours..... 8
- Plus de 7 jours..... 9
- Ne sait pas..... 10
- Puis allez à la question 6, Page 18**

Si vous avez répondu 1 à la question 3 :

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

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

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

*entourez la réponse de votre choix*

- Uniquement dans la moitié droite de votre tête..... 1
- Uniquement dans la moitié gauche de votre tête..... 2
- Tantôt dans la moitié gauche, tantôt dans la moitié droite de votre tête..... 3
- Tantôt unilatérale (dans une seule moitié de la tête), tantôt bilatérale (des deux côtés de la tête)..... 4
- Toujours bilatérale (des deux côtés de la tête)..... 5
- A un autre endroit..... 6
- Précisez lequel :* .....
- .....
- Ne sait pas..... 7



**7 Quand vous avez mal à la tête, ressentez-vous avant tout : (une réponse possible)**

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

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

- Douleur faible, poursuite des activités habituelles..... 1
- Douleur modérée, gênante mais n'empêchant pas les activités habituelles..... 2
- Douleur forte, obligeant à interrompre les activités habituelles..... 3
- Ne sait pas..... 4

- 9 Le plus souvent, vos maux de tête augmentent-ils lorsque vous montez ou descendez des escaliers ?**
- Oui..... 1  
Non..... 2  
Ne sait pas..... 3
- 10 Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'avoir envie de vomir ?**
- Oui..... 1  
Non..... 2  
Ne sait pas..... 3
- 11 Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'avoir des vomissements ?**
- Oui..... 1  
Non..... 2  
Ne sait pas..... 3
- 12 Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'être gêné par la lumière ?**
- Oui..... 1  
Non..... 2  
Ne sait pas..... 3
- 13 Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'être gêné par le bruit ?**
- Oui..... 1  
Non..... 2  
Ne sait pas..... 3

**QUESTIONNAIRE N° 7**

**Veillez répondre à toutes les questions en entourant le ou les chiffre(s) correspondant(s) à la réponse. Si en face d'un chiffre que vous avez entouré, il est mentionné → aller à la question , vous vous rendez directement au numéro de la question qui est indiquée.**

**1 Votre père est-il toujours en vie ?**

Oui.....

Non.....

Sans objet : père inconnu ou perdu de vue.....

*entourez la réponse de votre choix*

1 → aller à la question 3

2 → aller à la question 2

3 → aller à la question 3

**2 En quelle année est-il décédé ?**

--	--	--	--

**Quel âge avait-il ?**

--	--	--

ans

**3 Votre mère est-elle toujours en vie ?**

Oui.....

Non.....

Sans objet : mère inconnue ou perdue de vue.....

1 → aller à la question 5

2 → aller à la question 4

3 → aller à la question 5

**4 En quelle année est-elle décédée?**

--	--	--	--

**Quel âge avait-elle ?**

--	--	--

ans

**5 Parmi les événements suivants, en est-il un ou plusieurs qui vous ont concerné personnellement, avant que vous ayez atteint l'âge de 18 ans ?**

Décès, maladie, handicap ou accident grave du père..... 1

Décès, maladie, handicap ou accident grave de la mère..... 2

Séparation ou divorce des parents..... 3

Graves disputes ou mésentente entre les parents..... 4

Une situation matérielle difficile dont vous avez souffert..... 5

Des événements graves liés à des conflits armés (guerre, attentat, prise d'otages)..... 6

Aucun de ces événements ne m'a concerné..... 7

**2 Parmi les événements suivants, en est-il un ou plusieurs qui vous ont concerné personnellement, au cours de l'année écoulée ?**

- |   |   |
|---|---|
| Décès d'un proche.....  | 1 |
| Maladie, handicap ou accident grave d'un proche.....  | 2 |
| Séparation ou divorce de vous même.....   | 3 |
| Séparation ou divorce d'un proche.....  | 4 |
| Difficultés matérielles particulières.....  | 5 |
| Difficultés professionnelles ou scolaires particulières.....  | 6 |
| 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)..... | 7 |
| Aucun de ces événements ne m'a concerné.....  | 8 |

**QUESTIONNAIRE N° 8**

**Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.**  
**Si en face d'un chiffre que vous avez entouré, il est mentionné → aller à la question , vous vous rendez directement au numéro de la question qui est indiquée.**

**1 Etes-vous fumeur ?**

*entourez la réponse de votre choix*

- Oui, je fume tous les jours..... 1 → **aller au TABLEAU 1**
- Oui, mais je ne fume pas tous les jours..... 2 → **aller à la question 2**
- Non, mais auparavant je fumais tous les jours..... 3 → **aller au TABLEAU 2, page 23**
- Non..... 4 → **aller au questionnaire 9, page 24**

**Pour les personnes qui fument actuellement mais pas tous les jours :**

**2 Auparavant, fumiez-vous tous les jours ?**

- Oui..... 1 → **aller au TABLEAU 3, page 23**
- Non..... 2 → **aller au questionnaire 9, page 24**

**TABLEAU 1**

**Pour les personnes qui fument tous les jours, actuellement**

<b><u>FUMEZ-VOUS :</u></b>	<b>SI OUI, ENTOUREZ LA REPONSE :</b>	<b>SI REPONSE OUI : Depuis combien d'années ?</b>	<b>SI REPONSE OUI : Combien par jour environ ?</b>
Des cigarettes	oui	_ _	_ _
Des cigares	oui	_ _	_ _
Des pipes	oui	_ _	_ _

**Puis, aller au questionnaire 9, page 24**

**TABLEAU 2**

Pour les personnes qui ne fument plus mais qui, dans le passé, fumaient tous les jours

<b>FUMIEZ-VOUS :</b>	<b>SI OUI, ENTOUREZ LA REPONSE :</b>	<b>SI REPONSE OUI : Depuis combien d'années ?</b>	<b>SI REPONSE OUI : Combien par jour environ ?</b>
Des cigarettes	oui	_ _ _	_ _ _
Des cigares	oui	_ _ _	_ _ _
Des pipes	oui	_ _ _	_ _ _

**Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?**

EN MOIS :      |\_|\_| mois

**OU**

EN ANNEES :    |\_|\_| années

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

Oui..... 1

Non..... 2

**Si OUI, laquelle ou lesquelles ?** (entourez la ou les réponses correspondantes)

Patch antitabac..... 1

Gomme à mâcher (ou pastilles) spécial tabac.... 2

Psychothérapie ou soutien psychologique..... 3

Acupuncture ou hypnose..... 4

Autres aides spécifiques..... 5

**A quelle occasion avez-vous décidé d'arrêter de fumer ?**

.....

Puis aller au questionnaire 9 , page 24

**TABLEAU 3**

Pour les personnes qui ne fument pas tous les jours mais qui, dans le passé, fumaient tous les jours

<b>FUMIEZ-VOUS :</b>	<b>SI OUI, ENTOUREZ LA REPONSE :</b>	<b>SI REPONSE OUI : Depuis combien d'années ?</b>	<b>SI REPONSE OUI : Combien par jour environ ?</b>
Des cigarettes	oui	_ _ _	_ _ _
Des cigares	oui	_ _ _	_ _ _
Des pipes	oui	_ _ _	_ _ _

**QUESTIONNAIRE N° 9**

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.

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

*entourez la réponse de votre choix*

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| Jamais .....                          | 1 | <b>→ aller au questionnaire 10, page 26</b> |
| Une fois par mois ou moins.....       | 2 |   |
| Deux ou trois fois par mois.....      | 3 |   |
| Une ou deux fois par semaine.....     | 4 |   |
| Trois ou quatre fois par semaine..... | 5 |   |
| Quatre ou cinq fois par semaine.....  | 6 |   |
| Tous les jours ou presque.....        | 7 |   |

**2 Habituellement, les jours où vous buvez des boissons contenant de l'alcool, lesquelles et combien de verres (ou canettes) consommez-vous ?**

	SI OUI, ENTOUREZ LA REPONSE :	SI REPONSE OUI : Nombre de verres ou de canettes
Vin, champagne, vin doux..... (1 bouteille=6 verres, 1 litre= 8 verres)	oui	_ _
Bière		
- demi ou canettes de 25 cl.....	oui	_ _
- canettes ou boîtes de 33 cl.....	oui	_ _
Apéritif, digestif, alcool fort.....	oui	_ _

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

*entourez la réponse de votre choix*

AUTO QUESTIONNAIRE DES 18 ANS ET PLUS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**QUESTIONNAIRE N° 10**

**Ce questionnaire est à remplir si vous avez actuellement une activité professionnelle**

**Si vous n'avez pas d'activité professionnelle actuellement mais que vous en avez exercé une auparavant, vous remplirez le questionnaire n° 11 page 31**

**Nous allons maintenant passer en revue des situations de travail. Pouvez-vous indiquer si elles concernent votre activité professionnelle.**

**Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.**

**Si pour chaque question, la réponse que vous entourez est 1 ou 2 :**

oui actuellement..... 1

**ou**

non actuellement, mais oui dans le passé..... 2

**vous devrez alors répondre à la question concernant le nombre d'années au total (cadre de droite).**

**1 Travail posté en horaires alternants**

(par équipes, brigades, roulements...)

Oui actuellement..... 1

Non actuellement, mais oui dans le passé..... 2

Non jamais..... 3

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

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

(au moins 50 jours par an)

Oui actuellement..... 1

Non actuellement, mais oui dans le passé..... 2

Non jamais..... 3

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

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

(au moins 50 jours par an)

Oui actuellement..... 1

Non actuellement, mais oui dans le passé..... 2

Non jamais..... 3

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

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

(au moins 50 jours par an)

Oui actuellement.....

1

Non actuellement, mais oui dans le passé.....

2

Non jamais.....

3

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

**5 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...)

Oui actuellement.....

1

Non actuellement, mais oui dans le passé.....

2

Non jamais.....

3

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

**6 Rémunération au rendement (à la tâche, aux pièces...) ou aux objectifs (à la commission, au pourcentage...)**

Oui actuellement.....

1

Non actuellement, mais oui dans le passé.....

2

Non jamais.....

3

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

**7 Postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail**

(debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air...)

Oui actuellement.....

1

Non actuellement, mais oui dans le passé.....

2

Non jamais.....

3

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

**8 Port de charges lourdes durant le travail**

Oui actuellement.....

1

Non actuellement, mais oui dans le passé.....

2

Non jamais.....

3

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

**9 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)

**Combien d'années au total ?**

AUTO QUESTIONNAIRE DES 18 ANS ET PLUS

- Oui actuellement..... 1
- Non actuellement, mais oui dans le passé..... 2
- Non jamais..... 3
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Moins de 10 années..... | 1 |
| 10 à 20 années.....     | 2 |
| Plus de 20 années.....  | 3 |

**10 Exposition fréquente 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...)

- Oui actuellement..... 1
- Non actuellement, mais oui dans le passé..... 2
- Non jamais..... 3
- Combien d'années au total ?**
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Moins de 10 années..... | 1 |
| 10 à 20 années.....     | 2 |
| Plus de 20 années.....  | 3 |

**11 Exposition fréquente aux intempéries en milieu professionnel**

(vent, pluie, neige..., il s'agit d'une exposition directe, due au travail en plein air)

- Oui actuellement..... 1
- Non actuellement, mais oui dans le passé..... 2
- Non jamais..... 3
- Combien d'années au total ?**
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Moins de 10 années..... | 1 |
| 10 à 20 années.....     | 2 |
| Plus de 20 années.....  | 3 |

**12 Exposition aux poussières ou fumées en milieu professionnel**

- Oui actuellement..... 1
- Non actuellement, mais oui dans le passé..... 2
- Non jamais..... 3
- Combien d'années au total ?**
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Moins de 10 années..... | 1 |
| 10 à 20 années.....     | 2 |
| Plus de 20 années.....  | 3 |

**13 Exposition aux produits chimiques en milieu professionnel**

- Oui actuellement..... 1
- Non actuellement, mais oui dans le passé..... 2
- Non jamais..... 3
- Combien d'années au total ?**
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Moins de 10 années..... | 1 |
| 10 à 20 années.....     | 2 |
| Plus de 20 années.....  | 3 |

**14 Exposition à la climatisation en milieu professionnel**

- Oui actuellement..... 1
- Non actuellement, mais oui dans le passé..... 2
- Non jamais..... 3
- Combien d'années au total ?**
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Moins de 10 années..... | 1 |
| 10 à 20 années.....     | 2 |
| Plus de 20 années.....  | 3 |

**15 Travail sur écran informatique en milieu professionnel**

- Oui actuellement..... 1
- Combien d'années au total ?**
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Moins de 10 années..... | 1 |
|-------------------------|---|

AUTO QUESTIONNAIRE DES 18 ANS ET PLUS

Non actuellement, mais oui dans le passé.....	2	↗	10 à 20 années..... 2
			Plus de 20 années..... 3
Non jamais.....	3		

**16 Exposition au tabac en milieu professionnel**

			<b>Combien d'années au total ?</b>
Oui actuellement.....	1	↘	Moins de 10 années..... 1
Non actuellement, mais oui dans le passé.....	2	↗	10 à 20 années..... 2
			Plus de 20 années..... 3
Non jamais.....	3		

**17 Par ailleurs, diriez-vous que votre travail actuel présente les caractéristiques suivantes :**

**17.1 Il vous permet d'apprendre des choses**

Oui, tout à fait.....	1
Plutôt oui.....	2
Plutôt non.....	3
Non, pas du tout.....	4

**17.2 Il est varié**

Oui, tout à fait.....	1
Plutôt oui.....	2
Plutôt non.....	3
Non, pas du tout.....	4

**17.3 Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder**

Oui, tout à fait.....	1
Plutôt oui.....	2
Plutôt non.....	3
Non, pas du tout.....	4

**17.4 Vous avez les moyens (matériel, informations, temps...) pour faire un travail de bonne qualité**

Oui, tout à fait.....	1
Plutôt oui.....	2
Plutôt non.....	3
Non, pas du tout.....	4

**17.5 Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération pour réaliser votre travail**

Oui, tout à fait.....	1
Plutôt oui.....	2
Plutôt non.....	3
Non, pas du tout.....	4

**Dans votre travail, êtes-vous concerné ou non par les situations suivantes ?**

**(Si vous l'êtes, vous préciserez si cela vous est spécialement difficile ou pénible)**

**18 Etre souvent obligé de se dépêcher**

Concerné.....	1	→	<i>Est-ce spécialement difficile ou pénible ?</i>
			Oui..... 1 Non..... 2
Non concerné.....	2		

**19 Etre obligé de faire plusieurs choses à la fois**

Concerné.....	1	→	<i>Est-ce spécialement difficile ou pénible ?</i>
			Oui..... 1 Non..... 2
Non concerné.....	2		

**20 Etre souvent interrompu dans son travail**

Concerné.....	1	→	<i>Est-ce spécialement difficile ou pénible ?</i>
			Oui..... 1 Non..... 2
Non concerné.....	2		

**21 Devoir supporter les exigences du public**  
(clients, malades...)

Concerné.....	1	→	<i>Est-ce spécialement difficile ou pénible ?</i>
			Oui..... 1 Non..... 2
Non concerné.....	2		

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

Concerné.....	1	→	<i>Est-ce spécialement difficile ou pénible ?</i>
			Oui..... 1 Non..... 2
Non concerné.....	2		

**QUESTIONNAIRE N° 11**

**Ce questionnaire est à remplir si vous n'avez pas actuellement d'activité professionnelle mais que vous en avez exercé une auparavant**

**Nous allons maintenant passer en revue des situations de travail. Pouvez-vous indiquer si elles ont concerné votre activité professionnelle.**

**Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse.**

**Si pour chaque question, la réponse que vous entourez est « Oui », vous devrez alors répondre à la question concernant le nombre d'années au total (cadre de droite).**

**1 Travail posté en horaires alternants**

(par équipes, brigades, roulements...)

Oui..... 1 →

Non jamais..... 2

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

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

(au moins 50 jours par an)

Oui..... 1 →

Non jamais..... 2

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

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

(au moins 50 jours par an)

Oui..... 1 →

Non jamais..... 2

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

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

(au moins 50 jours par an)

Oui..... 1 →

Non jamais..... 2

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

## AUTO QUESTIONNAIRE DES 18 ANS ET PLUS

### 5 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...)

Oui..... 1 →

Non jamais..... 2

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

### 6 Rémunération au rendement (à la tâche, aux pièces...) ou aux objectifs (à la commission, au pourcentage...)

Oui..... 1 →

Non jamais..... 2

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

### 7 Postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail

(debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air...)

Oui..... 1 →

Non jamais..... 2

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

### 8 Port de charges lourdes durant le travail

Oui..... 1 →

Non jamais..... 2

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

### 9 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)

Oui..... 1 →

Non jamais..... 2

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

### 10 Exposition fréquente 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...)

Oui..... 1 →

Non jamais..... 2

**Combien d'années au total ?**

Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

### 11 Exposition fréquente aux intempéries en milieu professionnel

(vent, pluie, neige..., il s'agit d'une exposition directe, due au travail en plein air)

**Combien d'années au total ?**

AUTO QUESTIONNAIRE DES 18 ANS ET PLUS

Oui..... 1



Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

Non jamais..... 2

**12 Exposition aux poussières ou fumées en milieu professionnel**

*Combien d'années au total ?*

Oui..... 1



Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

Non jamais..... 2

**13 Exposition aux produits chimiques en milieu professionnel**

*Combien d'années au total ?*

Oui..... 1



Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

Non jamais..... 2

**14 Exposition à la climatisation en milieu professionnel**

*Combien d'années au total ?*

Oui..... 1



Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

Non jamais..... 2

**15 Travail sur écran informatique en milieu professionnel**

*Combien d'années au total ?*

Oui..... 1



Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

Non jamais..... 2

**16 Exposition au tabac en milieu professionnel**

*Combien d'années au total ?*

Oui..... 1



Moins de 10 années.....	1
10 à 20 années.....	2
Plus de 20 années.....	3

Non jamais..... 2