

Instrument STEPS de l'OMS (Modules de base et élargis)



L'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques (STEPS)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

*Pour de plus amples
informations:* www.who.int/chp/steps



Instrument STEPS

Présentation générale

Introduction Ceci est l'Instrument STEPS standard que les pays/sites utiliseront pour développer leur propre Instrument. Il contient :

- Les modules de BASE pour chaque section (en clair)
- Les modules ELARGIS (foncés).

Modules de base Les modules de base incluent des questions nécessaires au calcul de variables-clé. Par exemple :

- fumeurs quotidiens et actuels
- IMC moyen.

Note : Toutes les questions de base devraient être posées, les enlever aurait un effet sur l'analyse.

Modules élargis Les modules élargis permettent d'obtenir des informations plus détaillées pour chaque facteur de risque. Les exemples sont les suivants :

- utilisation du tabac non fumé
- comportement sédentaire.

Guide pour les colonnes Le tableau ci-dessous est un guide court pour expliquer chaque colonne de l'Instrument.

Colonne	Description	Adaptations pour le site
Question	Chaque question devra être lue aux répondants.	<ul style="list-style-type: none">▪ Sélectionnez les sections à utiliser.▪ Ajoutez les questions élargies et optionnelles selon la nécessité.
Réponse	Cette colonne énumère les réponses possibles que l'enquêteur encerclera ou pour lesquelles il/elle remplira les cases prévues à cet effet. Les sauts apparaissent à la droite des réponses et devront être suivis minutieusement pendant l'entretien.	<ul style="list-style-type: none">▪ Ajoutez les catégories spécifiques pour chaque pays/site dans les modules concernés (ex. C6).▪ Changez les références qui sont faites pour les sauts.
Code	Cette colonne a été créée afin que les données de l'Instrument correspondent à celles de l'outil de saisie de données, à celles de la syntaxe pour l'analyse des données et à celles de la Note de synthèse.	Le code ne devra jamais être changé ou enlevé, il est utilisé comme identifiant général pour la saisie des données et l'analyse.



Instrument STEPS de l'OMS

pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques

<BENIN>

Information sur l'enquête

Lieu et Date	Réponse	Code
Code ID de la zone de dénombrement	<input type="text"/>	11
Code ID de l'enquêteur	<input type="text"/>	13
Date de l'entretien (à laquelle l'Instrument a été rempli)	<input type="text"/> <input type="text"/> Jour Mois Année	14

Consentement, Langue utilisée pour l'entretien et Nom	Réponse	Code
Le consentement a été lu et obtenu	Oui 1 Non 2 Si NON, FINIR l'entretien	15
Langue de l'entretien [<i>Insérer la langue</i>]	Français 1 Adja et apparentés 2 Fon et apparentés 3 Bariba et apparentés 4 Dendi et apparentés 5 Yom, Lokpa et apparentés 6 Betamaribe et apparentés 7 Peulh et apparentés 8 Otamari et apparentés 9 Yorouba et apparentés 10 Autres 11	16
Heure de l'entretien (0-24h)	<input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs mins	17
Nom de famille		18
Prénom		19
Informations supplémentaires pouvant être utiles		
Numéro de téléphone (dans la mesure du possible)		110

Step 1 Mesures comportementales

MODULE DE BASE : Consommation de tabac		
Je vais maintenant vous poser des questions sur plusieurs comportements relatifs à la santé. Cela inclut des comportements comme la consommation de tabac, d'alcool, de fruits et de légumes ainsi que l'activité physique. Commençons par le tabac.		
Question	Réponse	Code
Fumez-vous actuellement des produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes ? <i>(UTILISER LES CARTES)</i>	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à T8</i>	T1
Fumez-vous quotidiennement ?	Oui 1 Non 2	T2
A quel âge avez-vous commencé à fumer ?	Âge (années) <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si réponse connue, aller à T5a/T5aw</i> Ne sait pas 77	T3
Depuis quand avez-vous commencé à fumer? <i>(NOTER SEULEMENT POUR UNE PERIODE ET PAS LES TROIS)</i> <i>Ne sait pas 77</i>	En nombre d'années <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si réponse connue, aller à T5a/T5aw</i>	T4a
	OU en mois <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si réponse connue, aller à T5a/T5aw</i>	T4b
	OU en semaines <input type="text"/> <input type="text"/>	T4c
Quelle quantité des produits suivants fumez-vous en moyenne chaque jour /semaine? <i>(SI MOINS DE CHAQUE JOUR, INSCRIRE CHAQUE SEMAINE)</i> <i>(INSCRIRE LA QUANTITE POUR CHAQUE TYPE DE PRODUIT, UTILISER LES CARTES)</i> <i>Ne sait pas 7777</i>	CHAQUE JOUR ↓ CHAQUE SEMAINE ↓ Cigarettes industrielles <input type="text"/>	T5a/T5aw
	Cigarettes roulées <input type="text"/>	T5b/T5bw
	Pipes <input type="text"/>	T5c/T5cw
	Cigars, cigarillos <input type="text"/>	T5d/T5dw
	Nombre de séances chicha <input type="text"/>	T5e/T5ew
	Autres <input type="text"/> <i>Si</i>	T5f/T5fw
	<i>Autres, aller à T5other, autrement aller à T6</i>	T5other/ T5otherw
Autres (à spécifier) : <input type="text"/>		
Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez essayé d'arrêter de fumer ?	Oui 1 Non 2	T6
Lors d'une visite chez un médecin ou un autre professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'on vous a conseillé d'arrêter de fumer ?	Oui 1 <i>Si T2=Oui, aller à T12; si T2=Non, aller à T9</i> Non 2 <i>Si T2=Oui, aller à T12; si T2=Non, aller à T9</i> Pas de visite au cours des 12 derniers mois 3 <i>Si T2=Oui, aller à T12; si T2=Non, aller à T9</i>	T7
Dans le passé , avez-vous déjà fumé? <i>(UTILISER LES CARTES)</i>	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à T12</i>	T8
Dans le passé, avez-vous déjà fumé quotidiennement ?	Oui 1 <i>Si T1=Oui, aller à T12, autrement aller à T10</i> Non 2 <i>Si T1=Oui, aller à T12, autrement aller à T10</i>	T9

Politique de lutte antitabac		
Vous avez auparavant répondu à des questions sur la consommation du tabac. Les questions ci-dessous portent sur les politiques de lutte antitabac. Vous répondrez notamment à des questions sur votre exposition aux médias et à la publicité, sur la promotion de la cigarette, les mises en garde sanitaires et l'achat des cigarettes.		
Question	Réponse	Code
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué dans les médias suivants des informations sur les dangers de la cigarette ou qui encouragent le sevrage ? (RÉPONDRE POUR CHAQUE MÉDIA)		
Journaux ou magazines	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP1a
Télévision	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP1b
Radio	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP1c
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des affiches ou panneaux publicitaires sur la cigarette dans les magasins vendant des cigarettes ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP2
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué l'une quelconque des formes ci-dessous de promotion de la cigarette ? (RÉPONDRE POUR CHACUNE)		
Échantillons gratuits de cigarettes	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP3a
Cigarettes à prix réduit	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP3b
Bons d'achat de cigarettes	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP3c
Distribution de cadeaux ou offres de remises spéciales sur d'autres produits contre l'achat de cigarettes	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP3d
Vêtements ou autres articles portant le logo ou le nom de marque d'une cigarette	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP3e
Promotions de cigarettes dans la boîte aux lettres	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP3f
<i>Les questions de TP4 à TP7 concernent uniquement les fumeurs.</i>		
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à TP6</i> N'a vu aucun paquet de cigarettes 3 <i>Si N'a vu aucun paquet de cigarettes aller à TP6</i> Ne sait pas 77 <i>Si Ne sait pas aller à TP6</i>	TP4
Au cours des 30 derniers jours, des mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes vous ont-ils conduit à envisager de cesser de fumer ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP5
La dernière fois que vous vous êtes acheté des cigarettes manufacturées, quelle quantité avez-vous achetée au total ?	Nombre de cigarettes <input type="text" value=""/> Ne sait pas ou Ne fume pas ni n'achète de cigarettes manufacturées 7777 <i>Si Ne sait pas ou Ne fume pas ni n'achète de cigarettes manufacturées aller à [prochaine section].</i>	TP6
Au total, combien avez-vous dépensé pour cet achat ?	Montant <input type="text" value=""/> Ne sait pas 7777 Refusé 88888	TP7

MODULE DE BASE: Consommation d'alcool

Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool.

Question	Réponse	Code
Avez-vous déjà consommé une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du cidre ? (UTILISER LES CARTES OU MONTRER DES EXEMPLES)	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à A16</i>	A1
Avez-vous consommé une boisson alcoolisée ces 12 derniers mois ?	Oui 1 <i>Si Oui, aller à A4</i> Non 2	A2
Est-ce que vous avez arrêté de boire de l'alcool pour des raisons de santé , par exemple à cause d'un impact négatif à votre santé ou par conseil de votre médecin ou autre professionnel de santé ?	Oui 1 <i>Si Oui, aller à A16</i> Non 2 <i>Si Non, aller à A16</i>	A3
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu au moins un verre standard d'alcool ? (LIRE LES REPONSES, UTILISER LES CARTES)	Quotidiennement 1 5-6jours par semaine 2 3-4 jours par semaine 3 1-2jours par semaine 4 1-3 jours par mois 5 Moins d'une fois par mois 6	A4
Avez-vous consommé une boisson alcoolisée ces 30 derniers jours ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à A13</i>	A5
Au cours des 30 derniers jours, à combien d'occasions avez-vous bu au moins un verre standard d'alcool ?	Nombre Ne sait pas 77 <input type="text"/>	A6
Au cours des 30 derniers jours, quand vous avez bu de l'alcool, combien de verres standards d'alcool avez-vous bu en moyenne , par occasion ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre Ne sait pas 77 <input type="text"/>	A7
Au cours des 30 derniers jours, quel a été le plus grand nombre de verres standard d'alcool que vous ayez bu en une seule fois, en comptant tous les verres d'alcool ?	Le plus grand nombre de verres Ne sait pas 77 <input type="text"/>	A8
Au cours des 30 derniers jours, à combien de fois avez-vous bu six ou plus de verres standard d'alcool en une seule occasion ?	Nombre d'occasions Ne sait pas 77 <input type="text"/>	A9
Au cours des 7 derniers jours , combien de verres standard d'alcool avez-vous bu chaque jour ? (INSCRIRE POUR CHAQUE JOUR, UTILISER LES CARTES) <i>Ne sait pas 77</i>	Lundi <input type="text"/>	A10a
	Mardi <input type="text"/>	A10b
	Mercredi <input type="text"/>	A10c
	Jeudi <input type="text"/>	A10d
	Vendredi <input type="text"/>	A10e
	Samedi <input type="text"/>	A10f
	Dimanche <input type="text"/>	A10g

MODULE DE BASE: Consommation d'alcool, suite

Je viens de vous poser des questions concernant votre consommation d'alcool au cours des 7 derniers jours. Ces questions étaient sur l'alcool en général, tandis que les questions suivantes concernent votre consommation d'alcool brassé à la maison, d'alcool importé d'un autre pays, d'alcool non destiné à la consommation ou d'autre alcool exempt de taxes. S'il vous plaît, considérez seulement ces types d'alcool en répondant aux questions suivantes.

Question	Réponse	Code
<p>Au cours des 7 derniers jours, avez-vous consommé de l'alcool brassé à la maison, de l'alcool importé d'un autre pays, de l'alcool non destiné à la consommation ou d'autre alcool exempt de taxes?</p> <p>(UTILISER LES CARTES)</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 <i>Si Non, aller à A13</i></p>	A11
<p>En moyenne, combien de verres standard d'alcool des types suivants avez-vous consommé ces 7 derniers jours ?</p> <p>(UTILISER LES CARTES)</p> <p><i>Ne sait pas 77</i></p>	<p>Liqueur brassé à la maison (SODABI) <input type="text"/></p>	A12a
	<p>Bière ou vin brassé à la maison <input type="text"/></p>	A12b
	<p>Liqueur importée d'un autre pays <input type="text"/></p>	A12c
	<p>Alcool non destiné à la consommation, par exemple des médicaments à la base d'alcool <input type="text"/></p>	A12d

ELARGI: Consommation d'alcool

<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?</p>	<p>Quotidiennement ou presque 1</p> <p>Une fois par semaine 2</p> <p>Une fois par mois 3</p> <p>Moins d'une fois par mois 4</p> <p>Jamais 5</p>	A13
<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous-a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?</p>	<p>Quotidiennement ou presque 1</p> <p>Une fois par semaine 2</p> <p>Une fois par mois 3</p> <p>Moins d'une fois par mois 4</p> <p>Jamais 5</p>	A14
<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?</p>	<p>Quotidiennement ou presque 1</p> <p>Une fois par semaine 2</p> <p>Une fois par mois 3</p> <p>Moins d'une fois par mois 4</p> <p>Jamais 5</p>	A15
<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes de famille ou avec votre partenaire à cause de la consommation d'alcool de quelqu'un d'autre ?</p>	<p>Oui, plus qu'une fois par mois 1</p> <p>Oui, chaque mois 2</p> <p>Oui, plusieurs fois mais moins d'une fois par mois 3</p> <p>Oui, une ou deux fois 4</p> <p>Non 5</p>	A16

MODULE DE BASE: Hygiène alimentaire

Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. Voici une carte qui montre quelques exemples de fruits et légumes locaux. Chaque dessin correspond à une portion. En répondant à ces questions, pensez à une semaine type de l'année passée.

Question	Réponse	Code
Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous des fruits ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ne sait pas 77 <i>Si aucun jour, aller à D3</i>	D1
Combien de portions de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ne sait pas 77	D2
Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous des légumes ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ne sait pas 77 <i>Si aucun jour, aller à D5</i>	D3
Combien de portions de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ne sait pas 77	D4

Sel alimentaire

Par les questions ci-dessous, nous cherchons à en savoir plus sur votre consommation de sel. Par sel alimentaire, nous entendons le sel de table ordinaire, le sel non raffiné comme le sel marin, le sel iodé, les bouillons salés, en cubes ou en poudre et les sauces salées comme les sauces de poisson ou de soja (voir les cartes). Les questions suivantes portent sur le sel que vous ajoutez dans vos plats au moment de les consommer, sur votre façon de préparer vos plats à la maison, sur votre consommation de plats cuisinés riches en sel. D'autres questions portent sur le contrôle de votre apport en sel. Répondez à ces questions, même si vous considérez que vous mangez peu salé.

Ajoutez-vous souvent du sel ou une sauce salée comme de la sauce de soja dans votre plat juste avant ou pendant que vous le mangez ? (EN CHOISIR UNE SEULE RÉPONSE) (UTILISER LES CARTES)	Toujours 1 Souvent 2 Parfois 3 Rarement 4 Jamais 5 Ne sait pas 77	D5
Ajoutez-vous souvent du sel, un assaisonnement salé ou une sauce salée lorsque vous cuisinez des plats à la maison ?	Toujours 1 Souvent 2 Parfois 3 Rarement 4 Jamais 5 Ne sait pas 77	D6
Mangez-vous souvent des plats cuisinés riches en sel ? On entend par « plat cuisiné riche en sel » des aliments dont on a modifié la nature, comme des en-cas salés préemballés, des conserves salées, des plats salés de restauration rapide. (UTILISER LES CARTES)	Toujours 1 Souvent 2 Parfois 3 Rarement 4 Jamais 5 Ne sait pas 77	D7
Selon vous, quelle quantité de sel ou de sauce salée consommez-vous ?	Beaucoup trop 1 Trop 2 Juste la quantité nécessaire 3 Trop peu 4 Bien trop peu 5 Ne sait pas 77	D8

ELARGI: Hygiène alimentaire		
Question	Réponse	Code
En quoi est-ce important pour vous de réduire votre consommation de sel ?	Très important 1 Assez important 2 Pas important du tout 3 Ne sait pas 77	D9
Pensez-vous que le fait de manger trop salé ou d'ajouter une sauce salée à vos plats puisse être source de problèmes de santé ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	D10
Prenez-vous régulièrement l'une ou l'autre des mesures ci-dessous pour contrôler votre apport en sel ? (RÉPONDRE POUR CHAQUE QUESTION)		
limiter la consommation de plats cuisinés salés	Oui 1 Non 2	D11a
Vérifier la teneur en sel indiquée sur les étiquettes	Oui 1 Non 2	D11b
Acheter des substituts du sel et/ou du sodium	Oui 1 Non 2	D11c
Utiliser des épices autres que le sel dans la préparation des plats	Oui 1 Non 2	D11d
Éviter de manger des plats préparés ailleurs qu'à domicile	Oui 1 Non 2	D11e
Toute autre mesure destinée spécifiquement à contrôler votre apport en sel	Oui 1 <i>Si Oui, aller à D11other</i> Non 2	D11f
Autre (spécifier)	<input type="checkbox"/>	D11other
Quelle sorte de matière grasse utilisez-vous le plus souvent pour la préparation des repas à la maison ? (EN CHOISIR UNE SEULE) (UTILISER LES CARTES)	Huile végétale 1 Lard ou graisse 2 Beurre ou beurre allégé 3 Margarine 4 Autres 5 <i>Si Autres, aller à D12other</i> Aucune en particulier 6 Aucune utilisée 7 Ne sait pas 77	D12
	Autres (à spécifier) :	<input type="checkbox"/>
En moyenne, combien mangez-vous de repas par semaine n'ayant pas été préparés à la maison ? Par repas, on entend petit-déjeuner, repas de midi et dîner.	Nombre Ne sait pas 77	D13

MODULE DE BASE: Activité physique

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous consacrez à différents types d'activité physique lors d'une semaine typique. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif. Pensez tout d'abord au temps que vous y consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, de tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser, de chercher un emploi. Dans les questions suivantes, les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, et les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.

Question	Réponse	Code
Travail		
Est-ce que votre travail implique des activités physiques de forte intensité qui nécessitent une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, comme <i>soulever des charges lourdes, travailler sur un chantier, effectuer du travail de maçonnerie</i> pendant au moins 10 minutes d'affilée ? (MONTRER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P 4	P1
Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P2
Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs mins	P3 (a-b)
Est-ce que votre travail implique des activités physiques d'intensité modérée, qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque, comme une marche rapide ou <i>soulever une charge légère</i> durant au moins 10 minutes d'affilée ? (MONTRER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P7	P4
Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P5
Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs mins	P6 (a-b)
Se déplacer d'un endroit à l'autre		
Les questions suivantes excluent les activités physiques dans le cadre de votre travail, que vous avez déjà mentionnées. Maintenant, je voudrais connaître votre façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre ; par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller à votre lieu consacré au culte.		
Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P 10	P7
Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P8
Lors d'une journée habituelle, combien de temps consacrez-vous à vos déplacements à pied ou à vélo ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs mins	P9 (a-b)

MODULE DE BASE: Activité physique, suite		
Question	Réponse	Code
Activités de loisirs		
Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées. Maintenant je souhaiterais vous poser des questions sur le sport, le fitness et les activités de loisirs.		
Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité qui nécessitent une augmentation importante de la respiration ou du rythme cardiaque comme <i>courir ou jouer au football</i> pendant au moins dix minutes d'affilée ? (MONTRER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P 13	P10
Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P11
Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs mins	P12 (a-b)
Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs d'intensité modérée qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque comme la marche rapide, <i>faire du vélo, nager, jouer au volley</i> pendant au moins dix minutes d'affilée ? (MONTRER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à P 16	P13
Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P14
Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs mins	P15 (a-b)

ELARGI: Activité physique		
Comportement sédentaire		
La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée, au travail, à la maison, en déplacement, à rendre visite à des amis, et inclut le temps passé assis devant un bureau, se déplacer en voiture, en bus, en train, à lire, jouer aux cartes ou à regarder la télévision mais n'inclut pas le temps passé à dormir. (MONTRER LES CARTES)		
Combien de temps passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs mins	P16 (a-b)

MODULE DE BASE: Antécédents de tension artérielle élevée

Question	Réponse	Code
Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré votre tension artérielle ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H6</i>	H1
Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H6</i>	H2a
Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2	H2b
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments pour votre tension artérielle élevée prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2	H3
Avez-vous déjà vu un guérisseur traditionnel pour votre tension artérielle élevée ou pour de l'hypertension ?	Oui 1 Non 2	H4
Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre tension artérielle élevée ?	Oui 1 Non 2	H5

MODULE DE BASE: Antécédents de diabète

Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré votre glycémie ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H12</i>	H6
Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez du diabète ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H12</i>	H7a
Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2	H7b
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments pour votre diabète prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2	H8
Prenez-vous actuellement de l'insuline pour votre diabète prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2	H9
Avez-vous déjà vu un guérisseur traditionnel pour votre diabète ?	Oui 1 Non 2	H10
Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre diabète ?	Oui 1 Non 2	H11

MODULE DE BASE: Antécédents de cholestérol élevé		
Question	Réponse	Code
Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré votre cholestérol (niveau de graisse dans votre sang) ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H17</i>	H12
Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cholestérol élevé ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H17</i>	H13a
Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2	H13b
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments par voie orale pour votre cholestérol élevé prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2	H14
Avez-vous déjà vu un guérisseur traditionnel pour votre cholestérol élevé ?	Oui 1 Non 2	H15
Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre cholestérol élevé ?	Oui 1 Non 2	H16

MODULE DE BASE: Antécédents des maladies cardio-vasculaires		
Avez-vous déjà eu une crise cardiaque ou une douleur à la poitrine due à une maladie cardiaque (angine de poitrine) ou un accident vasculaire cérébral ?	Oui 1 Non 2	H17
Prenez-vous actuellement de l'aspirine régulièrement afin de traiter ou de prévenir une maladie cardiaque ?	Oui 1 Non 2	H18
Prenez-vous actuellement des statines (Lovastatine/Simvastatine/Atorvastatine ou d'autres statines) régulièrement afin de traiter ou de prévenir une maladie cardiaque ?	Oui 1 Non 2	H19

MODULE DE BASE: Conseils pour le mode de vie		
Au cours des 3 dernières années, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a conseillé de faire une des choses suivantes ? (<i>INSCRIRE POUR CHAQUE REPONSE</i>)		
Arrêter de ou ne pas commencer à consommer du tabac	Oui 1 Non 2	H20a
Réduire votre consommation de sel	Oui 1 Non 2	H20b
Manger au moins 5 portions de fruits et/ ou légumes par jour	Oui 1 Non 2	H20c
Réduire votre consommation de graisse	Oui 1 Non 2	H20d
Commencer ou faire plus d'activité physique	Oui 1 Non 2	H20e
Maintenir un poids sain ou perdre du poids	Oui 1 <i>Si C1=1 aller à O1</i> Non 2 <i>Si C1=1 aller à O1</i>	H20f

MODULE DE BASE (pour les femmes seulement): Dépistage du cancer du col utérin		
<p>La question suivante concerne la prévention du cancer du col utérin. Il y a des examens différents pour le dépistage du cancer du col utérin, comme l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA), le frottis et le test du virus du papillome humain (VPH). L'IVA est une inspection de la surface du col utérin après l'avoir badigeonné d'acide acétique dilué (vinaigre). Pour le frottis et le test VPH, un médecin ou un infirmier/ une infirmière prélève un échantillon de cellules dans le vagin à l'aide d'une spatule en bois ou d'une brosse, et l'envoie au laboratoire d'analyses. Il est même possible qu'on vous a donné la spatule ou la brosse afin de faire le prélèvement vous-même. Le laboratoire détermine si les cellules sont normales si un frottis est fait, et il recherche la présence de VPH si un test VPH est fait.</p>		
Question	Réponse	Code
Est-ce que vous avez déjà eu un examen pour le dépistage du cancer du col utérin en utilisant une des méthodes expliqué ci-dessus ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>Ne sait pas 77</p>	CX1

MODULE DE BASE : Santé bucco-dentaire		
Les questions suivantes concernent votre état de santé bucco-dentaire et les comportements qui y sont associés.		
Question	Réponse	Code
Combien de dents naturelles avez-vous en bouche ?	<p>Je n'ai plus de dents naturelles 1 <i>Si aucune dent naturelle, aller à O4</i></p> <p>1 à 9 dents 2</p> <p>10 à 19 dents 3</p> <p>20 dents ou plus 4</p> <p>Ne sait pas 77</p>	O1
Comment qualifiez-vous l' état de santé de vos dents ?	<p>Excellent 1</p> <p>Très bon 2</p> <p>Bon 3</p> <p>Acceptable 4</p> <p>Fragile 5</p> <p>Très fragile 6</p> <p>Ne sait pas 77</p>	O2
Comment décrivez-vous l' état de santé de vos gencives ?	<p>Excellent 1</p> <p>Très bon 2</p> <p>Bon 3</p> <p>Acceptable 4</p> <p>Fragile 5</p> <p>Très fragile 6</p> <p>Ne sait pas 77</p>	O3
Portez-vous une prothèse dentaire mobile (dentier) ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 <i>Si Non, aller à O6</i></p>	O4
Quels types de prothèses dentaires avez-vous ? <i>(INSCRIRE POUR CHACUN DES ITEMS)</i>		
Une prothèse maxillaire (en haut)	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	O5a
Une prothèse mandibulaire (en bas)	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	O5b
Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vos dents ou votre bouche vous ont causé une douleur ou un inconfort ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 <i>Si Non, aller à O7</i></p>	O6
Lorsque vous avez eu ce problème aux dents ou à la bouche, qu'avez-vous fait en première intention ?	<p>J'ai été consulter quelqu'un 1</p> <p>J'ai seulement pris des médicaments / automédication 2 <i>Aller à O7</i></p> <p>Je n'ai rien pris / rien fait 3 <i>Aller à O7</i></p> <p>Ne sait pas 4 <i>Aller à O7</i></p>	X17

MODULE DE BASE : Santé bucco-dentaire, suite			
Question	Réponse		Code
Lorsque vous avez consulté pour ce problème aux dents ou à la bouche, où avez-vous été ?	Chez le tradipraticien	1	X18
	Au dispensaire	2	
Au CMS / Hôpital	3		
À la clinique privée	4		
À la pharmacie	5		
Autres	6 <i>Si Autres, aller à X2other</i>		
	Autres (préciser)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	X18other
À combien de temps remonte votre dernière visite chez un dentiste ou l'agent de santé qui soigne les dents ?	Moins de 6 mois	1	O7
	6-12 mois	2	
	Plus d'un an, mais moins de 2 ans	3	
	2 ans ou plus, mais moins de 5 ans	4	
	5 ans ou plus	5	
	Jamais reçu des soins dentaires	6 <i>Si Jamais, aller à O9</i>	
Quelle était la raison principale de votre dernière consultation chez le dentiste ou l'agent de santé qui soigne les dents ?	Consultation / conseil	1	O8
	Douleur ou problème avec dents, gencives, bouche	2	
Traitement / suite traitement	3		
Contrôle de routine	4		
Autres	5 <i>Si Autres, aller à O8other</i>		
	Autres (préciser)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O8other
À quelle fréquence vous nettoyez-vous / brossez-vous les dents ?	Jamais	1 <i>Si Jamais, aller à O13a</i>	O9
	Une fois par mois	2	
	2-3 fois par mois	3	
	Une fois par semaine	4	
	2-6 fois par semaine	5	
	Une fois par jour	6	
	2 fois ou plus par jour	7	
Utilisez-vous de la pâte dentifrice pour nettoyer vos dents ?	Oui	1	O10
	Non	2 <i>Si Non, aller à O12a</i>	
La pâte dentifrice que vous utilisez contient-elle du fluor ?	Oui	1	O11
	Non	2	
	Ne sait pas	77	
Utilisez-vous les objets suivants pour nettoyer vos dents ? (INSCRIRE POUR CHACUN DES ITEMS)			
Brosse à dents	Oui	1	O12a
	Non	2	
Cure-dents en bois	Oui	1	O12b
	Non	2	
Cure-dents en plastique	Oui	1	O12c
	Non	2	
Fil (Fil inter-dentaire)	Oui	1	O12d
	Non	2	
Charbon	Oui	1	O12e
	Non	2	
Brosse à dents végétale / bâtonnet frotte-dents	Oui	1	O12f
	Non	2	
Autres	Oui	1 <i>Si Oui, aller à O12other</i>	O12g
	Non	2	
Autres (préciser)			O12other

MODULE DE BASE : Santé bucco-dentaire, suite		
Question	Réponse	Code
Au cours des 12 derniers mois, à cause de l'état de santé de vos dents / de votre bouche avez-vous eu un des problèmes suivants ? (INSCRIRE POUR CHACUN DES ITEMS)		
Difficultés à mâcher les aliments	Oui 1	O13a
	Non 2	
Difficultés à parler / problème de prononciation des mots	Oui 1	O13b
	Non 2	
Sensation de tension à cause de problèmes liés aux dents ou à la bouche	Oui 1	O13c
	Non 2	
Gêne / embarrassé en raison de l'apparence de vos dents	Oui 1	O13d
	Non 2	
Éviter de sourire à cause de vos dents	Oui 1	O13e
	Non 2	
Sommeil souvent interrompu	Oui 1	O13f
	Non 2	
Journées de travail perdues en raison des dents / de la bouche	Oui 1	O13g
	Non 2	
Difficultés à mener les activités habituelles	Oui 1	O13h
	Non 2	
Moins tolérant vis-à-vis de votre partenaire ou de vos proches	Oui 1	O13i
	Non 2	
Participation réduite aux activités sociales	Oui 1	O13j
	Non 2	

Step 2 Mesures physiques

MODULE DE BASE : Tension artérielle		
Question	Réponse	Code
Code ID de l'enquêteur	_ _ _ _	M1
Code ID pour le tensiomètre	_ _ _	M2
Mesure1	Systolique (mmHg) _ _ _ _	M4a
	Diastolique (mmHg) _ _ _ _	M4b
Mesure 2	Systolique (mmHg) _ _ _ _	M5a
	Diastolique (mmHg) _ _ _ _	M5b
Mesure 3	Systolique (mmHg) _ _ _ _	M6a
	Diastolique (mmHg) _ _ _ _	M6b
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous suivi un traitement, prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé, pour une tension artérielle élevée ?	Oui 1 Non 2	M7
Examen de la respiration: Essoufflé au repos	Oui 1 Non 2	X3
Examen des pieds : Présence d'œdème des membres inférieurs	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à X5</i>	X4a
Gardant le godet	Oui 1 Non 2	X4b
Côté	Unilatéral 1	X4c
	Bilatéral 2	
Peut se tenir debout	Oui 1 Non 2	X5
MODULE DE BASE : Taille et poids		
Pour les femmes : Etes-vous enceinte?	Oui 1 <i>Si Oui, aller à M 16</i> Non 2	M8
Code ID de l'enquêteur	_ _ _ _	M9
Code ID de la toise et du pèse-personne	Toise _ _ _	M10a
	Pèse-personne _ _ _	M10b
Taille	en centimètres (cm) _ _ _ _ _	M11
Poids <i>Si trop lourd pour le pèse-personne, coder 666.6</i>	en kilogrammes (kg) _ _ _ _ . _	M12
MODULE DE BASE : Tour de Taille		
Code ID pour le mètre ruban	_ _ _	M13
Tour de taille	en centimètres (cm) _ _ _ _ . _	M14

