

**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 – Informations démographiques-			
					Colonne de Saisie
C1	Sexe (noter le numéro correspondant)	(Entourer la réponse)	Homme Femme	1 2	<input type="checkbox"/>
C2	Quelle est votre date de naissance?	Jour <input type="text"/> <input type="text"/> Mois <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
C2a	Si Ne sait pas, coder 77 et aller à C3	Ne sait pas <input type="text"/> <input type="text"/>			
C3	Quel âge avez-vous?		Années		<input type="text"/> <input type="text"/>
C4	En tout, combien d'années avez-vous passé à l'école ou à suivre une formation à plein temps (sans compter la pré scolarité)?		Années		<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>ELARGIE: Informations démographiques</b>					
C5	A quel milieu <u>socioculturel</u> appartenez-vous? [groupe ethnique]	(Inscrire l'ethnie)	Akan 1 Krou 2 Mandé nord 3 Mandé sud 4 Gur (Voltaïque) 5 Africain de l'ouest 6 Autre africain 7 Non africain 8 Refuse 88		<input type="text"/> <input type="text"/>
C6	Quel est votre niveau d'instruction le plus élevé ?	(Inscrire le niveau)	Analphabète 1 Ecole primaire 2 Ecole secondaire 3 Enseignement supérieur 4		<input type="checkbox"/>
C6a	-----	←	Autre 5 Préciser Autre		
C7	Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre activité professionnelle <u>principale</u> ces douze derniers mois?		Employé de l'Etat 01 Employé dans le privé moderne 02 Employé dans le privé informel 03 Indépendant du privé moderne 04 Indépendant du privé informel 05 Agriculteur 06 Employé agricole 07 Elève ou Etudiant 08 Ménagère 09 Retraité 10 Apprenti 11 Chômeur 12 Autre 13		<input type="text"/> <input type="text"/>
C7a	[Inscrire l'appellation du travail fait par l'individu] ----- UTILISER LES CARTES -----	←	Préciser Autre:		
C8	Quelle est la périodicité de votre revenu ?		Hebdomadaire 1 Mensuelle 2 Trimestrielle 3 Semestrielle 4 Annuelle 5 Aucune (Aller à la Prochaine Section) 6 Refus de réponse (Aller à C9) 8		<input type="checkbox"/>
C9	Je vous lis quelques intervalles de montants de revenus de ménage ; veuillez indiquer l'intervalle qui correspond à votre revenu?		≤ 35.000 (Q) 1 01 [35.000 à 50.000] 02 [50.000 à 75.000] 03 [75.000 à 100.000] 04 [150.000 à 200.000] 05 [200.000 à 250.000] 06 [250.000 à 300.000] 07 [300.000 à 400.000] 08 [400.000 à 500.000] 09 > 500.000 10 Refuser 88		<input type="text"/> <input type="text"/>

--	--	--	--

**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"/>		Si Non, aller à S4*
<b>S 1b</b>	<u>Si Oui.</u> Fumez-vous quotidiennement ?	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>		Si Non, aller à S4*
<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"/>		Si Réponse connue, aller à S3a
<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>	(CODER 77 POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE)	Cigares, cigarillos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>S3e</b>		Autres:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>S3e1</b>	-----	Préciser Autre				

**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"/>		Si Non, aller à S6a
<b>S 5a</b>	<u>Si Oui.</u> Quel âge aviez-vous quand vous avez <b>arrêté</b> de fumer <b>quotidiennement</b> ?	Age (années) Ne se souvient pas	 77	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Si Réponse connue, aller à S 6a Si 77, aller à S 5b
<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"/>		Si Non, aller à S 8
<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 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 (INSCRIRE POUR CHAQUE TYPE)  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS CODER 88 POUR PAS APPLICABLE)  -----	Tabac à priser (voie orale)		<input type="checkbox"/>
<b>S7b</b>		Tabac à priser (voie nasale)		<input type="checkbox"/>
<b>S7c</b>		Tabac à mâcher		<input type="checkbox"/>
<b>S7d</b>		Feuilles de bétel		<input type="checkbox"/>
<b>S7e</b>		Autres		<input type="checkbox"/>
<b>S7e1</b>		← Préciser Autre		<input type="checkbox"/>
<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 Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<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 Non	1 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 ? UTILISER LES CARTES OU MONTRER DES EXEMPLES	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>A 1b</b>	Si oui, en avez-vous consommé ces <b>12 derniers mois</b> ?	(Entourer la réponse) Oui Non	1 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? (LIRE LES REPONSES) UTILISER LES CARTES	(Entourer la réponse) 5 jours ou plus/semaine 1 à 4 jours / semaine 1 à 3 jours /mois Moins d'1 fois / mois	1 2 3 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"/>
<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) (INSCRIRE POUR CHAQUE JOUR UTILISER LES CARTES)  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS)	Lundi		<input type="checkbox"/>
<b>A4b</b>		Mardi		<input type="checkbox"/>
<b>A4c</b>		Mercredi		<input type="checkbox"/>
<b>A4d</b>		Jeudi		<input type="checkbox"/>
<b>A4e</b>		Vendredi		<input type="checkbox"/>
<b>A4f</b>		Samedi		<input type="checkbox"/>
<b>A4g</b>		Dimanche		<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.			
D 1a	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours <b>consommez-vous des fruits</b> ? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de jours	<input type="text"/>
D 1b	Combien de <b>portions</b> de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de portions	<input type="text"/> <input type="text"/>
D 2a	Habituellement, au cours d'une semaine, sur combien de jours <b>consommez-vous des légumes</b> ? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de jours	<input type="text"/>
D 2b	Combien de <b>portions</b> de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées? <i>UTILISER LES CARTES</i>	Nombre de portions	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Si aucun jour,  
aller à la Section  
Suivante

ELARGI : Nutrition				
D 3	Préparez-vous habituellement vos repas à la maison ?	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
D 4a	Quelle sorte de <b>matière grasse</b> (huile, beurre...) utilisez-vous le <b>plus souvent</b> pour la préparation des repas à la maison ?  UTILISER LES CARTES EN CHOISIR UN SEUL  (CODER 77 POUR NE SAIT PAS)	Huile végétale raffinée Huile végétale non raffinée Lard ou graisse Beurre industriel (allégé) Beurre de karité Aucun en particulier Jamais de matière grasse utilisée dans la préparation des repas Je ne sais pas  Autres	0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7  77  0 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D4b	-----	Préciser Autres		
D 5a	Quelle est l'origine végétale de l'huile que vous utilisez le plus souvent pour la préparation des repas à la maison ?	(Entourer la réponse) <b>Palmier à huile</b> <b>Arachide</b> <b>Coprah</b> Maïs Soja Olive Colza Je ne sais pas Autre	1 2 3 4 5 6 7 77 88	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D5 b	-----	Préciser autre		

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

--	--	--	--

**Activité physique (Section P)**

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous passez sur différents types d'activités physiques. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.

Pensez tout d'abord au temps que vous consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, des tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser pour de la nourriture, de chercher un emploi. *[Ajouter d'autres exemples si nécessaires]*

<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?	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>	Si Oui, aller à P6
<b>P 2</b>	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques intenses, comme [soulever des charges lourdes, creuser, effectuer du travail de maçonnerie] pendant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P4
<b>P 3a</b>	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine	---	<input type="checkbox"/>	
<b>P 3b1</b> <b>P3b2</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 ou en Minutes seulement	hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>P 4</b>	Est-ce que votre travail comprend des activités physiques moyennement intenses, comme une marche rapide ou soulever une charge légère durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P6
<b>P 5a</b>	Habituellement, pendant combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques moyennement intenses dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours/semaine		<input type="checkbox"/>	
<b>P 5b1</b> <b>P5b2</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 Ou en minutes seulement	hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> 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?	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>	Si Non, aller à P9
<b>P 8a</b>	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Nombre de jours/semaine		<input type="checkbox"/>	
<b>P 8b1</b> <b>P8b2</b>	Lors d'une journée habituelle, pendant combien de temps vous déplacez-vous à pied ou à vélo?	En heures et minutes Ou en minutes seulement	hrs <input type="text"/> <input type="text"/> : mins <input type="text"/> <input type="text"/> <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?	<b>(Entourer la réponse)</b> Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> Si Oui, aller à P14a
<b>P 10</b>	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique intense comme courir ou pratiquer un sport nécessitant des efforts, soulever des poids, durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	<b>(Entourer la réponse)</b> Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> Si Non, aller à P 12
<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		
<b>P 11b2</b>		Ou en minutes seulement		
<b>P 12</b>	Durant votre temps libre, vous arrive-t-il d'effectuer une activité physique moyennement intense comme marcher rapidement, nager ou faire du vélo, durant au moins 10 minutes d'affilée? INSERER DES EXEMPLES & MONTRER LES CARTES	<b>(Entourer la réponse)</b> Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/> Si Non, aller à P 14a
<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		
<b>P 13b2</b>		Ou en minutes seulement		
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		
<b>P14b</b>		Ou en minutes seulement		



--	--	--	--

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 ?	(Entourer la réponse) 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 ?	(Entourer la réponse) 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 ?	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 3b</b>	Régime spécial prescrit	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 3c</b>	Conseil ou traitement pour perdre du poids	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 3d</b>	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 3e</b>	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	(Entourer la réponse) 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 ?	(Entourer la réponse) 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 ?	(Entourer la réponse) 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 ?	(Entourer la réponse) 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 ?	(Entourer la réponse) 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	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 8b</b>	Traitement oral (médicaments) que vous avez pris ces 2 dernières semaines ?	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 8c</b>	Régime spécial prescrit	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 8d</b>	Conseil ou traitement pour perdre du poids	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 8e</b>	Conseil ou traitement pour arrêter de fumer	(Entourer la réponse) Oui Non	1 2	<input type="checkbox"/>
<b>H 8f</b>	Conseil pour commencer une activité physique ou en faire plus	(Entourer la réponse) 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 ?	(Entourer la réponse) 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 ?	(Entourer la réponse) 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'hygiène 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="text"/>	
M 2a	Code de la toise et du pèse-personne	(2a) taille <input type="text"/>	(2b) poids <input type="text"/>	
M 2b				
M 3	Taille	(en centimètres)	<input type="text"/>	
M 4	Poids Si trop lourd pour le pèse-personne, codez 666.6	(en kilogrammes)	<input type="text"/>	
Tour de taille				
M 5	Code ID du technicien		<input type="text"/>	
M 6	Code ID ruban pour le tour de taille		<input type="text"/>	
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="text"/>	

Si Oui, Sauter M8

--	--	--	--

QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES –Mesures Physiques											
<b>M 9</b>	Tour de la hanche	(en centimètres)	□□□.□								
<b>Pression artérielle</b>				<b>Colonne de Saisie</b>							
<b>M 10</b>	Code ID du technicien		□□□								
<b>M 11</b>	Code ID pour la pression artérielle		□□□								
<b>M 12</b>	Largeur du brassard	<i>(Entourer la réponse)</i> <table> <tr> <td>Petit</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Normal</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Large</td> <td>3</td> </tr> </table>	Petit	1	Normal	2	Large	3	□		
Petit	1										
Normal	2										
Large	3										
<b>M 13a</b>	Mesure 1	Pression artérielle systolique	Systolique	Mm Hg	□□□						
<b>M 13b</b>		Pression artérielle diastolique	Diastolique	Mm Hg	□□□						
<b>M 14a</b>	Mesure 2	Pression artérielle systolique	Systolique	Mm Hg	□□□						
<b>M 14b</b>		Pression artérielle diastolique	Diastolique	Mm Hg	□□□						
<b>M 15a</b>	Mesure 3	Pression artérielle systolique	Systolique	Mm Hg	□□□						
<b>M 15b</b>		Pression artérielle diastolique	Diastolique	Mm Hg	□□□						
QUESTIONS SELECTIONNEES ELARGIES											
<b>M16</b>	Rythme cardiaque	<i>(Entourer la réponse)</i> <table> <tr> <td>Oui</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>2</td> </tr> </table>	Oui	1	Non	2	□				
Oui	1										
Non	2										
<b>M 16a</b>	Mesure 1	Battements par minute:	□□□								
<b>M 16b</b>	Mesure 2	Battements par minute:	□□□								
<b>M 16c</b>	Mesure 3	Battements par minute:	□□□								



--	--	--	--

**CENTRAL Blessure/ Violence Intentionnelle (suite)**

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 :	<b>(Entourer la réponse)</b> 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"/>
V5	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  Exprimez vos réponses	<b>(Entourer la réponse)</b> Jamais 1 Pratiquement jamais 2 Quelques fois 3 Pratiquement toujours 4 Toujours 5 Refuse de répondre 8	<input type="checkbox"/>
V6	Avez-vous transporté sur vous une arme à feu chargée en dehors de la maison dans les 30 jours précédents ? Si oui, justifiez pourquoi	<b>(Entourer la réponse)</b> Non 1 Pour protection 2 Pour le travail 3 Pour le sport 4 Ne sait pas 7 Refuse de répondre 8	<input type="checkbox"/>
V7	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 ?	<b>(Entourer la réponse)</b> 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"/>
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 plaît, soyez libre de refuser de répondre à cette question si tel est votre souhait			
V8	Avez-vous une fois expérimenté un acte sexuel entraînant une pénétration anale, orale, vaginale contre votre consentement ?	<b>(Entourer la réponse)</b> oui 1 Non 2 Ne sait pas 7 Refuse de répondre 8	<input type="checkbox"/>

*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><u>qu'il faut avoir confiance aux gens</u></b> ou <b><u>vous avez besoin d'être prudent</u></b> quand vous traitez une affaire avec eux ?	(Entourer la réponse) Nécessite d'être prudent On peut avoir confiance aux gens Ne sait pas Refuse de répondre	1 2 7 8	<input type="checkbox"/>
	Exprimez vos réponses			
EV2	Les gens ont le droit de tuer pour se défendre	(Entourer la réponse) Entièrement d'accord d'accord incertain contre Entièrement contre Ne sait pas Refuse de répondre	1 2 3 4 5 7 8	<input type="checkbox"/>
	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 ?	(Entourer la réponse) Tout le temps Quelques fois jamais n'a pas conduit les 30 jours précédents ne sait pas/pas sûr refuse de répondre	1 2 3 4 7 8	<input type="checkbox"/>
T2	Dans les 30 derniers jours, combien de fois avez-vous porté un casque quand vous roulez une moto ou une mobylette ?	(Entourer la réponse) Toujours Quelques fois jamais n'a pas roulé à moto les 30 jours précédents ne sait pas refuse de répondre	1 2 3 4 7 8	<input type="checkbox"/>
T3	Dans les 30 derniers jours, combien de fois avez-vous conduit quand vous avez eu plus de 2 consommations standard d'alcool ?	(Inscrire le nombre ou entourer la réponse) Nombre de fois ne sait pas refuse de répondre	---- 7 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

**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"/>	