

--	--	--	--

**Direction de Coordination du  
Programme National STEPS**

# Enquête sur les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles



## Questionnaire STEPS

*Site 1 : Région des Lagunes*



--	--	--	--

**Données d'identification:**

I 1	Code du pays/région		□□□
I 2	Site (Numéro du site)		□□
I 3	Région sanitaire (nom de la région)		□□□□□□□□□□□□□□
I 4	District sanitaire		□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
I 5	Zone de résidence (R/U)	U=1 ; R=2	□
I 6	Code superviseur		□□□
I 7	Code de l'interviewer		□□□
I 8	Date de l'entretien		□□/□□/□□□□ Jour Mois Année
I 9	Nom de la localité (Ville / Village)		□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
I 10	Zone de dénombrement (sous quartier, quartier, village noyau)		□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
I 11	Numéro grappe		□□
I 12	Numéro ménage		□□

- "Ne sait pas" et "Ne se souvient pas" sont codés "7", "77"
- "refuse" et "pas applicable" sont codées "8", "88"
- *Par exemple, si S 1a est codée "Non", toutes les questions suivantes sur le tabac jusqu'à S 3 seront codées "8".*
- Les réponses manquantes devraient être codées "9", "99" lors de la saisie des données.



--	--	--	--

**Step 1 Module de base – Mesures comportementales-**

Consommation de tabac (Section S)			
Nous allons maintenant vous poser des questions sur plusieurs comportements relatifs à la santé. Cela inclut des choses comme fumer, boire de l'alcool, manger des fruits et des légumes et effectuer une activité physique. Commençons par le tabac.			
		Réponse	Colonne de Saisie
<b>S 1a</b>	Fumez-vous actuellement du tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes?	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2
			<input type="checkbox"/>
<b>S 1b</b>	<u>Si Oui.</u> Fumez-vous quotidiennement ?	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2
			<input type="checkbox"/>
<b>S 2a</b>	A quel âge avez-vous <b>commencé à fumer</b> quotidiennement?	Age (années) Ne se souvient pas	77
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S 2b</b>	Si vous ne vous rappelez pas de votre âge, souvenez-vous depuis quand vous avez commencé à fumer quotidiennement?  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS OU NE SE SOUVIENT PAS)	En nombre d'Années  Ou en Mois  Ou en Semaines	Années <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semaines <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S3a</b>	Quelle quantité des produits suivants fumez-vous en moyenne chaque jour?	Cigarettes industrielles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S3b</b>	(INSCRIRE LA QUANTITE POUR CHAQUE TYPE DE PRODUIT)	Cigarettes roulées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S3c</b>		Pipes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S3d</b>		Cigares, cigarillos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S3e</b>		Autres:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S3e1</b>		----- ← Préciser Autre	

Si Non, aller à S4\*

Si Non, aller à S4\*

Si Réponse connue, aller à S3a

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

Si Non, aller à S6a

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

Si Non, aller à S 8

Si Non, aller à S8

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

--	--	--	--

<b>ELARGIE: Consommation de tabac (suite)</b>			
<b>S 7a</b>	En moyenne, combien de fois par jour prenez-vous les produits indiqués ci-contre <i>(INSCRIRE POUR CHAQUE TYPE)</i>  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE)  -----	Tabac à priser (voie orale)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S7b</b>		Tabac à priser (voie nasale)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S7c</b>		Tabac à mâcher	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S7d</b>		Feuilles de bétel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S7e</b>		Autres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S7e1</b>		← Préciser Autre	
<b>S 8</b>		Dans le passé, avez-vous déjà pris quotidiennement du tabac non fumé tels que [tabac à priser, tabac à mâcher, feuilles de bétel]?	(Entourer la réponse) Oui 1 Non 2
<b>S 9</b>	Y a-t-il quelqu'un dans votre environnement immédiat qui fume du tabac tels que cigarette, pipe ou cigare en votre présence ?	(Entourer la réponse) Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>

<b>Consommation d'alcool (Section A)</b>			
Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool			
		Réponse	Colonne de Saisie
<b>A 1a</b>	Avez-vous <b>déjà consommé</b> une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du cidre ou du koutoukou, du tchapalo, du bandji blanc ou du kendjous ? <i>UTILISER LES CARTES OU MONTRER DES EXEMPLES</i>	(Entourer la réponse) Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<b>A 1b</b>	Si oui, en avez-vous consommé ces <b>12 derniers mois</b> ?	(Entourer la réponse) Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<b>A 2</b>	Durant les douze derniers mois, à <b>quelle fréquence</b> avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée? <i>(LIRE LES REPONSES)</i> <i>UTILISER LES CARTES</i>	(Entourer la réponse) 5 jours ou plus/semaine 1 1 à 4 jours / semaine 2 1 à 3 jours /mois 3 Moins d'1 fois / mois 4	<input type="checkbox"/>
<b>A 3</b>	Quand vous buvez de l'alcool, combien de verres prenez-vous en moyenne par jour?	Nombre de verres ---- Ne Sait Pas 77	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A 4a</b>	Au cours des <b>7 derniers jours</b> , combien de verres standards d'alcool avez-vous pris (quel que soit la boisson alcoolisée) <i>(INSCRIRE POUR CHAQUE JOUR)</i> <i>UTILISER LES CARTES)</i>	Lundi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A4b</b>		Mardi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A4c</b>		Mercredi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A4d</b>		Jeudi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A4e</b>		Vendredi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A4f</b>		Samedi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A4g</b>		Dimanche <i>(CODER 77 POUR NE SAIT PAS)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si Non, Aller à la Section Suivante\*

Si Non, Aller à la Section Suivante\*

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

--	--	--	--

Nutrition (Section D)			
Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. J'ai une carte qui montre quelques exemples de fruits et légumes locaux. Chaque dessin correspond à une portion. En répondant à ces questions, pensez à une semaine type de l'année passée.			
<b>D 1a</b>	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours <b>consommez-vous des fruits</b> ? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de jours	<input type="checkbox"/>
<b>D 1b</b>	Combien de <b>portions</b> de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de portions	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>D 2a</b>	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours <b>consommez-vous des légumes</b> ? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de jours	<input type="checkbox"/>
<b>D 2b</b>	Combien de <b>portions</b> de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de portions	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si aucun jour, aller à D 2a

Si aucun jour, aller à la Section Suivante

ELARGI : Nutrition			
<b>D 3</b>	Préparez-vous habituellement vos repas à la maison ?	<b>(Entourer la réponse)</b> Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<b>D 4a</b>	Quelle sorte de <b>matière grasse</b> (huile, beurre...) utilisez-vous le <b>plus souvent</b> pour la préparation des repas à la maison ?  <i>UTILISER LES CARTES</i> <i>EN CHOISIR UN SEUL</i>  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS)	Huile végétale raffinée 01 Huile végétale non raffinée 02 Lard ou graisse 03 Beurre industriel (allégé) 04 Beurre de karité 05 Aucun en particulier 06 Jamais de matière grasse utilisée dans la préparation des repas 07 Je ne sais pas 77 Autres 08	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>D4b</b>	----- ←	Préciser Autres	
<b>D 5a</b>	Quelle est l'origine végétale de l'huile que vous utilisez le plus souvent pour la préparation des repas à la maison ?	<b>(Entourer la réponse)</b> <b>Palmier à huile</b> 1 <b>Arachide</b> 2 <b>Coprah</b> 3 Mais 4 Soja 5 Olive 6 Colza 7 Je ne sais pas 77 Autre 88	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>D5 b</b>	-----	Préciser autre	

Si la réponse est 01 ou 02, aller à D5a

Si la réponse différente de 01 et de 02, aller à la section suivante

--	--	--	--

Activité physique (Section P)			
<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.</p> <p>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. <i>[Ajouter d'autres exemples si nécessaires]</i></p>			
<b>P 1</b>	Est-ce que votre travail s'effectue la plupart du temps en position assise ou debout, sans marcher plus de 10 minutes d'affilée?	<b>(Entourer la réponse)</b> Oui Non	1 2 <input type="checkbox"/>
<i>Si Oui, aller à P6</i>			
<b>P 2</b>	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques intenses, comme [soulever des charges lourdes, creuser, effectuer du travail de maçonnerie] pendant au moins 10 minutes d'affilée? <b>INSERER DES EXEMPLES &amp; MONTRER LES CARTES</b>	<b>(Entourer la réponse)</b> Oui Non	1 2 <input type="checkbox"/>
<i>Si Non, aller à P4</i>			
<b>P 3a</b>	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine	---
<b>P 3b1</b>	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	En heures et minutes	hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>P3b2</b>		ou en Minutes seulement	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>P 4</b>	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques moyennement intenses, comme une marche rapide ou soulever une charge légère durant au moins 10 minutes d'affilée? <b>INSERER DES EXEMPLES &amp; MONTRER LES CARTES</b>	<b>(Entourer la réponse)</b> Oui Non	1 2 <input type="checkbox"/>
<i>Si Non, aller à P6</i>			
<b>P 5a</b>	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques moyennement intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine	<input type="checkbox"/>
<b>P 5b1</b>	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques moyennement intenses, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	En heures et minutes	hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>P5b2</b>		Ou en minutes seulement	Ou minutes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>P 6</b>	Combien de temps dure habituellement une de vos journées de travail?	Nombre d'heures	hrs <input type="text"/> <input type="text"/>
Sans tenir compte des activités que vous avez déjà mentionnées, j'aimerais vous demander comment vous effectuez vos déplacements pour aller au travail, faire des achats, ou pour aller à l'église <i>[Ajouter d'autres exemples si nécessaire]</i>			
<b>P 7</b>	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	<b>(Entourer la réponse)</b> Oui Non	1 2 <input type="checkbox"/>
<i>Si Non, aller à P9</i>			
<b>P 8a</b>	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Nombre de jours/semaine	<input type="checkbox"/>
<b>P 8b1</b>	Lors d'une journée habituelle, pendant combien de temps vous déplacez-vous à pied ou à vélo?	En heures et minutes	hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>P8b2</b>		Ou en minutes seulement	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

--	--	--	--

<b>Activité physique (Suite)</b>			
Les questions suivantes concernent les activités que vous effectuez pendant votre temps libre comme par exemple vos loisirs, ou vos activités sportives [insérer les termes appropriés]. Ne tenez pas compte des activités physiques liées à votre travail ou à vos déplacements, déjà mentionnées auparavant.			
<b>P 9</b>	Durant votre temps libre, êtes-vous la plupart du temps en position assise, couchée, ou debout, sans activité physique durant au moins 10 minutes d'affilée?	<i>(Entourer la réponse)</i> Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<i>Si Oui, aller à P14a</i>			
<b>P 10</b>	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique intense comme courir ou pratiquer un sport nécessitant des efforts, soulever des poids, durant au moins 10 minutes d'affilée? <b>INSERER DES EXEMPLES &amp; MONTRER LES CARTES</b>	<i>(Entourer la réponse)</i> Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<i>Si Non, aller à P 12</i>			
<b>P 11a</b>	<u>Si Oui</u> , Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique intense durant votre temps libre?	Nombre de jours/semaine	<input type="checkbox"/>
<b>P 11b1</b>	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures et minutes	hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>P11b2</b>		Ou en minutes seulement	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>P 12</b>	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique moyennement intense comme marcher rapidement, nager ou faire du vélo, durant au moins 10 minutes d'affilée? <b>INSERER DES EXEMPLES &amp; MONTRER LES CARTES</b>	<i>(Entourer la réponse)</i> Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
<i>Si Non, aller à P 14a</i>			
<b>P 13a</b>	<u>Si Oui</u> , Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous une activité physique moyennement intense durant votre temps libre?	Nombre de jours/semaine	<input type="checkbox"/>
<b>P 13b1</b>	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous?	En heures et minutes	hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>P13b2</b>		Ou en minutes seulement	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée. En considérant les 7 derniers jours, souvenez-vous du temps passé au travail, à la maison, à vos loisirs, à rendre visite à des amis, à lire, à regarder la télévision, y compris au temps passé assis à un bureau, mais sans inclure le temps passé à dormir.			
<b>P 14a</b>	Au cours des 7 derniers jours, combien de temps par jour avez-vous passé en position assise ou couchée en moyenne ?	En heures et minutes	hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>P14b</b>		Ou en minutes seulement	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

--	--	--	--

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

Si Non, aller à la prochaine section

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

Si Non, aller à la prochaine section

--	--	--	--

ELARGI: Antécédents d'asthme				
H 11	Avez-vous eu ces 12 derniers mois, la sensation d'étouffer, de manquer d'air et de ne pas pouvoir respirer ?		[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
H 12	Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a déjà dit que vous avez l'asthme ?		[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
Suivez-vous actuellement les traitements suivants contre l'asthme, prescrits par un professionnel de la santé ?				
H 13a	Bronchodilatateurs	[Ecrire les noms des médicaments utilisés]	[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
H 13b	Anti inflammatoires stéroïdiens	-	[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
H 13c	Corticoïde inhalé Corticoïde injectable Corticoïde comprimé	- - -	[Entourer la réponse] 1 2 3	<input type="checkbox"/>
H 13d	Anti histaminiques	-	[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
H 13e	Cromoglycates	-	[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
H 13f	Mesures d'hygiènes de vie prescrites (éviter violences psych, poussières, acariens et autres allergènes, milieu peu aéré, etc.)		[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
H 13g	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer		[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
H 13h	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus		[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
H 14	Au cours des 12 derniers mois avez-vous vu un guérisseur traditionnel pour l'asthme ?		[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>
H 15	Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre asthme?		[Entourer la réponse] Oui 1 Non 2	<input type="checkbox"/>

Si Non, aller à la prochaine section

Si Non, aller à H13d

## Step 2 Mesures physiques

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

Si Oui, Sauter M8

--	--	--	--

QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES –Mesures Physiques					
<b>M 9</b>	Tour de la hanche	(en centimètres)			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
Pression artérielle				Colonne de Saisie	
<b>M 10</b>	Code ID du technicien				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 11</b>	Code ID pour la pression artérielle				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 12</b>	Largeur du brassard	<i>(Entourer la réponse)</i>	Petit 1 Normal 2 Large 3		<input type="checkbox"/>
<b>M 13a</b>	Mesure 1	Pression artérielle systolique	Systolique	Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 13b</b>		Pression artérielle diastolique	Diastolique	Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 14a</b>	Mesure 2	Pression artérielle systolique	Systolique	Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 14b</b>		Pression artérielle diastolique	Diastolique	Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 15a</b>	Mesure 3	Pression artérielle systolique	Systolique	Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 15b</b>		Pression artérielle diastolique	Diastolique	Mm Hg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES					
<b>M 16</b>	Rythme cardiaque	<i>(Entourer la réponse)</i>	Oui 1 Non 2		<input type="checkbox"/>
	Indiquez si un appareil automatique de pression artérielle est utilisé ?				
<b>M 16a</b>	Mesure 1	Battements par minute:			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 16b</b>	Mesure 2	Battements par minute:			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>M 16c</b>	Mesure 3	Battements par minute:			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

--	--	--	--

<b>CENTRAL Blessure/Violence Intentionnelle</b>			
les questions suivantes concernent différentes expériences et réactions en rapport avec la violence			
		<b>Réponses</b>	<b>code</b>
V1	Durant les 12 derniers mois, combien de fois avez vous été impliqué dans un incident violent dans lequel vous avez subi un préjudice pour lequel vous avez bénéficié de soins ?	( <i>Entourer la réponse</i> ) souvent (6 fois et plus) 1 quelques fois (3-5 fois) 2 Rarement (1-2 fois) 3 jamais 4 ne se souvient pas 7 Refuse de répondre 8	<input type="checkbox"/>
V2	Quand vous jetez un regard en arrière sur les plus sérieux incidents, indiquez lequel vous a le plus causé de préjudice ?  Exprimez vos réponses [ <i>montrez potentiellement des cartes</i> ]	( <i>Entourer la réponse</i> ) Blessure par arme à feu 1 Battu, poignardé, brûlé, ou attaqué par autre type d'arme (couteau, vitre, liquide chaud, massue, cordon) 2  Vous avez été poussé, giflé, reçu un coup de pied, brutalisé sans d'autre type d'arme de la part de cette personne ; 3  Vous ne vous rappelez pas ; 7  Refuse de répondre 8	<input type="checkbox"/>
V3	Veuillez indiquer les liens existant entre cette ou ces personnes qui vous ont causé ce préjudice et vous  Exprimez vos réponses	( <i>Entourer la réponse</i> ) Partenaire intime 1 Parent 2 Enfant ou autre lien de parenté 3 Ami ou camarade 4 Aucun lien de parenté 5 étranger 6 autorité officielle ou légale (officier de police soldat etc) 7 autre 8 ne se rappelle pas 77 Refuse de répondre 88	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*Si ne se souvient pas ou refuse, aller à V4*

*Si incident violent impliquant plusieurs individus issus d'un ou plus de ces groupes, sonder le répondant pour spécifier la catégorie à laquelle appartenait l'instigateur ou au cas contraire la personne la plus importante*

--	--	--	--

<b>CENTRAL Blessure/ Violence Intentionnelle (suite)</b>																									
V4	Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu peur pour votre propre sécurité et celle de votre famille à cause de la colère ou de la menace d'une ou plusieurs personnes? Si oui, veuillez spécifier par qui :	<p style="text-align: center;"><i>(Entourer la réponse)</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">Partenaire intime</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Parent</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Enfant ou autre lien de parenté</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Ami ou camarade</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Aucun lien de parenté</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Etranger</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Autorité officielle ou légale (officier de police soldat etc.)</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Autre</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">aucun (exemple n'a jamais eu peur pour ma sécurité)</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">ne sait pas</td><td style="text-align: center;">77</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Refuse de répondre</td><td style="text-align: center;">88</td></tr> </table>	Partenaire intime	1	Parent	2	Enfant ou autre lien de parenté	3	Ami ou camarade	4	Aucun lien de parenté	5	Etranger	6	Autorité officielle ou légale (officier de police soldat etc.)	7	Autre	8	aucun (exemple n'a jamais eu peur pour ma sécurité)	9	ne sait pas	77	Refuse de répondre	88	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Partenaire intime	1																								
Parent	2																								
Enfant ou autre lien de parenté	3																								
Ami ou camarade	4																								
Aucun lien de parenté	5																								
Etranger	6																								
Autorité officielle ou légale (officier de police soldat etc.)	7																								
Autre	8																								
aucun (exemple n'a jamais eu peur pour ma sécurité)	9																								
ne sait pas	77																								
Refuse de répondre	88																								
V5	<p>Quand il y a un problème et que je suis tenté de répondre par la violence, je sais comment contrôler mon tempérament et rester en dehors des situations violentes</p> <p>Exprimez vos réponses</p>	<p style="text-align: center;"><i>(Entourer la réponse)</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">Jamais</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Pratiquement jamais</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Quelques fois</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Pratiquement toujours</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Toujours</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Refuse de répondre</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> </table>	Jamais	1	Pratiquement jamais	2	Quelques fois	3	Pratiquement toujours	4	Toujours	5	Refuse de répondre	8	<input type="checkbox"/>										
Jamais	1																								
Pratiquement jamais	2																								
Quelques fois	3																								
Pratiquement toujours	4																								
Toujours	5																								
Refuse de répondre	8																								
V6	<p>Avez-vous transporté sur vous une arme à feu chargée en dehors de la maison dans les 30 jours précédents ?</p> <p>Si oui, justifiez pourquoi</p>	<p style="text-align: center;"><i>(Entourer la réponse)</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">Non</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Pour protection</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Pour le travail</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Pour le sport</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Ne sait pas</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Refuse de répondre</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> </table>	Non	1	Pour protection	2	Pour le travail	3	Pour le sport	4	Ne sait pas	7	Refuse de répondre	8	<input type="checkbox"/>										
Non	1																								
Pour protection	2																								
Pour le travail	3																								
Pour le sport	4																								
Ne sait pas	7																								
Refuse de répondre	8																								
V7	<p>Quand vous regardez dans votre jeunesse, est ce qu'un parent ou un autre adulte dans votre maison vous a violemment frappé à telle enseigne que cela vous a laissé des traces durant plus d'une journée ou à jamais ?</p>	<p style="text-align: center;"><i>(Entourer la réponse)</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">Jamais</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Très rarement</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Une fois par mois</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Une fois par semaine</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Pratiquement tous les jours</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Ne sait pas</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Refuse de répondre</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> </table>	Jamais	1	Très rarement	2	Une fois par mois	3	Une fois par semaine	4	Pratiquement tous les jours	5	Ne sait pas	7	Refuse de répondre	8	<input type="checkbox"/>								
Jamais	1																								
Très rarement	2																								
Une fois par mois	3																								
Une fois par semaine	4																								
Pratiquement tous les jours	5																								
Ne sait pas	7																								
Refuse de répondre	8																								
<p>Je vais maintenant vous poser une question sur la violence en relation avec les rencontres sexuelles. Je vous rappelle que vous n'êtes sous aucune obligation de répondre à cela, ou à n'importe quelle autre question et que l'information que vous fournissez sera traitée de façon confidentielle tel que cela vous a été expliqué au moment où vous nous donniez votre consentement pour cette interview. S'il vous plait, soyez libre de refuser de répondre à cette question si tel est votre souhait</p>																									
V8	<p>Avez vous une fois expérimenté un acte sexuel entraînant une pénétration anale, orale, vaginale contre votre consentement ?</p>	<p style="text-align: center;"><i>(Entourer la réponse)</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: right;">oui</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Non</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Ne sait pas</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Refuse de répondre</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> </table>	oui	1	Non	2	Ne sait pas	7	Refuse de répondre	8	<input type="checkbox"/>														
oui	1																								
Non	2																								
Ne sait pas	7																								
Refuse de répondre	8																								

*Si la peur provient de la colère ou des menaces de la part de groupes multiples, sonder le répondant pour spécifier la catégorie qui constitue la source primaire de peur*

--	--	--	--

**ELAGI Blessure/Violence Intentionnelle**

Je voudrais demander votre opinion sur vous même et sur la communauté autour de vous. Veuillez me donner votre réponse aux préoccupations suivantes :

		Réponse		Code
EV1	Généralement parlant, pourriez vous dire <b>qu'il faut avoir confiance aux gens</b> ou <b>vous avez besoin d'être prudent</b> quand vous traitez une affaire avec eux ?	<i>(Entourer la réponse)</i>		<input type="checkbox"/>
		Nécessite d'être prudent	1	
		On peut avoir confiance aux gens	2	
		Ne sait pas	7	
		Refuse de répondre	8	
Exprimez vos réponses				
EV2	Les gens ont le droit de tuer pour se défendre	<i>(Entourer la réponse)</i>		<input type="checkbox"/>
		Entièrement d'accord	1	
		d'accord	2	
		incertain	3	
		contre	4	
		Entièrement contre	5	
		Ne sait pas	7	
		Refuse de répondre	8	
Exprimez vos réponses				

**Central Blessure/Violence Non Intentionnelle (T)**

Les questions suivantes concernent différentes expériences et comportements qui sont en rapport avec les traumatismes et blessures du trafic routier.

		Réponse		Code
T1	Dans les 30 derniers jours, combien de fois avez-vous utilisé une ceinture de sécurité quand vous avez été conducteur ou passager d'un véhicule à moteur ?	<i>(Entourer la réponse)</i>		<input type="checkbox"/>
		Tout le temps	1	
		Quelques fois	2	
		jamais	3	
		n'a pas conduit les 30 jours précédents	4	
		ne sait pas/pas sûr	7	
		refuse de répondre	8	
T2	Dans les 30 derniers jours, combien de fois avez-vous porté un casque quand vous roulez une moto ou une mobylette ?	<i>(Entourer la réponse)</i>		<input type="checkbox"/>
		Toujours	1	
		Quelques fois	2	
		jamais	3	
		n'a pas roulé à moto les 30 jours précédents	4	
		ne sait pas	7	
		refuse de répondre	8	
T3	Dans les 30 derniers jours, combien de fois avez-vous conduit quand vous avez eu plus de 2 consommations standard d'alcool ?	<i>(Inscrire le nombre ou entourer la réponse)</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Nombre de fois	----	
		ne sait pas	7	
		refuse de répondre	8	

--	--	--	--

Central Blessure/Violence Non Intentionnelle (suite)				
T4	Dans les 12 mois précédents, avez vous été impliqué dans un accident de la circulation en tant que conducteur, passager ou piéton ?	<i>(Entourer la réponse)</i> Oui (comme conducteur) 1 Oui (comme passager) 2 Oui (comme piéton) 3 Non 4 ne sait pas 7 refuse de répondre 8		<input type="checkbox"/>
T5	Avez vous subi des préjudices dans cet accident de la circulation?	<i>(Entourer la réponse)</i> oui 1 Non 2 Ne se rappelle pas 7 refuse de répondre 8		<input type="checkbox"/>
T6	Excluant les accidents de la circulation, dans les 12 mois précédents, avez-vous subi des préjudices accidentels qui ont nécessité un traitement médical ?	<i>(Entourer la réponse)</i> oui 1 Non 2 Ne se rappelle pas 7 refuse de répondre 8		<input type="checkbox"/>
T7	En vous rappelant du plus sérieux accident, veuillez indiquer lequel des cas suivants était la plus importante cause du préjudice subi :  <i>Exprimez vos réponses.</i>	<i>(Entourer la réponse)</i> Chute 1 Feu, flammes ou chaleur 2 Poison 3 Naufrage (survivant) 4 Morsure d'animal 5 Autre 6 Ne se rappelle pas 7 refuse de répondre 8		<input type="checkbox"/>

*Si réponse égale 2 ou 7 ou 8, aller à T6*

*Si réponse égale 2 ou 7 ou 8, aller à FT1*

ELARGI Blessure/Violence Non Intentionnel				
		Réponse		Code
ET1	Où étiez vous lorsque vous avez subi votre plus grand préjudice dans les 12 derniers mois?	<i>(Entourer la réponse)</i> À la maison 1 A l'école 2 Au lieu de travail 3 la route/ voie publique 4 à la ferme 5 au sport /air de jeu 6 autre 7 Ne sait pas 77 Refuse de répondre 88		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ET2	Dans les 30 derniers jours, combien de fois avez-vous porté un casque lorsque vous rouliez une bicyclette ?	<i>(Entourer la réponse)</i> Toujours 1 Quelques fois 2 jamais 3 n'a pas fait de bicyclette les 30 jours précédents 4 ne sait pas 7 refuse de répondre 8		<input type="checkbox"/>
ET3	Dans les 30 derniers jours, combien de fois avez-vous fait une promenade en voiture avec quelqu'un qui avait plus de 2 consommations alcooliques standard ?	<i>(Inscrire le nombre ou entourer la réponse)</i> Nombre de fois ---- ne se rappelle pas 7 refuse de répondre 8		<input type="checkbox"/>