

**REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE**  
**Honneur – Fraternité – Justice**

**QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE SUR LES MNT A NOUAKCHOTT**  
**MAURITANIE**

**Identification géographique du ménage**

I1	Code de la moughataa	
I2	Code de la commune	
I3	N° du DR( District de Recensement)	
I4	Code de l'enquêteur	
I5	Date de l'entretien (à laquelle le questionnaire a été rempli)	_ _  /  _ _  /  _ _  Jour Mois Année

		Numéro d'identification du répondant
	<b>Consentement</b>	
I6	Le formulaire de consentement a été lu au répondant	Oui 1 Non 2 Si Non, le lire
I7	Le consentement a été obtenu (oral ou écrit)	Oui 1 Non 2 Si Non, arrêter
I8	Langue de l'entretien	Arabe 1 Pular 2 Soninké 3 Wolof 4 Autre 5
I9	Heure de l'entretien	(0-24heures)  _ _ _ _
20	N° du ménage	_ _ _ _

**Identification du répondant**

i10	Nom de famille	
I11	Prénom	
I12	Statut au sein de la famille	Chef 1 Membre 2
I13	N° du téléphone	_ _ _ _
I14	Spécification du tel	Travail 1 Domicile 2 Portable3 Voisin 4 Autres 5

**STEP1 : MODULE DE BASE CARACTERISTIQUES SOCIAUX DEMOGRAPHIQUES**

			Colonne de saisie
<b>C1</b>	Sexe (noter le numéro correspondant)	Homme1 femme 2	_
<b>C2</b>	Quelle est votre date de naissance?	<i>Si Ne sait pas, voir Note* ci-dessous et aller à C3</i>	Jour _ _ _  Mois _ _ _  Année _ _ _
<b>C3</b>	Quel âge avez-vous?	Années	_ _ _
<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	_ _ _

Caractéristiques sociaux démographiques		Colonne de saisie	
<b>C5</b>	Quelle est votre langue maternelle	Arabe 1 Pular 2 Soninké 3 Wolof 4 Autres 5	__
<b>C6</b>	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous ayez atteint ?	Aucune instruction officielle 01 Enseignement originel 02 Moins que l'école primaire 03 Fin de l'école primaire 04 Fin du collège 05 Fin du lycée ou équivalent 06 Ecole supérieure, Université 07 Diplôme post-universitaire Obtenu 08	__
<b>C7</b>	Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre activité professionnelle principale ces 12 derniers mois?	Employé de l'Etat 01 Employé dans le privé 02 Indépendant 03 Bénévole 04 Etudiant 05 Femme au foyer 06 Retraité 07 Chômeur 08 Invalide 09	__
<b>C8</b>	Combien de personnes âgées de plus de dix-huit ans, y compris vous-mêmes, habitent dans votre maison ?	Nombre de personnes	__
<b>C9</b>	En prenant comme référence l'année passée, pouvez-vous me dire quels ont été les revenus moyens du ménage en Ouguiyas ?  <i>Si Refuse, aller à C10</i>	Par semaine _____ Ou par mois _____ Ou par année _____  <i>Aller à la Prochaine Section</i>  Refuse 88 __	_____ _____ _____  __
<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]	<= 100 000 01 101 000-300 000 02 301 000-600 000 03 601 000-900 000 04 901 000 e plus 05  Refuse 88	__

### Steps 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, manger des fruits et des légumes et effectuer une activité physique. Commençons par le tabac.

		Réponses	colonnes de saisie
T1	Utilisez vous actuellement des produits à base du tabac (fumé ou prisé)	Oui 1 non 2_ Si Non, aller à la prochaine section	__
T2	Si oui, fumez vous quotidiennement	Oui 1 non 2_ Si Non, aller à la prochaine section	__
T3	A quel âge avez-vous <b>commencé à fumer</b> quotidiennement?	Age (années) Ne se souvient pas 77 <i>Si Réponse connue, aller à S3</i>	__
T4abc	Si vous ne vous rappelez pas à quel âge, souvenez vous depuis quand vous avez commencé à fumer quotidiennement?	En nombre d'Années ____ Ou en Mois ____ Ou en Semaines	Années __ Mois __

	(CODER 77 POUR NE SAIT PAS OU NE SE SOUVIENT PAS _____)		Semaines  __ __
T5abcde	Quelle quantité des produits suivants fumez-vous en moyenne chaque jour (INSCRIRE LA QUANTITE POUR CHAQUE TYPE DE PRODUIT)	Cigarettes industrielles____ Cigarettes roulées ____ Pipes ____ Cigarettes Cigarillos ____ Autres (préciser) ____  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE)	__ __   __ __   __ __   __ __

### Elargi consommation tabac

T6	4 Dans le passé, avez-vous déjà fumé quotidiennement ?	Oui 1, Non 2 Si Non, aller à S6a	__
T7	Si Oui, Quel âge aviez-vous quand vous avez arrêté de fumer quotidiennement?	Age (années) Ne se souvient pas 77 Si Réponse connue, aller à s6a Si 77 allez à S5b	Années __ __
T8abc	Si vous ne vous rappelez pas de l'âge, souvenez vous depuis quand vous avez arrêté de fumer quotidiennement?	Nombre d'années Ou de mois ou Nombre de semaines	Années  __ __  Mois  __ __  Semaines  __ __
T9	Consommez-vous actuellement du tabac non fumé sous forme de tabac à priser, de tabac à mâcher,	Oui Non  Si Non, aller à S8	__ __   __ __
T10	Si Oui, En consommez-vous quotidiennement ?	Oui 1, Non 2  Si Non, aller à S 8	__ __   __ __
T11abcde	En moyenne, combien de fois par jour prenez-vous les produits indiqués ci-contre (CODER 77POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE)	Tabac à priser (voie orale) _ Tabac à priser (voie nasale)_ Tabac à mâcher ____ Feuilles de bétel Autres à préciser__	__ __   __ __   __ __   __ __
T12	Dans le passé, avez-vous déjà pris quotidiennement du tabac non fumé tels que [tabac à priser, tabac à mâcher]?	Oui 1, Non2	__ __

### HYGIENE ALIMENTAIRE (SECTION D)

Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. En répondant à ces questions, pensez à une semaine type de l'année passée.

D1	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours consommez-vous des fruits ?	Nombre de jours Si aucun jour, aller à D 2a	__ __
D2	Combien de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées?	Nombre de fruits	__ __
D3	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours consommez-vous des légumes?	Nombre de jours	__ __
D4	combien de jours consommez-vous des légumes?	Nombre de jours	__ __

### ELARGI : HYGIENE ALIMENTAIRE

D5	Quelle sorte de matière grasse (huile, beurre...) utilisez-vous le plus souvent pour la préparation des repas à la maison ?	Huile végétale 01 Graisse 02 Beurre ou beurre allégé 03 Margarine 04 Beurre traditionnel 05	__ __
----	---	---	-------

	Autres	06	
	Ne Sait Pas	77	

### Activités Physiques (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 nécessaires]*

<b>P1</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 <i>Si Oui, aller à P6</i>	_ _ _
<b>P2</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?	Oui 1, Non 2 <i>Si Non, aller à P4</i>	_ _ _
<b>P3a</b>	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours par semaine	_ _ _
<b>P3b</b>	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	En heures En Minutes	_ _ _   _ _ _
<b>P4</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?	Oui Non <i>Si Non, aller à P6</i>	_ _ _
<b>P5a</b>	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques moyennement intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours par semaine	_ _ _
<b>P5b</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 En Minutes	_ _ _   _ _ _
<b>P6</b>	Combien de temps dure habituellement une de vos journées de travail?	Nombre d'heures	_ _ _
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 mosquée			
<b>P7</b>	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Oui, 1 Non 2 <i>Si Non, aller à P9</i>	_ _ _
<b>P8a</b>	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Nombre de jours par semaine	_ _ _
<b>P8b</b>	Lors d'une journée habituelle, pendant combien de temps vous déplacez-vous à pied ou à vélo?	En heures En Minutes	_ _ _   _ _ _
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>P9</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 <i>Si Oui, aller à</i>	_ _ _
<b>P10</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?	Oui 1, Non 2 <i>Si Non, aller à P 12</i>	_ _ _
<b>P11a</b>	Si Oui, Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique intense durant votre temps libre?	Nombre de jours par semaine	_ _ _

<b>P11b</b>	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures En Minutes	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>P12</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 mins d'affilée?	Oui 1, Non 2	<input type="text"/>
<b>P13a</b>	Si Oui, Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique moyennement intense durant votre temps libre?	Nombre de jours par semaine	<input type="text"/>
<b>P 13b</b>	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures En Minutes	<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 En Minutes	<input type="text"/> <input type="text"/>

Antécédents de la tension artérielle			
<b>H1</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	<input type="text"/> 1 2 3
<b>H2</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 <i>Si Non, aller à la prochaine section</i>	<input type="text"/> 1 2
<b>H3</b>	Suivez-vous actuellement les traitements suivants, prescrits par un professionnel de la santé, pour une tension artérielle élevée ?		
<b>H3a</b>	Médicaments pris ces deux dernières semaines	Oui Non	<input type="text"/> 1 2
<b>H3b</b>	Régime spécial prescrit	Oui Non	<input type="text"/> 1 2
<b>H3c</b>	Conseil ou traitement pour perdre du poids	Oui Non	<input type="text"/> 1 2
<b>H3d</b>	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	Oui Non	<input type="text"/> 1 2
<b>H3e</b>	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	Oui Non	<input type="text"/> 1 2
<b>H4</b>	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour une tension artérielle élevée (hypertension) ?	Oui Non	<input type="text"/> 1 2
<b>H5</b>	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre tension artérielle élevée ?	Oui Non	<input type="text"/> 1 2

ELARGI: Antécédents de diabète			
<b>H 6</b>	A-t-on mesuré votre glycémie ces 12 derniers mois?	Oui Non	<input type="text"/> 1 2
<b>H 7</b>	Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a déjà dit que vous avez du diabète?	Oui Non <i>Si Non, aller à la prochaine section</i>	<input type="text"/> 1 2
<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	<input type="text"/> 1 2

<b>H 8b</b>	Traitement oral (médicaments) que vous avez pris ces 2 dernières semaines ?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 8c</b>	Régime spécial prescrit	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 8d</b>	Conseil ou traitement pour perdre du poids	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 8e</b>	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 8f</b>	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	Oui Non	1 2	<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"/>
<b>H10</b>	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre diabète?	Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>

### Alimentation

			Colonne de Saisie
<b>B16</b>	Aliment de base :	Riz 1ف Blé 2ف Sorgho 3ف Petit mil 4ف Orge 5ف Mais 6ف	<input type="checkbox"/>
<b>B17</b>	Boisson	: Ne prend pas du thé 0ف thé sucré 1ف thé non sucré 2ف zrig 3ف boisson gazeuse 4ف jus de fruit 5ف café non sucré 6ف café non sucré 7ف	<input type="checkbox"/>
<b>B18</b>	Ingrédients Préférés :	Sel 1ف Piment 2ف les deux 3ف poivre 4ف (cube magie, arôme magie, jumbo etc.) 5ف	<input type="checkbox"/>
<b>B19</b>	Viande rouge ف	: chameau 1ف mouton 2ف bœuf 3ف chèvre 4	<input type="checkbox"/>
<b>B20</b>	Viande blanche	: poisson 1ف poulet 2ف	<input type="checkbox"/>
<b>B21</b>	Légumes	: pomme de terre 1ف carotte 2ف navet 2ف tomate 4ف, ognons 5ف	<input type="checkbox"/>
<b>B23</b>	Lipides :	huile animal 1 huile d'arachides 2ف huile de palme 3ف huile d'olive 4ف	<input type="checkbox"/>

### Caractéristiques de L'habitat

<b>B 24</b>	A- Type de l'habitat	Logement ordinaire 1ف Villa 2ف Appartement dans un immeuble 3 ف Baraque 4ف Tente 5ف Autre à préciser 6ف	<input type="checkbox"/>
<b>B 25</b>	B- Combustible utilisé pour la cuisine	Electricité 1ف Gaz 2ف Pétrole 3 ف Charbon 4ف Bois 5ف Autre à précise 6	<input type="checkbox"/>
<b>B 26</b>	C- Mode principal d'approvisionnement en eau	Robinet dans logement 1ف Fontaine publique 2ف Revendeur d'eau des fontaines publiques 3ف Autre 4	<input type="checkbox"/>
<b>B 27</b>	D- Source principal d'éclairage .....	Réseau d'électricité 1ف Lampe à gaz 2ف Lampe à pétrole 3ف Bougi, Groupe électricité 4ف , Energie solaire 5ف Autre 6	<input type="checkbox"/>
<b>B 28</b>	E- Evacuation des eaux usées	Réseau d'égouts 1ف Fosse septique 2ف Dans la rue 3ف Autre 4	<input type="checkbox"/>

<b>B 29</b>	<b>F- Type de WC</b>	WC à chasse 1 ف Fosse septique 2 ف Toilette avec système d'évacuation 3 ف n'existe pas 4 ف Autre 5	<input type="checkbox"/>
<b>B 30</b>	<b>D- Moyen de transport</b>	Privé 1 ف Public 2 ف Charrette 3 ف Voiture 4 ف aucun 5 ف	<input type="checkbox"/>

<b>Antécédents de maladie</b>			<b>Colonne de Saisie</b>
<b>B31</b>	Antécédent de diabète dans la famille Si oui traitement à préciser (si possible)	Oui 1 ف Non 2 ف .....	<input type="checkbox"/>
<b>B32</b>	Lien de parenté avec la personne traitement à préciser Si oui, traitement à préciser (si possible)	Père 1 Mère 2, Grands parents 3, oncles/tantes 4, autres 5 .....	<input type="checkbox"/>
<b>B33</b>	Antécédent d'hypertension artérielle  Si oui (si possible), traitement à préciser) _____	Oui 1 ف Non 2 ف .....	<input type="checkbox"/>
<b>B34</b>	Antécédent de cholestérol sanguin élevé Si oui (si possible), traitement à préciser _____	Oui 1 ف Non 2 ف .....	<input type="checkbox"/>
<b>B35</b>	Antécédent de taux sanguin d'acide urique élevé Si oui (si possible), traitement à préciser _____	Oui 1 ف Non 2 ف	<input type="checkbox"/>
<b>B36</b>	Antécédent de triglycéride sanguin élevé Si oui (si possible), traitement à préciser _____	Oui 1 ف Non 2 ف	<input type="checkbox"/>

## STEP 2 MESURES PHYSIQUES

Poids et tailles		colonnes de saisie	
<b>M 1</b>	Code ID du technicien		□□□□
<b>M 2a &amp; 2b</b>	Code de la toise et du pèse-personne	(2a) taille □□□□ (2b) poids □□□□	
<b>M 3</b>	Taille	(en centimètres)	□□□□.□
<b>M4</b>	Poids <i>Si trop lourd pour le pèse-personne, codez 6666.</i>	(en kilogrammes)	□□□□.□
<b>M5</b>	(Pour les femmes) Êtes-vous enceinte ?	Oui 1, Non 2 Si Oui, Sauter Tour de taille	□
Tour de taille			
<b>M6</b>	Code ID pour la taille		□□
<b>M7</b>	Tour de la taille	en centimètre	□□□□.□

Pression artérielle		colonne de saisie	
<b>M 8</b>	Code ID du technicien		□□□□
<b>M 9</b>	Code ID pour la pression artérielle		□□
<b>M 10</b>	Largeur du brassard	Petit 1 Normal 2 Large 3	□
<b>M 11a</b> <b>M 11b</b>	Mesure 1 <b>Pression artérielle systolique</b> <b>Pression artérielle diastolique</b>	Systolique Mm Hg Diastolique Mm Hg	□□□□ □□□□
<b>M 12a</b> <b>M 12b</b>	Mesure 2 <b>Pression artérielle systolique</b> <b>Pression artérielle diastolique</b>	Systolique Mm Hg Diastolique Mm Hg	□□□□ □□□□
<b>M13a</b> <b>M13b</b>	Mesure 3 <b>Pression artérielle systolique</b> <b>Pression artérielle diastolique</b>	Systolique Mm Hg Diastolique Mm Hg	□□□□ □□□□
<b>M14</b>	Au cours des deux dernières semaines, avez-vous suivi un traitement, prescrit par un professionnel de la santé, pour une tension artérielle élevée ?	Oui 1, Non 2	□

## QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES

<b>M15</b>	Tour de la hanche	(en centimètres)	□□□□.□
Rythme cardiaque (Indiquez si un appareil automatique de pression artérielle est utilisé)			
<b>M16a</b>	Mesure 1	Battements par minute:	□□□□.□
<b>M16b</b>	Mesure 2	Battements par minute:	□□□□.□
<b>M16c</b>	Mesure 3	Battements par minute:	□□□□.□

## STEP 3 MESURE 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	□
<b>B 2</b>	Code ID du technicien		□□□□.□
<b>B 3</b>	Code ID de l'appareil		Hrs mins □□□□.□
<b>B 4</b>	Heure de la prise de sang (0-24 heures)		□□□□
<b>B 5</b>	Glycémie à jeun	Bas Élevé Impossible d'évaluer	mmol/l □□□□.□ □
<b>Lipides sanguins</b>			
<b>B 6</b>	Code ID de l'appareil		□□□□.□
<b>B 7</b>	Cholesterol total	Bas Élevé Impossible d'évaluer	mmol/l □□□□.□ □

