

# Questionnaire STEPS

## Pour les facteurs de risque des MNT

(Version de base et élargie, V 1.4)



## L'approche STEPwise de l'OMS pour la Surveillance des Maladies non transmissibles (STEPS)



Maladies non transmissibles et Santé Mentale  
Organisation mondiale de la Santé  
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland  
*Pour plus d'informations, consultez: [ncd\\_surveillance.who.int](http://ncd_surveillance.who.int)*

# Questionnaire (V1.4)

- Ceci est le modèle générique que les pays peuvent utiliser afin de développer leur propre questionnaire. Il contient le module de base (encadré par des lignes doubles) ainsi que le module élargi (encadré par une simple ligne et apparaissant dans le présent document en gris) et les différentes options pour les réponses du Step 1, Step 2 et Step 3.
- Les phrases d'introduction, les questions et les options pour les réponses devraient être traduites et adaptées si nécessaire pour correspondre au contexte local. L'utilisation des encadrés suivant [ ] indique les endroits où des exemples locaux devraient être ajoutés.
- Toutes les sections du module de base devraient être incluses dans l'instrument utilisé sur le terrain. La formulation des questions du module de base et des réponses correspondantes ne devrait pas être modifiée.
- Quelques pays souhaiteraient éventuellement élargir le module de base. Des recommandations quant à des questions supplémentaires pour les facteurs de risque clefs sont incluses dans les zones de couleur grise. Ces sections peuvent être modifiées mais il est préférable de les utiliser tel quel autant que possible.
- Des questions supplémentaires peuvent être rajoutées en tant que sections optionnelles en fonction des besoins locaux. Des questions posées, par exemple, dans des enquêtes précédentes pourraient être ajoutées pour lier cela avec des données passées.
- L'utilisation de la colonne saisie (telle qu'utilisée dans ce questionnaire) permet une saisie manuelle des données, facile, rapide et précise. L'utilisation de la colonne saisie ne modifie en rien la nécessité d'une double saisie afin d'assurer un contrôle de qualité maximal (Consulter le Manuel de codage des données)
- Les sauts figurent à la droite de la colonne de saisie. Ils ne sont pas encadrés et cela permet de les distinguer en un coup d'œil. Une attention rigoureuse quant à leur utilisation est nécessaire. Il sera important de modifier les sauts selon les modules inclus dans le questionnaire.

**EXEMPLE- pour un fumeur régulier de cigarettes mangeant 8 portions de fruits quotidiennement**

		Réponse	Saisie	Saut
<b>S 1a</b>	Fumez-vous actuellement <b>des produits à base de tabac</b> tels que des cigarettes, cigares ou pipes ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 7	<div>1</div>	Si Non, aller à la prochaine section
<b>D 1b</b>	Combien de portions de fruits mangez-vous lors de l'une de ces journées? UTILISER LES CARTES	Nombre de portions Ne sait pas 77	<div>0</div> <div>8</div>	

- “Ne sait pas”, “Ne se souvient pas”, “Pas applicable” et “Refuse” sont toutes des réponses possibles mais ne devraient être utilisées qu'en dernier ressort. Dans de tels cas, les deux premières catégories et les deux dernières sont codées de la façon suivante: "7", "77" ou "777" et "8", "88", ou "888", respectivement, selon le nombre de caractères des autres réponses. Les réponses manquantes devraient être codées "9", "99" ou "999" lors de la saisie des données.
- La formation des enquêteurs est essentielle afin de développer une connaissance approfondie du format du questionnaire, des phrases d'introduction, des questions, des sauts, des différentes options des réponses, l'utilisation des cartes et exemples (si nécessaire). Le Manuel de terrain STEPS est un guide et un support précieux pour les séances de formation.

- Il est essentiel d'effectuer une étude pilote avec le questionnaire STEPS qui sera utilisé sur le terrain.
- Afin de faciliter la communication et la comparaison, chaque pays devra préparer une liste des numéros de questions (ex : D1a) et du codage des réponses renvoyant aux numéros et codes standards utilisés dans ce modèle.

Ce document est disponible électroniquement sur le site Internet de la surveillance des MNT:

[http://www.who.int/ncd\\_surveillance](http://www.who.int/ncd_surveillance)

Les autres documents mentionnés ci-dessus sont disponibles en envoyant un email à l'adresse suivante : [ncd\\_surveillance@who.int](mailto:ncd_surveillance@who.int)

**Données d'identification:**

*Cette page de couverture n'est pas la page finale. Chaque pays adaptera cette page pour satisfaire les besoins locaux. Les informations collectées par le questionnaire STEPS dans chaque pays dépendra du design de l'enquête et des procédures d'implantation. Cependant, quelle que soit la manière dont l'enquête est effectuée (ex. auprès des ménages, hôpital ou autres) une procédure permettant de stocker la page de couverture contenant les données d'identification doit être soigneusement définie et satisfaire aux normes éthiques. Des instructions claires quand au traitement et au stockage de la page de couverture doivent être fournies aux enquêteurs.*

I 1	Code du pays/région	<input type="text"/> <input type="text"/>
I 2	Centre (Nom du village):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I 3	Centre (Code du village): (Voir Note ci-dessous)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I 4	Code de l'enquêteur	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I 5	Date de l'entretien (à laquelle le questionnaire a été rempli)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Jour</span> <span>Mois</span> <span>Année</span> </div>

Numéro d'identification du répondant

     

	Consentement	
I 6	Le formulaire de consentement a été lu au répondant	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Oui</div> <div style="margin-right: 10px;">1</div> <div style="margin-right: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="margin-right: 10px;">Non</div> <div style="margin-right: 10px;">2</div> <div style="margin-right: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div>Si Non, le lire</div> </div>
I 7	Le consentement a été obtenu (oral ou écrit)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Oui</div> <div style="margin-right: 10px;">1</div> <div style="margin-right: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="margin-right: 10px;">Non</div> <div style="margin-right: 10px;">2</div> <div style="margin-right: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div>Si Non, arrêter l'entretien</div> </div>
I 8	Langue de l'entretien [Insérer la langue]	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Anglais</div> <div style="margin-right: 10px;">1</div> <div style="margin-right: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="margin-right: 10px;">[Ajouter les autres]</div> <div style="margin-right: 10px;">2</div> <div style="margin-right: 10px;"><input type="checkbox"/></div> </div>
I 9	Heure de l'entretien (0-24h)	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
I 10	Nom de famille	<input type="text"/>
I 11	Prénom	<input type="text"/>

## Information supplémentaire pouvant servir

I 12	Numéro de contact téléphonique si possible	
I 13	Spécifier de quel téléphone il s'agit	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Travail</div> <div style="margin-right: 10px;">1</div> <div style="margin-right: 10px;">Domicile</div> <div style="margin-right: 10px;">2</div> <div style="margin-right: 10px;">Voisin</div> <div style="margin-right: 10px;">3</div> <div style="margin-right: 10px;">Autres (spécifier)</div> <div style="margin-right: 10px;">4</div> <div style="margin-right: 10px;"><input type="checkbox"/></div> </div>

Note: Les informations I6 à I13 permettant l'identification du répondant devraient être stockées séparément du questionnaire parce qu'elles contiennent des informations confidentielles. Prière de noter: le code du village (ou code du ménage) est demandé avec le questionnaire pour des raisons d'analyse future des données.

La date de l'entretien est indispensable pour calculer l'âge.

## Step 1 Module de base – Informations démographiques–

Colonne de Saisie			
<b>C1</b>	Sexe (noter le numéro correspondant)	Homme 1 Femme 2	<input type="text"/>
<b>C2</b>	Quelle est votre date de naissance? <i>Si Ne sait pas, voir Note* ci-dessous et aller à C3</i>	Jour <input type="text"/> <input type="text"/> Mois <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>C3</b>	Quel âge avez-vous?	Années	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>C4</b>	En tout, combien d'années avez-vous passé à l'école ou à suivre une formation à plein temps (sans compter la pré-scolarité)?	Années	<input type="text"/> <input type="text"/>

ELARGI: Informations démographiques			
<b>C5</b>	A quel milieu socioculturel appartenez-vous? [groupe ethnique / racial / sous- groupe culturel / autres]	[Défini selon les besoins démographiques locaux]	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>C6</b>	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous ayez atteint ?  [INSERER LES CATEGORIES SPECIFIQUES A CHAQUE PAYS]	Aucune instruction officielle 0 1 Moins que l'école primaire 0 2 Fin de l'école primaire 0 3 Fin de l'école secondaire 0 4 Fin du lycée ou équivalent 0 5 Ecole supérieure, Université 0 6 Diplôme post-universitaire obtenu 0 7	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>C7</b>	Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre activité professionnelle principale ces douze derniers mois?  [INSERER LES CATEGORIES SPECIFIQUES A CHAQUE PAYS] UTILISER LES CARTES	Employé de l'Etat 0 1 Employé dans le privé 0 2 Indépendant 0 3 Bénévole 0 4 Etudiant 0 5 Maître (sse) de maison 0 6 Retraité 0 7 Chômeur 0 8 Invalide 0 9	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>C8</b>	Combien de personnes âgées de plus de dix-huit ans, y compris vous-mêmes, habitent dans votre maison ?	Nombre de personnes	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>C9</b>	En prenant comme référence l'année passée, pouvez-vous me dire quels ont été les revenus moyens du ménage?	Par semaine <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ou par mois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ou par année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Aller à la Prochaine Section Refuse 88	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>C10</b>	Si vous ne connaissez pas le montant, pouvez-vous donner une estimation du revenu annuel du ménage si je vous lis quelques montants ? [LIRE LES DIFFERENTES OPTIONS] [INSERER LES VALEURS]	≤ Quintile (Q) 1 01 Plus que Q 1, ≤ Q 2 02 Plus que Q 2, ≤ Q 3 03 Plus que Q 3, ≤ Q 4 04 Plus que Q 4 05 Refuse 88	<input type="text"/> <input type="text"/>

Si Refuse,  
aller à  
C10

\*Note: Règle de codage: Code "Ne Sait Pas" 7 (ou 77 ou 777 selon le contexte).

## Step 1 Module de base –Mesures comportementales–

Consommation de tabac (Section S)			
Nous allons maintenant vous poser des questions sur plusieurs comportements relatifs à la santé. Cela inclut des choses comme fumer, boire de l'alcool, manger des fruits et des légumes et effectuer une activité physique. Commençons par le tabac.			
		Réponse	Colonne de Saisie
<b>S 1a</b>	Fumez-vous actuellement des produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<b>S 1b</b>	<u>Si Oui,</u> Fumez-vous quotidiennement ?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<b>S 2a</b>	A quel âge avez-vous <b>commencé à fumer</b> quotidiennement?	Age (années) Ne se souvient pas 77	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>S 2b</b>	Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous depuis quand vous avez commencé à fumer quotidiennement?  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS OU NE SE SOUVIENT PAS)	En nombre d'Années  Ou en Mois  Ou en Semaines	Années <input type="text"/> <input type="text"/> Mois <input type="text"/> <input type="text"/> Semaines <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>S 3</b>	Quelle quantité des produits suivants fumez-vous en moyenne chaque jour? (INSCRIRE LA QUANTITE POUR CHAQUE TYPE DE PRODUIT)  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cigarettes industrielles  Cigarettes roulées  Pipes  Cigares, cigarillos  Autres (à préciser):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Si Non, aller à la prochaine section\*

Si Non, aller à la prochaine section\*

Si Réponse connue, aller à S3

<b>ELARGI:</b> Consommation de tabac			
<b>S 4</b>	Dans le passé, avez-vous déjà fumé <b>quotidiennement</b> ?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<b>S 5a</b>	<u>Si Oui,</u> Quel âge aviez-vous quand vous avez <b>arrêté</b> de fumer <b>quotidiennement</b> ?	Age (années) Ne se souvient pas 77	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>S 5b</b>	Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous <b>depuis quand</b> vous avez arrêté de fumer quotidiennement?	Nombre d'années  Ou Nombre de mois  Ou Nombre de semaines	Années <input type="text"/> <input type="text"/> Mois <input type="text"/> <input type="text"/> Semaines <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>S 6a</b>	Consommez-vous <b>actuellement</b> du <b>tabac non fumé</b> sous forme de tabac à priser, de tabac à mâcher, de feuilles de bétel?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<b>S 6b</b>	<u>Si Oui,</u> En consommez-vous quotidiennement ?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>

Si Non, aller à S6a

Si Réponse connue, aller à S 6a  
Si 77, aller à S 5b

Si Non, aller à S 8

Si Non, aller à S 8

\* Modifier les instructions de saut si les modules élargies ou optionnelles sont ajoutés à la Section Tabac

<b>S 7</b>	En moyenne, combien de fois par jour prenez-vous les produits indiqués ci-contre (INSCRIRE POUR CHAQUE TYPE)  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tabac à priser (voie orale)	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Tabac à priser (voie nasale)	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Tabac à mâcher	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Feuilles de bétel	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Autres (préciser)	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>S 8</b>	Dans le passé, avez-vous déjà pris quotidiennement du tabac non fumé tels que [tabac à priser, tabac à mâcher, feuilles de bétel]?	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>

Consommation d'alcool (Section A)			
Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool			
		Réponse	Colonne de Saisie
<b>A 1a</b>	Avez-vous <b>déjà consommé</b> une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du cidre ou [ajouter des exemples locaux] ? UTILISER LES CARTES OU MONTRER DES EXEMPLES	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
<b>A 1b</b>	Si oui, en avez-vous consommé ces <b>12 derniers mois</b> ?	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
<b>A 2</b>	Durant les douze derniers mois, à <b>quelle fréquence</b> avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée ? (LIRE LES REPONSES) UTILISER LES CARTES	5 jours ou plus/semaine 1 1 à 4 jours / semaine 2 1 à 3 jours /mois 3 Moins d'1 fois / mois 4	<input type="text"/>
<b>A 3</b>	Quand vous buvez de l'alcool, combien de verres prenez-vous en moyenne par jour ?	Nombre de verres Ne Sait Pas 77	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>A 4</b>	Au cours des <b>7 derniers jours</b> , combien de verres standards d'alcool avez-vous pris (quel que soit la boisson alcoolisée) (INSCRIRE POUR CHAQUE JOUR UTILISER LES CARTES)  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS)	Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Si Non, Aller à la Section Suivante\*

Si Non, Aller à la Section Suivante\*

ELARGI: Alcool		
<b>A 5</b>	Au cours des 12 derniers mois, quel a été le plus grand nombre de verres que vous ayez pris en une seule fois, en comptant toutes les sortes de verres standards ?	Le plus grand nombre de verres  <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>A 6a</b>	<u>Pour les hommes uniquement:</u> Au cours des 12 derniers mois, sur combien de jours avez-vous eu cinq verres standards ou plus en un seul jour ?	Nombre de jours  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>A 6b</b>	<u>Pour les femmes seulement:</u> Au cours des 12 derniers mois, sur combien de jours avez-vous eu quatre verres standards ou plus en un seul jour ?	Nombre de jours  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

\* Modifier les instructions de saut si les modules élargies ou optionnelles sont ajoutés à la Section Alcool

Hygiène alimentaire (Section D)			
Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. J'ai 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.			
<b>D 1a</b>	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours <b>consommez-vous des fruits</b> ? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de jours	<input type="text"/>
<b>D 1b</b>	Combien de <b>portions</b> de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de portions	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>D 2a</b>	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours <b>consommez-vous des légumes</b> ? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de jours	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>D 2b</b>	Combien de <b>portions</b> de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de portions	<input type="text"/> <input type="text"/>

Si aucun jour,  
aller à D 2a

Si aucun jour,  
aller à la Section  
Suivante

<b>ELARGI</b> : Hygiène alimentaire			
<b>D 3</b>	Quelle sorte de <b>matière grasse</b> (huile, beurre...) utilisez-vous le <b>plus souvent</b> pour la préparation des repas à la maison ?  <i>UTILISER LES CARTES EN CHOISIR UN SEUL</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Huile végétale 0 1 Lard ou graisse 0 2 Beurre ou beurre allégé 0 3 Margarine 0 4  Autres 0 5 Aucune en particulier 0 6  Jamais de matière grasse utilisée dans la préparation des repas 0 7 Ne Sait Pas 7 7	<input type="text"/> <input type="text"/>



**Activité physique (Section P)**

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous passez sur différents types d'activités physiques. 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 consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, des tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser pour de la nourriture, de chercher un emploi.

*[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]*

<b>P 1</b>	Est-ce que votre travail s'effectue la plupart du temps en position assise ou debout, sans marcher plus de 10 minutes d'affilée?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Oui, aller à P6
<b>P 2</b>	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques intenses, comme [soulever des charges lourdes, creuser, effectuer du travail de maçonnerie] pendant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P4
<b>P 3a</b>	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>P 3b</b>	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> ou en Minutes seulement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>P 4</b>	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques moyennement intenses, comme une marche rapide ou soulever une charge légère durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P6
<b>P 5a</b>	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques moyennement intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>P 5b</b>	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques moyennement intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> Ou en minutes seulement Ou minutes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>P 6</b>	Combien de temps dure habituellement une de vos journées de travail?	Nombre d'heures	hrs <input type="text"/> <input type="text"/>	
Sans tenir compte des activités que vous avez déjà mentionnées, j'aimerais vous demander comment vous effectuez vos déplacements pour aller au travail, faire des achats, ou pour aller à l'église <i>[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]</i>				
<b>P 7</b>	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P9
<b>P 8a</b>	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Nombre de jours/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>P 8b</b>	Lors d'une journée habituelle, pendant combien de temps vous déplacez-vous à pied ou à vélo?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> Ou en minutes seulement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Les questions suivantes concernent les activités que vous effectuez pendant votre temps libre comme par exemple vos loisirs, ou vos activités sportives <i>[insérer les termes appropriés]</i> . Ne tenez pas compte des activités physiques liées à votre travail ou à vos déplacements, déjà mentionnées auparavant.				
<b>P 9</b>	Durant votre temps libre, êtes-vous la plupart du temps en position assise, couchée, ou debout, sans activité physique durant au moins 10 minutes d'affilée?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Oui, aller à P14

<b>P 10</b>	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique intense comme courir ou pratiquer un sport nécessitant des efforts, soulever des poids, durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P 12
<b>P 11a</b>	Si Oui. Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique intense durant votre temps libre?	Nombre de jours/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>P 11b</b>	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> Ou en minutes seulement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>P 12</b>	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique moyennement intense comme marcher rapidement, nager ou faire du vélo, durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P 14
<b>P 13a</b>	Si Oui. Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique moyennement intense durant votre temps libre?	Nombre de jours/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>P 13b</b>	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> Ou en minutes seulement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée. En considérant les 7 derniers jours, souvenez-vous du temps passé au travail, à la maison, à vos loisirs, à rendre visite à des amis, à lire, à regarder la télévision, y compris au temps passé assis à un bureau, mais sans inclure le temps passé à dormir.				
<b>P 14</b>	Au cours des 7 derniers jours, combien de temps par jour avez-vous passé en position assise ou couchée en moyenne ?	En heures et minutes hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> Ou en minutes seulement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

ELARGI : Antécédents de la tension artérielle				
<b>H 1</b>	Quand est-ce que votre pression artérielle a été prise pour la dernière fois par un professionnel de la santé ?	Au cours des 12 derniers mois Entre 1 à 5 années Pas ces 5 dernières années	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 2</b>	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou une hypertension?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 3</b>	Suivez-vous actuellement les traitements suivants, prescrits par un professionnel de la santé, pour une tension artérielle élevée ?			
<b>H 3a</b>	Médicaments pris ces deux dernières semaines	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 3b</b>	Régime spécial prescrit	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 3c</b>	Conseil ou traitement pour perdre du poids	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 3d</b>	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 3e</b>	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 4</b>	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour une tension artérielle élevée ou pour de l'hypertension ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 5</b>	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre tension artérielle élevée ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*Si Non, aller à la prochaine section*

ELARGI: Antécédents de diabète				
<b>H 6</b>	A-t-on mesuré votre glycémie ces 12 derniers mois?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 7</b>	Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a déjà dit que vous avez du diabète?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 8</b>	Suivez-vous actuellement les traitements suivants, prescrits par un professionnel de la santé, pour le diabète ?			
<b>H 8a</b>	Insuline	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 8b</b>	Traitement oral (médicaments) que vous avez pris ces 2 dernières semaines ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 8c</b>	Régime spécial prescrit	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 8d</b>	Conseil ou traitement pour perdre du poids	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 8e</b>	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 8f</b>	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 9</b>	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour le diabète ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H 10</b>	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre diabète?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*Si Non, aller à la prochaine section*

## Step 2 Mesures physiques

Poids et taille			Colonne de Saisie
<b>M 1</b>	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 2a &amp; 2b</b>	Code de la toise et du pèse-personne	(2a) taille <input type="text"/> <input type="text"/> (2b) poids <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>M 3</b>	Taille	(en centimètres)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 4</b>	Poids <i>Si trop lourd pour le pèse-personne, codez 666.6</i>	(en kilogrammes)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 5</b>	(Pour les femmes) Êtes-vous enceinte ?	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
<b>Tour de taille</b>			
<b>M 6</b>	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 7</b>	Code ID pour la taille		<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 8</b>	Tour de taille en centimètres:	(en centimètres)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Si Oui, Sauter  
Tour de taille

Pression artérielle			Colonne de Saisie
<b>M 9</b>	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 10</b>	Code ID pour la pression artérielle		<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 11</b>	Largeur du brassard	Petit 1 Normal 2 Large 3	<input type="text"/>
<b>M 12a</b>	Mesure 1 Pression artérielle systolique	Systolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 12b</b>	Pression artérielle diastolique	Diastolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 13a</b>	Mesure 2 Pression artérielle systolique	Systolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 13b</b>	Pression artérielle diastolique	Diastolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 14a</b>	Mesure 3 Pression artérielle systolique	Systolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 14b</b>	Pression artérielle diastolique	Diastolique Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 15</b>	Au cours des deux dernière semaines, avez-vous suivi un traitement, prescrit par un professionnel de la santé, pour une tension artérielle élevée ?	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>

QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES			
<b>M 16</b>	Tour de la hanche	(en centimètres)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rythme cardiaque (Indiquez si un appareil automatique de pression artérielle est utilisé)			
<b>M 17a</b>	Mesure 1	Battements par minute:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 17b</b>	Mesure 2	Battements par minute:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 17c</b>	Mesure 3	Battements par minute:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Step 3 Mesures Biochimiques

Glycémie			Colonne de Saisie
<b>B 1</b>	Au cours des 12 dernières heures, avez-vous bu ou mangé quelque chose, excepté de l'eau?	Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<b>B 2</b>	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B 3</b>	Code ID de l'appareil		<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B 4</b>	Heure de la prise de sang (0-24 heures)		hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B 5</b>	Glycémie à jeun	Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
<b>Lipides sanguins</b>			
<b>B 6</b>	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B 7</b>	Code ID de l'appareil		<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B 8</b>	Cholestérol total	Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="checkbox"/>

QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES			
<b>B 9</b>	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B 10</b>	Code ID de l'appareil		<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B 11</b>	Triglycérides	Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
<b>B 12</b>	Code ID du technicien		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B 13</b>	Code ID de l'appareil		<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B 14</b>	HDL Cholestérol	Bas 1 Elevé 2 Impossible d'évaluer 3	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="checkbox"/>