

# 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](http://www.who.int/chp/steps)



Organisation  
mondiale de la Santé

# 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"><li>• Sélectionnez les sections à utiliser.</li><li>• Ajoutez les questions élargies et optionnelles selon la nécessité.</li></ul>
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"><li>• Ajoutez les catégories spécifiques pour chaque pays/site dans les modules concernés (ex. C6).</li><li>• Changez les références qui sont faites pour les sauts.</li></ul>
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

<insérer le nom du pays/site>

### Informations sur l'enquête

Lieu et Date	Réponse	Code
Code ID de la Wilaya	<input type="text"/>	I1
Code ID de la Commune	<input type="text"/>	I2
Code ID du District	<input type="text"/>	X1
Code de l'enquêteur	<input type="text"/>	I3
Date de l'entretien (à laquelle l'Instrument a été rempli)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jour Mois Année	I4

Consentement, Langue utilisée pour l'entretien et Nom	Réponse	Code
Le consentement a été lu et obtenu	Oui 1 Non 2 <b>Si NON, FINIR l'entretien</b>	I5
Langue de l'entretien	Français 1 Arabe 2 Amazigh 3	I6
Heure de l'entretien (0-24h)	<input type="text"/> : <input type="text"/> Hrs mins	I7
Nom de famille	<input type="text"/>	I8
Prénom	<input type="text"/>	I9
<b>Informations supplémentaires pouvant être utiles</b>		
Numéro de téléphone (dans la mesure du possible)	<input type="text"/>	I10





## 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 <b>produits à base de tabac</b> 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 <b>quotidiennement</b> ?	Oui 1 Non 2	T2
A quel âge avez-vous <b>commencé à fumer</b> ?	Âge (années) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ne sait pas 77 <i>Si réponse connue, aller à T5a/T5aw</i>	T3
<b>Depuis quand</b> 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"/> <input type="text"/> <i>Si réponse connue, aller à T5a/T5aw</i>	T4a
	OU en mois <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/>	T4c
<b>Quelle quantité</b> 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>ou</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5a/T5aw
	Cigarettes roulées <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>ou</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5b/T5bw
	Pipes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>ou</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5c/T5cw
	Cigars, cigarillos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>ou</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5d/T5dw
	Nombre de séances chicha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>ou</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5e/T5ew
	Autres <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>ou</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si Autres, aller à T5other, autrement aller à T6</i>	T5f/T5fw
Autres (à spécifier) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5other/ T5otherw	
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 Oui, aller à T12;</i> Non 2 Pas de visite au cours des 12 derniers mois 3	T7
<b>Dans le passé</b> , 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 <b>quotidiennement</b> ?	Oui 1 <i>Si Oui, aller à T12, autrement aller à T10</i> Non 2	T9

ELARGI : Consommation de tabac		
Question	Réponse	Code
Quel âge aviez-vous quand vous avez <b>arrêté</b> de fumer?	Âge (années) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si réponse connue, aller à T12</i> Ne sait pas 77	T10
<b>Depuis quand</b> avez-vous arrêté de 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si réponse connue, aller à T12</i>	T11a
	OU en mois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si réponse connue, aller à T12</i>	T11b
	OU en semaines <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T11c
<b>Consommez-vous actuellement du tabac non fumé tel que tabac à priser, tabac à snifer, tabac à mâcher ?</b> <i>(UTILISER LES CARTES)</i>	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à T15</i>	T12
En consommez-vous <b>quotidiennement</b> ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à T14aw</i>	T13
En moyenne, <b>combien de fois par jour/semaine</b> consommez-vous les produits suivants ?  <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↓	
	Tabac à priser (voie orale) <input type="text"/>	T14a/ T14aw
	<b>Tabac à snifer</b> <input type="text"/>	<b>T14b/ T14bw</b>
	Tabac à mâcher <input type="text"/>	<b>T14c/ T14cw</b>
	Autres <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si Autres, aller à T14other,</i>	<b>T14e/ T14ew</b>
Autres (à spécifier) : <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si T13=Non, aller à T16, autrement aller à T17</i>	T14other/ T14otherw	
<b>Dans le passé, avez-vous déjà consommé du tabac non fumé tel que tabac à priser, tabac à snifer, tabac à mâcher?</b>	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à T17</i>	T15
Dans le passé, avez-vous <b>déjà consommé quotidiennement</b> du tabac non fumé tel que <i>tabac à priser, tabac à mâcher</i> ?	Oui 1 Non 2	T16
Au cours des 30 derniers jours, quelqu'un a-t-il fumé <b>chez vous</b> ?	Oui 1 Non 2	T17
Au cours des 30 derniers jours, quelqu'un a-t-il fume dans dans des <b>zones fermées sur votre lieu de travail</b> (dans le bâtiment, dans une zone de travail ou dans un bureau spécifique) ?	Oui 1 Non 2 Ne travaille pas dans une zone fermée 3	T18

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 <b>affiches</b> ou <b>panneaux</b> 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
Vêtements ou autres articles portant le logo ou le nom de marque d'une cigarette	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP3e
<b>Les questions de TP4 à TP7 concernent uniquement les fumeurs.</b>		
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des <b>mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes</b> ?	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 <b>envisager de cesser de fumer</b> ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	TP5
La dernière fois que vous vous êtes acheté des cigarettes manufacturées, <b>quelle quantité</b> avez-vous achetée au total ?	Nombre de cigarettes <input type="text"/> 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 A1</i>	TP6
Au total, <b>combien avez-vous dépensé</b> pour cet achat ?	Montant <input type="text"/> Ne sait pas 7777 Refusé 8888	TP7

MODULE DE BASE: Consommation d'alcool		
Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool.		
Question	Réponse	Code
Avez-vous déjà <b>consommé</b> une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du cidre ou boissons provenant de la fermentation de dattes? <i>(UTILISER LES CARTES OU MONTRER DES EXEMPLES)</i>	Oui 1 Non 2 <b>Si Non, aller à D1</b>	A1
Avez-vous consommé une boisson alcoolisée <b>ces 12 derniers mois</b> ?	Oui 1 <b>Si Oui, aller à A4</b> Non 2	A2
Est-ce que vous avez arrêté de boire de l'alcool <b>pour des raisons de santé</b> , par exemple à cause d'un impact négatif à votre santé ou par conseil de votre médecin ou autre professionnel de santé ?	Oui <b>1 Si Oui, aller à D1</b> Non <b>2 Si Non, aller à D1</b>	A3
Au cours des 12 derniers mois, à <b>quelle fréquence</b> avez-vous bu au moins <b>un verre standard d'alcool</b> ? <i>(LIRE LES REPONSES, UTILISER LES CARTES)</i>	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 <b>ces 30 derniers jours</b> ?	Oui 1 Non 2 <b>Si Non, aller à D1</b>	A5
Au cours des 30 derniers jours, à <b>combien d'occasions</b> 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 <b>verres standards d'alcool</b> avez-vous bu <b>en moyenne</b> , par occasion ? <i>(UTILISER LES CARTES)</i>	Nombre Ne sait pas 77 <input type="text"/>	A7
Au cours des 30 derniers jours, quel a été le <b>plus grand nombre</b> 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 <b>six ou plus</b> de verres standards d'alcool en une seule occasion ?	Nombre d'occasions Ne sait pas 77 <input type="text"/>	A9
Au cours des <b>7 derniers jours</b> , combien de verres standards d'alcool avez-vous bu chaque jour ? <i>(INSCRIRE POUR CHAQUE JOUR, UTILISER LES CARTES)</i>  <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 <b>7 derniers jours</b>, avez-vous consommé de l'alcool <b>brassé à la maison</b>, de l'alcool <b>importé d'un autre pays</b>, de l'alcool <b>non destiné à la consommation</b> ou d'autre alcool <b>exempt de taxes</b>?</p> <p><i>(UTILISER LES CARTES)</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 <b>Si Non, aller à D1</b></p>	<p>A11</p>
<p>En moyenne, <b>combien de verres standard d'alcool</b> des types suivants avez-vous consommé <b>ces 7 derniers jours</b> ?</p> <p><i>(UTILISER LES CARTES)</i></p> <p><i>Ne sait pas 77</i></p>	<p>Liqueur brassé à la maison <input type="text"/></p>	<p>A12a</p>
	<p>Bière ou vin brassé à la maison <input type="text"/></p>	<p>A12b</p>
	<p>Alcool importé d'un autre pays <input type="text"/></p>	<p>A12c</p>
	<p>Alcool non destiné à la consommation, par exemple des médicaments à la base d'alcool, du parfum, de l'après-rasage <input type="text"/></p>	<p>A12d</p>
	<p>Autre alcool exempt des taxes dans le pays <input type="text"/></p>	<p>A12e</p>

MODULE DE BASE: Hygiène alimentaire		
Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. Voilà 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 <b>consommez-vous des fruits</b> ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours Ne sait pas 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Si aucun jour, aller à D3	D1
Combien de <b>portions</b> de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours Ne sait pas 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	D2
Habituellement, combien de jours par semaine <b>consommez-vous des légumes</b> ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours Ne sait pas 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Si aucun jour, aller à D5	D3
Combien de <b>portions</b> de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours Ne sait pas 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	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 la fiche). Les questions suivantes portent sur le sel que vous ajoutez dans vos plateau moment de les consommer, sur votre façon de préparer vos plats à la maison, sur votre consommation de plats cuisinés riches en sel <b>comme par exemple de la viande séchée au sel</b> . 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.		
<b>Ajoutez-vous souvent du sel ou une sauce salée comme de la sauce moutarde, harissa</b> 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
<b>Ajoutez-vous souvent du sel, un assaisonnement salé ou une sauce salée</b> 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 <b>plats cuisinés riches en sel</b> ? 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, <b>des olives ou légumes conservés au sel, des tomates séchées, ou des plats préparés avec du beurre ou de la graisse salés</b> . (UTILISER LES CARTES)	Toujours 1 Souvent 2 Parfois 3 Rarement 4 Jamais 5 Ne sait pas 77	D7
Selon vous, <b>quelle quantité de sel ou de sauce salée</b> 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 <b>réduire votre consommation de sel</b> ?	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 <b>problèmes de santé</b> ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	D10
Prenez-vous régulièrement l'une ou l'autre des mesures ci-dessous pour <b>contrôler votre apport en sel</b> ? (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="text"/>		D11other
Quelle sorte de <b>matière grasse</b> utilisez-vous le <b>plus souvent</b> pour la préparation des repas à la maison ?  (EN CHOISIR UNE SEULE)  (UTILISER LES CARTES)	Huile végétale 1 <b>graisse animale /smen</b> 2 Beurre ou beurre allégé 3 Margarine 4 Autres 5 <i>Si Autres, aller à D12other</i> Aucune en particulier 6 Aucune utilisée 7 huile d'olive 8  Ne sait pas 77	D12
	Autres (à spécifier) : <input type="text"/>	D12other
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 <input type="text"/>	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
<b>Travail</b>		
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 <i>Si Non, aller à P 4</i>	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 <i>Si Non, aller à P7</i>	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)
<b>Se déplacer d'un endroit à l'autre</b>		
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 <i>Si Non, aller à P 10</i>	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)

<b>MODULE DE BASE: Activité physique, suite</b>		
<b>Question</b>	<b>Réponse</b>	<b>Code</b>
<b>Activités de loisirs</b>		
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 <i>Si Non, aller à P 13</i>	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 <i>Si Non, aller à P 16</i>	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)

<b>ELARGI: Activité physique</b>		
<b>Comportement sédentaire</b>		
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)

<b>MODULE DE BASE: Antécédents de tension artérielle élevée</b>		
<b>Question</b>	<b>Réponse</b>	<b>Code</b>
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

<b>MODULE DE BASE: Antécédents de diabète</b>		
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 OPTIONNEL: Antécédents du cancer		
Je voudrais maintenant savoir s'il y a eu notion de cancer concernant vous ou votre famille.		
Est-ce que vous avez eu vous-même un cancer ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à X10</i>	X7
Où était la localisation primitive du cancer ?	Poumon 1 sein 2 colon-rectum 3 col-uterus 4 thyroïde 5 Autre 6 précisez .....	X8 X8other
<i>Quel âge aviez-vous à la date de diagnostic?</i>	Âge (en années) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sait pas 77	X9
Est-ce que un membre de votre famille ( <i>mère, père, frère ou sœur</i> ) a déjà eu un cancer ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à X12</i> Ne sait pas 77	X10
Est-il toujours en vie ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	X11

<b>MODULE OPTIONNEL: Antécédents des maladies respiratoires chroniques</b>		
Je voudrais maintenant savoir s'il y a eu notion d'affections respiratoires chroniques		
<b>Question</b>	<b>Réponse</b>	<b>Code</b>
Est-ce que vous souffrez d'une affection respiratoire chronique ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H20a</i>	X12
Quel est le type d'affection ?	Asthme 1 BPCO (Broncho-pneumathie chronique obstructive) 2 Autre 6	X13
<i>Quel âge aviez-vous à la date de diagnostic?</i>	Âge (en années) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ne sait pas 77	X14

<b>MODULE DE BASE: Conseils pour le mode de vie</b>		
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 V1</i> Non 2 <i>Si C1=1 aller à V1</i>	H20f

**MODULE DE BASE(pour les femmes seulement): Dépistage du cancer du colutérin**

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.

Question	Réponse	Code
Est-ce que vous avez déjà eu un examen pour le dépistage du cancer du col utérin en utilisant une des méthode expliquées ci-dessus ?	Oui 1	CX1
	Non 2	
	Ne sait pas 77	

**MODULE DE BASE : Traumatismes**

Les questions ci-dessous portent sur les différentes expériences et comportements relatifs aux traumatismes dus aux accidents de la circulation.

Question	Réponse	Code
Au cours des 30 derniers jours, attachez-vous souvent la ceinture de sécurité dans un véhicule à moteur en étant conducteur ou passager ?	Toujours 1 Parfois 2 Jamais 3 N'a pas circulé en voiture au cours des 30 derniers jours 4 Pas de ceinture de sécurité dans le véhicule utilisé habituellement 5 Ne sait pas 77 Refusé 88	V1
Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous porté un casque sur une moto ou un scooter, en étant conducteur ou passager ?	Toujours 1 Parfois 2 Jamais 3 N'a pas circulé en moto ou en scooter au cours des 30 derniers jours 4 N'a pas de casque 5 Ne sait pas 77 Refusé 88	V2
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été impliqué dans un accident de la circulation, en tant que conducteur, passager, piéton ou cycliste ?	Oui (en tant que conducteur) 1 Oui (en tant que passager) 2 Oui (en tant que piéton) 3 Oui (en tant que cycliste) 4 Non 5 <i>Si Non, aller à V5</i> Ne sait pas 77 <i>Si Ne sait pas, aller à V5</i> Refusé 88 <i>Si Refusé, aller à V5</i>	V3
Dans cet accident de la circulation, avez-vous subi des traumatismes qui ont nécessité l'intervention d'un médecin ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77 Refusé 88	V4
<b>Les questions suivantes portent sur les traumatismes les plus graves causés par un accident survenu au cours des 12 derniers mois.</b>		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un traumatisme dans un accident autre qu'un accident de la circulation, qui a nécessité l'intervention d'un médecin ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à V8</i> Ne sait pas 77 <i>Si Ne sait pas, aller à V8</i> Refusé 88 <i>Si Refusé, aller à V8</i>	V5

MODULE DE BASE : Traumatismes, suite		
Question	Réponse	Code
Parmi les différentes causes ci-contre, indiquez celle qui a causé ce traumatisme.	Chute 1 Brûlure 2 Empoisonnement 3 Coupure 4 Quasi-noyade 5 Morsure d'un animal 6 Autre (spécifiez) 7 <i>Si Autres, aller à V6other</i> Ne sait pas 77 Refusé 88	<b>V6</b>
	Autre (spécifiez) <input type="text"/>	<b>V6other</b>
Où vous trouviez-vous lorsque vous avez subi ce traumatisme ?	Maison 1 École 2 Travail 3 Route/rue/autoroute 4 Ferme 5 Terrain de sport/d'athlétisme 6 Autre (spécifiez) 7 <i>Si Autres, aller à V7other</i> Ne sait pas 77 Refusé 88	<b>V7</b>
	Autre (spécifiez) <input type="text"/>	<b>V7other</b>

MODULE ELARGI : Traumatismes involontaires		
Les questions ci-dessous portent sur les comportements relatifs à votre sécurité et notamment sur la consommation d'alcool lorsque vous êtes au volant ou passager.		
Question	Réponse	Code
Au cours des 30 derniers jours, portez-vous souvent un casque lorsque vous circulez à vélo ?	Toujours 1 Parfois 2 Jamais 3 N'a pas circulé à vélo au cours des 30 derniers jours 4 Ne sait pas 77 Refusé 88	<b>V8</b>
Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous conduit un véhicule à moteur après avoir bu au moins 2 verres d'alcool ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de fois <input type="text"/> Ne sait pas 77 Refusé 88	<b>V9</b>
Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous circulé dans un véhicule à moteur dont le conducteur avait bu au moins 2 verres d'alcool ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de fois <input type="text"/> Ne sait pas 77 Refusé 88	<b>V10</b>

<b>MODULE DE BASE : Santé bucco-dentaire</b>				
Les questions suivantes concernent votre état de santé bucco-dentaire et les comportements qui y sont associés.				
Question		Réponse		Code
1	Combien de <b>dents naturelles</b> avez-vous en bouche ?	Je n'ai plus de dents naturelles 1 à 9 dents 10 à 19 dents 20 dents ou plus Ne sait pas	1 <i>Si aucune dent naturelle, aller à O4</i> 2 3 4 77	<b>O1</b>
2	Comment qualifiez-vous l'état de santé de vos dents ?	Excellent Très bon Bon Acceptable Fragile Très fragile Ne sait pas	1 2 3 4 5 6 77	<b>O2</b>
3	Comment décrivez-vous l'état de santé de vos gencives ?	Excellent Très bon Bon Acceptable Fragile Très fragile Ne sait pas	1 2 3 4 5 6 77	<b>O3</b>
4	Portez-vous une <b>prothèse dentaire mobile</b> (dentier) ?	Oui Non	1 2 <i>Si Non, aller à O6</i>	<b>O4</b>
5	Quels types de prothèses dentaires avez-vous ? (INSCRIRE POUR CHACUN DES ITEMS)			
	Une prothèse maxillaire (en haut)	Oui Non	1 2	<b>O5a</b>
	Une prothèse mandibulaire (en bas)	Oui Non	1 2	<b>O5b</b>
6	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vos dents ou votre bouche vous ont causé <b>une douleur ou un inconfort</b> ?	Oui Non	1 2 <i>Si Non, aller à O7</i>	<b>O6</b>
7	Lorsque vous avez eu ce problème aux dents ou à la bouche, <b>qu'avez-vous fait</b> en première intention ?	J'ai été consulter quelqu'un J'ai seulement pris des médicaments / automédication Je n'ai rien pris / rien fait Ne sait pas	1 2 <i>Aller à O7</i> 3 <i>Aller à O7</i> 4 <i>Aller à O7</i>	<b>X3</b>
8	Lorsque vous avez consulté pour ce problème aux dents ou à la bouche, <b>où avez-vous été</b> ?	Chez le tradipraticien Au dispensaire/poly_clinique hôpital/ Clinique Médicale Spécialisée Cabinet ou clinique privée À la pharmacie Autres	1 2 3 4 5 6 <i>Si Autres, aller à X4other</i>	<b>X4</b>
		Autres (préciser)	<input type="text"/>	<b>X4other</b>
9	À combien de temps remonte votre <b>dernière visite chez un dentiste ou l'agent de santé qui soigne les dents</b> ?	Moins de 6 mois 6-12 mois Plus d'un an, mais moins de 2 ans 2 ans ou plus, mais moins de 5 ans 5 ans ou plus Jamais reçu des soins dentaires	1 2 3 4 5 6 <i>Si Jamais, aller à O9</i>	<b>O7</b>

MODULE DE BASE :Santé bucco-dentaire, suite				
Question		Réponse		Code
10	Quelle était la <b>raison principale</b> 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="text"/>	O8other
11	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	
12	Utilisez-vous de la <b>pâte dentifrice</b> pour nettoyer vos dents ?	Oui	1	O10
		Non	2 <i>Si Non, aller à O12a</i>	
13	La <b>pâte dentifrice</b> que vous utilisez contient-elle du <b>fluor</b> ?	Oui	1	O11
		Non	2	
		Ne sait pas	77	
14	Utilisez-vous les objets suivants pour <b>nettoyer vos dents</b> ? (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)	<input type="text"/>	O12other	
15	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	
	Gêné / 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		

<b>Santé mentale / Suicide</b>		
Les questions suivantes portent sur les pensées, les plans et les tentatives de suicide. Répondez aux questions même si, généralement, personne ne parle de ces sujets.		
<b>Question</b>	<b>Réponse</b>	<b>Code</b>
Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous sérieusement <b>envisagé</b> une tentative de suicide ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller àMH4</i> Refus de répondre 88	<b>MH1</b>
Avez-vous recherché l' <b>aide d'un professionnel</b> concernant ces pensées ?	Oui 1 Non 2 Refus de répondre 88	<b>MH2</b>
Avez-vous <b>fait une tentative de suicide</b> ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller àMH9</i> Refus de répondre 88	<b>MH4</b>
Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous <b>fait une tentative de suicide</b> ?	Oui 1 Non 2 Refus de répondre 88	<b>MH5</b>
Quelle méthode avez-vous utilisée principalement lors de votre dernière tentative de suicide ?  ( <i>EN CHOISIR UNE SEULE REPONSE</i> )	Rasoir, couteau ou autre instrument tranchant 1 Surdose de médicament (prescrit ou non) 2 Surdose d'une autre substance (héroïne, crack, alcool) 3 Empoisonnement par pesticides (mort-aux-rats, poison, insecticide, désherbant) 4 Autre empoisonnement (plante/graine, produit ménager) 5 Gaz toxique du charbon de bois 6 Autre 7 <i>Si Autre, aller à MH6other</i> Refus de répondre 88	<b>MH6</b>
	Autre (spécifiez) <input type="checkbox"/>	
Avez-vous recherché des <b>soins médicaux</b> pour cette tentative de suicide ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à MH9</i> Refus de répondre 88	<b>MH7</b>
Avez-vous été <b>hospitalisé(e) 24h</b> à cause de cette tentative de suicide ?	Oui 1 Non 2 Refus de répondre 88	<b>MH8</b>
Quelqu'un <b>de votre famille proche</b> (mère, père, frère, sœur ou enfants) a-t-il déjà tenté de se suicider ?	Oui 1 Non 2 Refus de répondre 88	<b>MH9</b>
Quelqu'un <b>de votre famille proche e</b> (mère, père, frère, sœur ou enfants) est-il mort à la suite de suicide ?	Oui 1 Non 2 Refus de répondre 88	<b>MH10</b>

## Step 2 Mesures physiques

MODULE DE BASE : Tension artérielle		
Question	Réponse	Code
Code ID de l'enquêteur	<input type="text"/>	M1
Code ID pour le tensiomètre	<input type="text"/>	M2
Mesure1	Systolique ( mmHg) <input type="text"/>	M4a
	Diastolique (mmHg) <input type="text"/>	M4b
Mesure 2	Systolique ( mmHg) <input type="text"/>	M5a
	Diastolique (mmHg) <input type="text"/>	M5b
Mesure 3	Systolique ( mmHg) <input type="text"/>	M6a
	Diastolique (mmHg) <input type="text"/>	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
MODULE DE BASE : Taille et poids		
<b>Pour les femmes</b> :Etes-vous enceinte?	Oui 1 <i>Si Oui, aller à M 16</i> Non 2	M8
Code ID de l'enquêteur	<input type="text"/>	M9
Code ID de la toise et du pèse-personne	Toise <input type="text"/>	M10a
	Pèse-personne <input type="text"/>	M10b
Taille	en centimètres (cm) <input type="text"/>	M11
Poids <i>Si trop lourd pour le pèse-personne, coder 666.6</i>	en kilogrammes (kg) <input type="text"/>	M12
MODULE DE BASE : Tour de Taille		
Code ID pour le mètre ruban	<input type="text"/>	M13
Tour de taille	en centimètres (cm) <input type="text"/>	M14

ELARGI : Tour de hanches et rythme cardiaque		
Tour de hanches	en centimètres (cm) <input type="text"/>	M15
Rythme cardiaque		M16a M16b M16c
Mesure 1	Battements par minute <input type="text"/>	
Mesure 2	Battements par minute <input type="text"/>	
Mesure 3	Battements par minute <input type="text"/>	

## Step 3 Mesuresbiochimiques

MODULE DE BASE: Glycémie		
Question	Réponse	Code
Au cours des 12 dernières heures, avez-vous bu ou mangé quelque chose, autre que de l'eau ?	Oui 1 Non 2	B1
Code ID du technicien	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B2
Code ID de l'appareil	<input type="text"/> <input type="text"/>	B3
Heure de la prise de sang (0-24 heures)	Heures : minutes Hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> mins	B4
Glycémie à jeun	mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	B5
Hémoglobine glyquée (HbA1c)		
Code ID de l'appareil	<input type="text"/> <input type="text"/>	X5
Hémoglobine glyquée (HbA1c)	en pourcentage (%) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	X6
Aujourd'hui, avez-vous pris de l'insuline ou d'autres médicaments prescrits par un médecin ou un autre professionnel de santé pour le diabète ?	Oui 1 Non 2	B6
MODULE DE BASE: Lipides sanguins		
Code ID de l'appareil	<input type="text"/> <input type="text"/>	B7
Cholestérol total	mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	B8
Au cours des deux dernières semaines, avez-vous suivi un traitement pour un taux de cholestérol élevé avec des médicaments prescrits par un médecin ou un autre professionnel de santé?	Oui 1 Non 2	B9
ELARGI: Triglycérides et Cholestérol HDL		
Triglycérides	mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	B15
Cholestérol HDL	mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	B16