

CAMEROON BURDEN OF DIABETES (CAMBoD) PROJECT

MISE EN PLACE D'UN SYSTEME NATIONAL DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DU DIABETE ET DE SES FACTEURS DE RISQUES PAR SITES SENTINELS

ENQUETE DE BASE

QUESTIONNAIRE DU MENAGE

¹Formulaire de consentement éclairé

Bonjour Madame, Monsieur.,

Nous travaillons pour le projet CAMBoD (Cameroon Burden of Diabetes) Ce projet est conduit en relation avec le Ministère de la Santé Publique. Le but de ce projet est de mettre sur pied un programme de suivi, de prévention et de control du diabète au Cameroun. Pour ce faire, nous devons collecter des informations des populations et pratiquer des examens qui nous aiderons à planifier et à réaliser le projet. Avec votre permission, nous aimerions vous poser quelques questions et pratiquer quelques examens afin de connaître votre état de santé par rapport au diabète. Aujourd'hui, nous commencerons par vous poser des questions et, demain matin, nous enchaînerons avec la pratique des examens. Ceci est tout simplement du au fait que certains examens ne donnent de résultats fiables que lorsque l'on est à jeune. Ces examens inclus, le poids, la taille et un échantillon de sang. Si ces examens révèlent que vous avez ou êtes sur le point d'avoir le diabète, nous vous en informerons et vous serez alors référé vers un hôpital pour un traitement et une prise en charge appropriée. Vous êtes libre de choisir de participer ou de ne pas participer. Choisir de participer vous sera avantageux pour trois principales raisons :

1. Vous saurez si oui ou non vous avez le diabète.
2. Vous saurez si oui ou non, vous etes sur le point d'avoir le diabète, enfin
3. Connaître votre statut (diabétique) vous aidera à prendre des mesures appropriées concernant votre santé.

Vous pouvez avoir confiance que toute information qui nous sera communiquée, y compris les résultats d'examens, sera traitée dans la stricte confidentialité. Pour cette raison, il est crucial que les informations que vous allez nous communiquer soient des plus correctes et véridiques que possibles.

Choisissez-vous librement de participer à ce projet?

OUI Continuer
NON Arrêter

Signature ou empreintes digitales _____

¹ D'après la loi No. 91/023 de Décembre 1991, les informations résultantes des enquêtes et les données des recensements sont strictement confidentielles et ne peuvent, de ce fait, être utilisées de façon récrimatoire.

CAMEROON BURDEN OF DIABETES (CAMBoD)

SETTING A NATIONAL SENTINEL SURVEILLANCE SYSTEM FOR DIABETES AND ITS RISK FACTORS

BASELINE SURVEY

HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE

²Consent form

Good day Sir/Madame/Ms.,

We are working for the Cameroon Burden of Diabetes (CAMBoD) Project. This project is carried out in collaboration with the Ministry of Public Health. The purpose of the project is to set up a programme to monitor, prevent and control diabetes in Cameroon. To do this, we have to collect information from people and also conduct some examinations, which will help us to plan and realise the project. With your permission therefore, we will like to ask you some questions and also to conduct some examinations to know what your health status is like with regards to diabetes. We will begin by asking you the questions today and then, tomorrow morning we will come back and conduct the examinations. The reason is that some of these examinations give correct results only if conducted when you have not eaten. These examinations will include your weight, height, BP, and your blood sample. If these examinations suggest that you have or you are about to have diabetes, we will inform you and will refer you to the hospital for treatment and follow up. You are free to choose either to participate or not to participate. Choosing to participate will be advantageous to you for three reasons:

4. You will know whether or not you have diabetes,
5. You will know whether or not you are about to have diabetes, and
6. Knowing your health (diabetic) status will help you take appropriate decisions regarding your health.

You can trust that any information you will give us, including the results of your examinations, will all be treated very confidentially. For that reason, it is important that the information you give be as correct and truthful as possible.

Do you freely choose to participate in the project?

- YES** Continue
NO End

Signature or thump print: _____

² According to law No. 91/023 of December 1991, information from surveys and census data is strictly confidential and can, therefore, not be used in any way recriminating.

Données d'identification / Identification Information (SECTION I)Enquêteur (nom et code) : _____ *Interviewer (Name and code):*

I 1	Code du site Sentinelle / <i>Sentinel site_code</i>	<input type="checkbox"/>
I 2	Province (Nom) / <i>Province (Name)</i>	
I 3	District de santé (Nom) / <i>Health District (Name)</i>	
I 4	Aire de santé (Nom) / <i>Health area (Name)</i>	
I 5	Village, Quartier ou bloc (Nom) <i>Village, Quarter or bloc (name):</i>	
I 6	Village, Quartier ou bloc (code) <i>Village, Quarter or bloc (code):</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I 7	Code du ménage / <i>Household code</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I 8	Date de remplissage du questionnaire <i>Date of completion of the questionnaire</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jour Mois Année

I 11	Langue de l'interview [<i>Insérer langue</i>] <i>Interview Language</i>	Anglais (<i>English</i>) 1 Français (<i>French</i>) 2 Interprète (<i>Translator</i>) 3	<input type="checkbox"/>
I 12	Heure de l'interview / <i>Time of interview (0-24h)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
I 13	Nom de famille / <i>Family Name</i>		
I 14	Prénom / <i>First Name</i>		
I 15	Code du sujet / <i>Subject Code</i>	<input type="checkbox"/>	
I 16	Numéro de contact par téléphone si possible <i>Contact phone number where possible</i>		
I 17	Spécifiez de quel téléphone il s'agit <i>Specify whose phone</i>	Professionnel / <i>Work</i> 1 Domicile / <i>Home</i> 2 Voisinage / <i>Neighbour</i> 3 Mobile / <i>Mobile</i> 4	<input type="checkbox"/>

Informations démographiques (Section D)			
CORE			Données
D1	Sexe / Sex	Homme / <i>Male</i> 1 Femme / <i>Female</i> 2	<input type="checkbox"/>
D2	Quelle est votre date de naissance? <i>What is your date of birth?</i>	Jour / Mois / Année __ / __ / __ Day / Month / Year (Ne sait pas / <i>Don't know: 99</i>)	Jour/Day <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mois/Month <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Année/Yrs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D3	Quel âge avez-vous? / <i>How old are you?</i>	Années (Years) _____ (Ne sait pas / <i>Don't know: 99</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D4	Statut Matrimonial / <i>Marital status</i>	Marié / <i>Married</i> 1 Célibataire / <i>Single</i> 2 Divorcé / <i>Divorced</i> 3 Veuve /veuf <i>Widow/widower</i> 4 Séparé / <i>Separated</i> 5	<input type="checkbox"/>
D5	En tout, combien d'années avez-vous passé à l'école ou à suivre une formation à plein temps (sans compter la pré-scolarité)? <i>In total, how many years have you spent at school or in full-time study (excluding pre-school)?</i>	Années / Year _____ (Ne sait pas / <i>Don't know: 99</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DONNEES démographiques élargies / EXPANDED - Demographic Information			
D6	Quel est votre province d'origine ? <i>What is your province of origin?</i>	Centre / <i>Centre</i> 1 Sud / <i>South</i> 2 Est / <i>East</i> 3 Littoral / <i>Littoral</i> 4 Sud Ouest / <i>South West</i> 5 Nord Ouest / <i>North West</i> 6 Ouest / <i>West</i> 7 Adamaoua / <i>Adamaoua</i> 8 Nord / <i>North</i> 9 Extrême Nord / <i>Extreme North</i> 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D7	Quel est votre niveau de scolarisation le plus élevé ? <i>What is the highest level of education you have completed?</i>	Jamais fréquente / <i>No formal schooling</i> 1 Moins du primaire / <i>Less than primary school</i> 2 Primaire / <i>Primary school completed</i> 3 Secondaire (PC -seconde) / <i>Secondary school completed</i> 4 Secondaire (SC-terminal) / <i>High school) completed</i> 5 Universitaire / <i>University completed</i> 6 Doctorat / <i>Post graduate degree completed</i> 7	<input type="checkbox"/>
D8	Quel est votre profession ? <i>Profession</i>		

D9	<p>Quel était votre statut de travail pendant les 12 derniers mois ?</p> <p><i>Which of the following best describes your <u>main</u> work status over the last 12 months?</i></p>	<p>Fonctionnaire / <i>Government employee</i>..... 1</p> <p>Employé du secteur privé / <i>Non-government employee</i>.. 2</p> <p>Auto emploi / <i>Self-employed</i>..... 3</p> <p>Emploi non rémunéré (cultivateur etc.) / <i>Non-paid (subsistence farming etc)</i> 4</p> <p>Etudiant / <i>Student</i>..... 5</p> <p>ménagère (domestique) / <i>Homemaker (household chores)</i>..... 6</p> <p>Retraité / <i>Retired</i>..... 7</p> <p>Sans emploi (capable de travailler) / <i>Unemploye (able to work)</i>..... 8</p> <p>Sans emploi (incapable de travailler) / <i>Unemployed (unable to work)</i>..... 9</p>	1 _____	<input type="checkbox"/>
D10	<p>Combien de personnes âgées 15 ans et plus (en vous incluant) vivent dans ce ménage ?</p> <p><i>How many people older than 15 years, including yourself, live in your household?</i></p>	<p>Nombre de personnes / <i>Number of people</i> (Ne sais pas / <i>Don't know</i>:/99)</p>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Etape 1 / Step 1 Données comportementales / Core Behavioural Measures

Consommation de tabac / Tobacco use (Section S)

Nous allons maintenant vous poser quelques questions concernant certaines habitudes de vie, comme fumer, boire de l'alcool, consommer des fruits et légumes, et effectuer une activité physique. Commençons par le tabac.

Now we are going to ask some questions about various health behaviours. This includes things like smoking, drinking alcohol, eating fruits and vegetables and physical activity. Let's start with smoking.

		Réponse / Response	Raccourci / Skip	Données/ Data Entry
S 1a	<p>Avez vous fumé, que ce soit la cigarette, le cigare, ou la pipe ?</p> <p><i>Have you ever smoked any tobacco products, such as cigarettes, cigars or pipes?</i></p>	<p>Oui / Yes 1</p> <p>Non / No 2</p>	<p><i>Si non, aller au (Section S8)</i></p> <p><i>If No, go to Section S 8</i></p>	<input type="checkbox"/>
S 1b	<p><u>Si Oui / If Yes,</u></p> <p>Fumez-vous actuellement, que ce soit la cigarette, le cigare, ou la pipe ?</p> <p><i>Do you currently smoke any tobacco products, such as cigarettes, cigars or pipes?</i></p>	<p>Oui / Yes 1</p> <p>Non / No 2</p>	<p><i>Si non, aller au (Section S4)</i></p> <p><i>If No, go to Section S 4</i></p>	<input type="checkbox"/>
S 1c	<p><u>Si Oui / If Yes,</u></p> <p>Est-ce que vous fumez actuellement tous les jours?</p> <p><i>Do you currently smoke tobacco products daily?</i></p>	<p>Oui / Yes 1</p> <p>Non / No 2</p>	<p><i>Si non, aller au (Section S4)</i></p> <p><i>If No, go to Section S 4</i></p>	<input type="checkbox"/>
S 2a	<p>A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement?</p> <p><i>How old were you when you first started smoking daily?</i></p>	<p>Age (années / <i>Years</i>)</p> <p>(Ne sait plus / <i>Don't know</i>: 99)</p>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S 2b	<p>Vous rappelez-vous il y a combien de temps vous avez commencé à fumer quotidiennement?</p> <p><i>Do you remember how long ago it was</i></p>	<p>< 1 an (mois) / <i>< 1 year (months)</i></p> <p>1 an et plus / <i>1 year and above</i></p> <p>Ne sait plus / <i>Don't remember</i>: 99</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

S 3a	<p>En moyenne, quelle quantité des produits suivants fumez-vous par jour? (NOTEZ LA QUANTITE POUR CHAQUE TYPE DE PRODUIT) (CODE 77 POUR "NE SAIT PAS" ET 88 POUR "REFUSE")</p> <p><i>On average, how many of the following do you smoke each day?</i></p> <p>(RECORD FOR EACH TYPE) (CODE 77 FOR DON'T KNOW AND 88 FOR REFUSED)</p>	Cigarettes industrielles(battons) / <i>Manufactured cigarettes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cigarettes roulées (battons) / <i>Hand-rolled cigarettes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pipes pleines (fois) / <i>Pipes full of tobacco</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cigares, (battons) / <i>Cigars, cheroots</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Autre (spécifier, svp) / <i>Other (please specify)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S 3b	<p>Quel est le coût unitaire de ce que vous fumez ? / <i>What is the unit cost of what you smoke? (e.g. cost of a stick of cigarette)</i></p>			
Consommation de tabac Elargie / EXPANDED : Tobacco Use				
S 4	<p>Est-ce que vous avez fumé quotidiennement dans le passé ? <i>In the past, did you ever smoke daily?</i></p>	<p>Oui / Yes 1 Non / No 2</p>	<p>Si non, aller a / <i>If No go to S6a</i></p>	<input type="checkbox"/>
S 5a	<p><u>Si Oui / If Yes</u> Vous aviez quel age quand vous avez arrêté de fumer quotidiennement <i>How old were you when you stopped smoking daily?</i></p>	<p>Age (années / Years) -- Ne me rappelle plus (nrp) / <i>Don't remember (dr)</i> 99</p>		<input type="checkbox"/>
S 5b	<p>Depuis combien de temps aviez vous arrêté de fumer quotidiennement ? <i>How long ago did you stop smoking daily?</i></p>	<p>< 1 an / <i>Year (en mois / In Month)</i> 1 an et plus / <i>1 year and above ago</i> Ne me rappelle pas / <i>Don't remember</i></p>	<p>-- -- 99</p>	<input type="checkbox"/>
S 6a	<p>Prenez-vous actuellement, d'autres tabacs comme la prise, tabac marché ? <i>Do you currently use any smokeless tobacco such as [snuff, chewing tobacco, betel] ?</i></p>	<p>Oui / Yes 1 Non / No 2</p>	<p>Si non, aller a / <i>If No go to S8</i></p>	<input type="checkbox"/>
S 6b	<p><u>Si Oui / If Yes</u> Est ce que vous les prenez quotidiennement ? <i>Do you currently use smokeless tobacco products daily?</i></p>	<p>Oui / Yes 1 Non / No 2</p>	<p>Si non, aller a / <i>If No go to S8</i></p>	<input type="checkbox"/>
S 7a	<p>En moyenne, combien de fois par jour prenez –vous les produits suivants ? (RECORD FOR EACH TYPE)</p> <p><i>On average, how many times a day do you use</i> (RECORD FOR EACH TYPE)</p>	<p>Prise par la bouche / <i>Snuff, by mouth</i> Prise par le nez / <i>Snuff, by nose</i> Tabac mâché / <i>Chewing tobacco</i> Betel / <i>Betel</i> autres (spécifiez) / <i>Other (specify)</i></p>	<p>-- -- -- -- --</p>	<input type="checkbox"/>
S 7b	<p>Quel est le coût moyen journalier de ce que vous prenez en S7a ? (e.g. un bâton) <i>What is the average daily expenditure on what you smoke in S7a above?</i></p>			
S 8	<p>Avez-vous pris les tabac citer en S 6a dans le passé ? <i>In the past, did you ever use smokeless tobacco such as [snuff, chewing tobacco, or betel] daily?</i></p>	<p>Oui / Yes 1 Non / No 2</p>	<p>Aller a la section / <i>A Go to Section A</i></p>	<input type="checkbox"/>
S9	<p>Avez-vous déjà vécu au contact direct d'un fumeur <i>Have you ever lived in direct contact with a smoker to have the effects of his/her smoking?</i></p>	<p>Oui / Yes 1 Non / No 2</p>		<input type="checkbox"/>
S10	<p><u>Si Oui, / If Yes</u> Pendant combien de temps / <i>For how long</i></p>			

Consommation d'alcool / Alcohol consumption (Section A)				
Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool. / The next questions ask about the consumption of alcohol				
A 1a	Avez-vous déjà consommé une boisson alcoolisée, comme de la bière, du vin, du cidre, un alcool fort ou du vin du palm, du bili bili, du arki odontol etc. <i>Have you ever consumed a drink that contains alcohol such as beer, wine, spirit, palm wine, corn beer, 'bili bili' and 'arki' or 'afofo'?</i>	Oui / Yes 1 Non / No 2	Si non, aller a / If No go to Nutrition (section N)	<input type="checkbox"/>
A 1b	Si Oui / If yes, Est-ce que c'était au cours des 12 derniers mois? <i>Was this within the past 12 months?</i>	Oui / Yes 1 Non / No 2	Si non, aller a / If No go to Nutrition (section N)	<input type="checkbox"/>
A 2a	Quel est la mesure standard de la boisson alcoolisée que vous prenez d'habitude ? (lire les réponses) <i>What is the standard measure of the alcoholic drink you often take?</i> <i>(READ RESPONSES)</i>	Bouteille de bière / Bottle of beer.....1 Bouteille du vin / Bottle of wine.....2 Coupe de vin du palme / Cup of palm wine.....3 Une consommation de whisky / Short of spirit.....4 Coupe de / Bowl of bili bili or corn beer.....5 Verre de arki / Glass of arki.....6		<input type="checkbox"/>
A 2b	Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée? (Lisez les réponses) <i>In the past 12 months, how frequently have you had at least one alcohol drink?</i> <i>(READ RESPONSES)</i>	5 jours par sem ou + / 5 or more days a week.....1 1-4 jours par semaine / 1-4 days per week.....2 1-3 jours par mois / 1-3 days a month.....3 Moins d'une fois par mois / Less than once a month.....4		<input type="checkbox"/>
A 3	Lorsqu'il vous arrive de boire de l'alcool, combien de boissons alcoolisées buvez-vous par jour, en moyenne? <i>When you drink alcohol, on average, how many drinks do you have during one day?</i>	Nombre / Number -- Ne sait pas / Don't know 99 99		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A 4	Quel est le coût unitaire de la boisson que vous buvez? <i>What is the unit cost of what you usually drink</i>			
A 5	Au cours des 7 derniers jours, combien de boissons alcoolisées avez-vous bues chaque jour? (Notez la quantité pour chaque jour) (CODE 77 POUR "NE SAIT PAS" ET 88 POUR "REFUSE") <i>During each of the past 7 days, how many standard drinks of any alcoholic drink did you have each day?</i> <i>(RECORD FOR EACH DAY)</i> <i>(CODE 00 FOR NO ALCOHOL CONSUMED, 99 FOR DON'T KNOW AND 88 FOR REFUSED)</i>	Lundi / Monday -- Mardi / Tuesday -- Mercredi / Wednesday -- Jeudi / Thursday -- Vendredi / Friday -- Samedi / Saturday -- Dimanche / Sunday --		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Consommation d'alcool Elargie / EXPANDED: Alcohol (Section A)					
A 6a	Pour les hommes / For men only: Au cours des 12 derniers mois, combien de jours avez-vous bu au moins cinq boissons alcoolisées? <i>In the past 12 months, on how many days did you have five or more alcoholic drinks in a single day?</i>	Nombre de jours <i>Number of days</i>	--		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A 6b	Pour les femmes / For women only: Au cours des 12 derniers mois, combien de jours avez-vous bu au moins quatre boissons alcoolisées? <i>In the past 12 months, on how many days did you have four or more alcoholic drinks in a single day?</i>	Nombre de jours <i>Number of days</i>	--		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A 7	Pour tous le mondes / For everyone: Au cours des 12 derniers mois, quel était le plus grand nombre de boissons alcoolisées que vous avez eu à prendre à la même occasion ? <i>In the past 12 months, what was the largest number of drinks you had on a single occasion, counting all types of alcoholic drinks together?</i>	La plus grande nombre <i>Largest number</i>	--	Aller a / Go to section N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nutrition (Section N)						
Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. Imaginez une semaine quelconque au cours des 12 derniers mois. <i>The next questions ask about the fruits and vegetables that you usually eat. Think of a typical week in the last year.</i>						
N 1a	Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous des fruits ? <i>In a typical week, on how many days do you eat fruits?</i>	Nombre de jours <i>Number of days</i>	-	Si 0 (if 0 go to) aller à N2a	<input type="checkbox"/>	
N 1b	En moyenne, combien dépensez-vous par semaine pour acheter les fruits pour le ménage ? <i>How much do you spend on fruits a week for the household?</i>					
N 2a	Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous des légumes ? <i>In a typical week, on how many days do you eat vegetables?</i>	Nombre de jours <i>Number of days</i>	-		<input type="checkbox"/>	
N 2b	En moyenne, combien dépensez-vous par semaine pour acheter les légumes pour le ménage ? <i>How much do you spend on vegetables a week for the household?</i>					
N 3	Quel type d'huile de cuisson utilisez-vous le plus pour les repas du ménage ? <i>What type of oil is used most often for preparing meals in your household?</i>	Huile de palme / Palm oils Huile d'Arachide, de coton ou de Soja / Ground nut oil or Cotton seed oil or Soya bean oil Huile d'olive / Olive oil Autres / Others Aucune huile / None 1 et 2 combinés / 1 and 2 combined			1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/>
N 4	Combien de repas prenez-vous par jour ? / <i>How many meals do you usually take a day?</i>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N 5	Ajoutez-vous toujours du sel à vos repas même lorsque les autres pensent qu'il y en a suffisamment ? <i>Do you always add salt to your food even when others in the house think the salt is okay?</i>	Oui / Yes Non / No	1 2		<input type="checkbox"/>	
N 6	Ajoutez-vous toujours du sucre à votre thé (café) même lorsque les autres pensent qu'il y en a suffisamment ? <i>Do you always add sugar to your tea even when others in the house think the sugar is okay?</i>	Oui / Yes Non / No	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	
N 7	Avez-vous une pèse personne à domicile ? <i>Do you have a weighing scale at home?</i>	Oui / Yes Non / No	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	

N 8	Quand est ce que vous avez pris votre poids pour la dernière fois ? <i>When was the last time you took your weight?</i>	1 semaine / 1 week ago	1	<input type="checkbox"/>
		1 semaine à 1 mois. / 1 week to 1 month	2	
		1 mois à un an. / 1 month. to 1 year	3	
		> 1 an / > 1 year	4	
N 9	A quelle fréquence contrôlez-vous votre poids ? <i>How often do you check your weight</i>	Hebdomadairement / Weekly	1	<input type="checkbox"/>
		Mensuellement / Monthly	2	
		Annuellement / Annually	3	
		Ne sait pas / Don't know	4	

Activité physique / Physical activity (Section P)

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant différents types d'activités physiques. Veuillez y répondre 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]

Next I am going to ask you about the time you spend doing different types of physical activity. Please answer these questions even if you do not consider yourself to be an active person.

Think first about the time you spend doing work. Think of work as the things that you have to do such as paid or unpaid work, household chores, harvesting food, fishing or hunting for food, seeking employment and running errands.

P 1	Est-ce que votre travail s'effectue la plu part du temps en position assise ou debout, sans marcher plus de 10 minutes d'affilée? <i>Does your work involve mostly sitting or standing, with walking for no more than 10 minutes at a time?</i>	Oui / Yes Non / No	1 2	Si non, aller à / If No, go to P6	<input type="checkbox"/>
P 2	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques intenses, comme soulever des charges lourdes, creuser, effectuer du travail de maçonnerie ou des travaux champêtres durant au moins 10 minutes d'affilée? <i>Does your work involve vigorous activity, like [heavy lifting, digging or construction work or farm work] for at least 10 minutes at a time?</i>	Oui / Yes Non / No	1 2	Si non, aller à / If No, go to P4	<input type="checkbox"/>
P 3a	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques intenses dans le cadre de votre travail? <i>In a typical week, on how many days do you do vigorous activities as part of your work?</i>	Jours par semaine Days a week	_____		<input type="checkbox"/>
P 3b	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques intenses, durant combien de temps effectuez-vous ces activités? <i>On a typical day on which you do vigorous activity, how much time do you spend doing such work?</i>	En / In minutes	_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P 4	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques moyennement intenses, comme soulever une charge légère durant au moins 10 minutes d'affilée? <i>Does your work involve moderate-intensity activity, like brisk or quick walking [or carrying light loads] for at least 10 minutes at a time?</i>	Oui / Yes Non / No	1 2	Si non, aller à / If No, go to P6	<input type="checkbox"/>
P 5a	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques moyennement intenses dans le cadre de votre travail? <i>In a typical week, on how many days do you do moderate-intensity activities as part of your work?</i>	Jours par semaine Days a week	_____		<input type="checkbox"/>

P 5b	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques moyennement intenses, durant combien de temps effectuez-vous ces activités? <i>On a typical day on which you did moderate-intensity activities, how much time do you spend doing such work?</i>	En / In minutes _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P 6	Combien de temps dure habituellement une de vos journées de travail? / <i>How long is your typical workday?</i>	Nombre d'heures / <i>Number of hours</i> _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>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</p> <p><i>Other than activities that you've already mentioned, I would like to ask you about the way you travel to and from places for example to work, for shopping, to market, to church</i></p>				
P 7	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo? <i>Do you walk or use a bicycle (pedal cycle) for at least 10 minutes continuously to get to and from places?</i>	Oui / Yes 1 Non / No 2	Si non, aller à / <i>If No, go to P9</i>	<input type="checkbox"/>
P 8a	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo? <i>In a typical week, on how many days do you walk or bicycle for at least 10 minutes to get to and from places?</i>	Jours par semaine <i>Days a week</i> _____		<input type="checkbox"/>
P 8b	Lors d'une journée habituelle, durant combien de temps vous déplacez-vous à pied ou à vélo? <i>How much time would you spend walking or bicycling for travel on a typical day?</i>	En / In minutes _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Les questions suivantes concernent les activités que vous effectuez durant votre temps libre, par exemple vos loisirs, ou vos activités sportives. Ne tenez pas compte des activités physiques liées à votre travail ou à vos déplacements, que vous avez déjà mentionnées auparavant.</p> <p><i>The next questions ask about activities that you do in your leisure time, for recreation or fitness for example sports [in-door and out-door]. Do not include the physical activities you do at work or for travel mentioned already.</i></p>				
P 9	Durant votre temps libre, êtes-vous la plu part du temps en position assise, couchée, ou debout, sans activité physique d'au moins 10 minutes d'affilée? <i>Does your [recreation, sport or leisure time] involve mostly sitting, reclining, or standing, with no physical activity lasting more than 10 minutes at a time</i>	Oui / Yes 1 Non / No 2	Si oui, <i>If Yes, go to P 14</i>	<input type="checkbox"/>
P 10a	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique intense comme courir, pratiquer un sport, soulever des poids, durant au moins 10 minutes d'affilée? <i>In your [leisure time], do you do any vigorous activities like [running or strenuous sports (like football, tennis and gymnastics), weight lifting] for at least 10 minutes at a time?</i>	Oui / Yes 1 Non / No 2	Si oui, <i>If Yes, go to P 12</i>	<input type="checkbox"/>
P 10b	Quel est votre activité sportive préférée ? / <i>What is the favourite sporting activity you practice</i>			
P 10 c	A quelle fréquence la pratiquez-vous ? / <i>How often do you practice it?</i>	Journalière / <i>Daily</i>	1	<input type="checkbox"/>
		2 fois par semaine / <i>Twice a week</i>	2	
		1 fois par semaine / <i>Once a week</i>	3	
		1 fois par mois / <i>Once a month</i>	4	
		> à plus d'un mois / <i>> a month</i>	5	

P 11a	<p><i>Si Oui / If Yes.</i> Habituellement, lors de combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique intense durant votre temps libre? <i>In a typical week, on how many days do you do vigorous activities as part of your [leisure time]</i></p>	<p>Jours par semaine _____ <i>Days a week</i></p>		<input type="checkbox"/>
P 11b	<p>Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous? / <i>How much time (in minutes) do you spend doing this on a typical day?</i></p>	<p>En / <i>In minutes</i> _____</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P 12	<p>Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique moyennement intense comme marcher rapidement, nager, faire du vélo, durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LA FEUILLE D'EXEMPLES <i>In your [leisure time], do you do any moderate-intensity activities like brisk walking, [cycling or swimming] for at least 10 minutes at a time?</i></p>	<p>Oui / <i>Yes</i> 1 Non / <i>No</i> 2</p>	<p>Si non / <i>If No go to P14</i></p>	<input type="checkbox"/>
P 13a	<p><i>Si Oui / If Yes</i> Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique moyennement intense durant votre temps libre? <i>In a typical week, on how many days do you do moderate-intensity activities as part of your [leisure time]?</i></p>	<p>Jours par semaine _____ <i>Days a week</i></p>		<input type="checkbox"/>
P 13b	<p>Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous? / <i>How much time (in minutes) do you spend doing this on a typical day?</i></p>	<p>En / <i>In minutes</i> _____</p>	<p>Aller a / <i>Go to P14</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>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 le temps passé assis à un bureau, mais sans inclure le temps passé à dormir.</p> <p><i>The following question is about sitting or reclining. Think back over the past 7 days, to time spent at work, at home, at [leisure], including time spent sitting at a desk, visiting friends, reading, or watching television, but do not include time spent sleeping.</i></p>				
P 14	<p>Au cours des 7 derniers jours, combien de temps par jour avez-vous passé en position assise ou couchée, en moyenne ? <i>Over the past 7 days, how much time (in minutes) did you spend sitting or reclining on a typical day?</i></p>	<p>En / <i>In minutes</i> _____</p>	<p>Aller au chapitre suivant / <i>Go to Next Section</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>ELARGIE - Antécédents d'hypertension artérielle, de Diabète, d'AVC et d'Obésité <i>EXPANDED - History of High Blood pressure, Diabetes, Stroke, Obesity</i></p>							
<p>Hypertension artérielle / Blood Pressure</p>				<p>Diabète / Diabetes</p>			
H 1	<p>Quand est ce que votre tension artérielle a été prise pour la dernière fois par un personnel de la santé? / <i>When was your blood pressure last measured by a health professional?</i></p>	<p>Dans les 12 derniers mois / <i>Within past 12 months</i> 1-5 ans / <i>1-5 years ago</i> Plus de 5 ans / <i>Not within past 5 yrs</i></p>	<p>1 2 3</p>	H 12	<p>A quelle fréquence contrôlez-vous votre glycémie? / <i>How often do you check you blood sugar</i></p>	<p>Hebdomadaire / <i>Weekly</i> Mensuellement / <i>Monthly</i> Annuellement / <i>Annually</i> Ne sais pas / <i>Don't know</i></p>	<p>1 2 3 99</p>

H 2	Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a dit (au cours des 12 derniers mois) que votre tension artérielle est élevée? / <i>During the past 12 months has a doctor or other health worker told you that you have elevated blood pressure or hypertension?</i>	Oui / Yes Non / No	1 2		H 13	Avez-vous contrôlé votre glycémie au cours des 12 derniers mois? / <i>Have you had your blood sugar measured in the last 12 months?</i>	Oui / Yes Non / No	1 2			
H 3	Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a dit (au cours des 12 derniers mois) que vous avez un AVC ? / <i>During the past 12 months has a doctor or other health worker told you that you have a stroke (cerebro-vascular accident)?</i>	Oui / Yes Non / No	1 2		H 14	Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a déjà dit que vous avez le diabète ? / <i>Has a doctor or other health worker ever told you that you have diabetes</i>	Oui / Yes Non / No Si Non aller a / <i>If No go to H16</i>	1 2			
H 4	A quelle fréquence contrôlez-vous votre pression artérielle ? / <i>How often do you check your BP</i>	Hebdomadairement / <i>Weekly</i> Mensuellement / <i>Monthly</i> Annuellement / <i>Annually</i> Ne sais pas / <i>Don't know</i>	1 2 3 99		H 15	Depuis combien de temps a-t-on diagnostiqué votre diabète ? / <i>How long ago were you diagnosed as diabetic</i>					
					H 16	Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous avez un sur poids ou une obésité ? / <i>Has a doctor or other health worker ever told you that you were overweight or obese?</i>	Oui / Yes Non / No	1 2	<input type="checkbox"/>		
<p align="center">Est-ce que vous prenez un traitement actuellement contre l'hypertension ou le diabète prescrit par un professionnel de la santé? / <i>Are you currently receiving any of the following treatments for high blood pressure or diabetes prescribed by a doctor or other health worker?</i></p>											
L'Hypertension artérielle / <i>Blood Pressure</i>				Oui / Yes	Non / No	Diabète / <i>Diabetes</i>				Oui / Yes	Non / No
H 5	Prise de médicaments pendant 2 dernières semaines / <i>Drugs (medication) that you have taken in the last 2 weeks</i>	1	2		H 17	Insuline / <i>Insulin</i>	1	2			
H 6	Régime spécial / <i>Special prescribed diet</i>	1	2		H 18	Médicaments oral (Prise de médicaments pendant 2 dernières semaines) / <i>Oral drug (medication that you have taken in the last 2 weeks</i>	1	2			
H 7	Conseil ou traitement pour perdre le poids / <i>Advice or treatment to lose weight</i>	1	2		H 19	Régime spécial / <i>Special prescribed diet</i>	1	2			

H 8	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer / <i>Advice or treatment to stop smoking</i>	1	2		H 20	Conseil ou traitement pour perdre le poids / <i>Advice or treatment to lose weight</i>	1	2	
H 9	Conseil pour débuter ou pratiquer davantage des activités physiques / <i>Advice to start or do more exercise</i>	1	2		H 21	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer / <i>Advice or treatment to stop smoking</i>	1	2	
H 10a	Avez-vous consultée un tradi-praticien pour l'hypertension artérielle au cours des 12 derniers mois / <i>During the past 12 months have you seen a traditional healer for elevated blood pressure or hypertension?</i>	1	2		H 22	Conseil pour débuter ou pratiquer davantage des activités physiques / <i>Advice to start or do more exercise</i>	1	2	
H 10b	<i>Si Oui</i> Prenez-vous actuellement un traitement traditionnel contre votre hypertension ? / <i>If Yes are you currently taking any herbal or traditional remedy for your high blood pressure?</i>	1	2		H 23	Avez-vous consulté un tradi-praticien pour le diabète au cours des 12 derniers mois / <i>During the past 12 months have you seen a traditional healer for diabetes?</i>	1	2	
H11	Quel sont vos dépenses moyenne mensuelles pour la consultation, achat des médicaments ou traitement traditionnel ? / <i>What is the average monthly expenditure on consultation and purchase of drugs or traditional remedy?</i>				H 24	<i>Si Oui:</i> Prenez-vous actuellement un traitement traditionnel contre votre diabète au cours des 2 dernières semaines ? / <i>If Yes, have you taken any herbal or traditional remedy for your diabetes in the last two weeks?</i>	1	2	
					H25	Quel sont vos dépenses moyenne mensuelles pour la consultation, achat des médicaments ou traitement traditionnel ? / <i>What is the average monthly expenditure on consultation and purchase of drugs or traditional remedy?</i>			
Avez-vous l'une des conditions suivantes? / <i>Do you suffer from any of the following conditions</i>									
H 26	Maladie du foie / <i>Liver disease</i>	1	2	<input type="checkbox"/>					
H 27	Maladie des reins / <i>Kidney disease</i>	1	2	<input type="checkbox"/>					
H 28	Maladie du cœur / <i>Heart disease</i>	1	2	<input type="checkbox"/>					
Une de vos parentés directe (mère, père, fils fille, sœur, frère) souffre ou a –t-elle souffert d'une des conditions suivantes <i>Have any of your first-degree relatives (mother, father, son, daughter, brother, sister) suffered from any of the following conditions?</i>									
H 29	Hypertension / <i>Hypertension</i>	1	2	<input type="checkbox"/>					
H 30	Diabètes / <i>Diabetes</i>	1	2	<input type="checkbox"/>					
H 31	Maladie des reins / <i>Kidney disease</i>	1	2	<input type="checkbox"/>					
H 32	Maladie du cœur / <i>Heart disease</i>	1	2	<input type="checkbox"/>					
H 33	Obésité / <i>Obesity</i>	1	2	<input type="checkbox"/>					
H 34	AVC / <i>Stroke</i>	1	2	<input type="checkbox"/>					

FIN