

# **Instrument STEPS de l'OMS**

**(Modules de base et élargis)**



## **L'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques (STEPS)**

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)  
20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

*Pour de plus amples informations:*  
[www.who.int/ncds/steps](http://www.who.int/ncds/steps)



**Organisation  
mondiale de la Santé**

# Instrument STEPS

## Présentation générale

**Introduction** Ceci est l'Instrument STEPS standard que les pays/sites utiliseront pour développer leur propre Instrument. Il contient :

- Les modules de BASE pour chaque section (en clair)
- Les modules ELARGIS (foncés).

**Modules de base** Les modules de base incluent des questions nécessaires au calcul de variables-clé. Par exemple :

- fumeurs quotidiens et actuels
- IMC moyen.

**Note :** Toutes les questions de base devraient être posées, les enlever aurait un effet sur l'analyse.

**Modules élargis** Les modules élargis permettent d'obtenir des informations plus détaillées pour chaque facteur de risque. Les exemples sont les suivants :

- utilisation du tabac non fumé
- comportement sédentaire.

**Guide pour les colonnes** Le tableau ci-dessous est un guide court pour expliquer chaque colonne de l'Instrument.

Colonne	Description	Adaptations pour le site
Question	Chaque question devra être lue aux répondants.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sélectionnez les sections à utiliser.</li><li>• Ajoutez les questions élargies et optionnelles selon la nécessité.</li></ul>
Réponse	Cette colonne énumère les réponses possibles que l'enquêteur encerclera ou pour lesquelles il/elle remplira les cases prévues à cet effet. Les sauts apparaissent à la droite des réponses et devront être suivis minutieusement pendant l'entretien.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ajoutez les catégories spécifiques pour chaque pays/site dans les modules concernés (ex. C6).</li><li>• Changez les références qui sont faites pour les sauts.</li></ul>
Code	Cette colonne a été créée afin que les données de l'Instrument correspondent à celles de l'outil de saisie de données, à celles de la syntaxe pour l'analyse des données et à celles de la Note de synthèse.	Le code ne devra jamais être changé ou enlevé, il est utilisé comme identifiant général pour la saisie des données et l'analyse.



Numéro d'identification du répondant

# Questionnaire STEPS de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles

<Wallis et Futuna>

## Information sur l'enquête

Lieu et Date	Réponse	Code
Code ID du district	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	I1
Nom du village	<input type="text"/>	I2
Code ID de l'enquêteur	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	I3
Date de l'entretien (à laquelle le questionnaire a été rempli)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jour Mois Année	I4

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

## Step 1 Informations démographiques

## MODULE DE BASE: Informations démographiques

Questions	Réponses	Code
Sexe ( <i>observé</i> )	Homme 1 Femme 2	C1
Quelle est votre date de naissance ? <i>Ne sait pas 77 77 7777</i>	<div> <div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div><i>Si réponse connue, aller à C4</i></div> </div> <div> <div>Jour</div> <div>Mois</div> <div>Année</div> </div>	C2
Quel âge avez-vous ?	Années <div><div></div><div></div></div>	C3
En tout, combien d'années avez-vous passé à l'école ou à suivre une formation à plein temps (sans compter la maternelle) ?	Années <div><div></div><div></div></div>	C4

## ELARGI: Informations démographiques

Quel est le <b>plus haut niveau d'instruction</b> que vous avez atteint ?	Aucune instruction officielle 1 Moins que l'école primaire 2 Fin de l'école primaire 3 Fin du collège 4 Fin du lycée ou équivalent 5 École supérieure, Université 6 Diplôme post-universitaire obtenu 7 Refusé 88	C5
A quel milieu <b>socioculturel</b> appartenez-vous [insérer groupe ethnique / racial / sous-groupe culturel / autres] ?	Wallisien 1 Futunien 2 Papalangi 3 Refusé 88	C6
Quel est votre <b>état civil</b> ?	Jamais marié(e) 1 Marié(e) 2 Séparé(e) 3 Divorcé(e) 4 Veuf(ve) 5 Vie commune 6 Refusé 88	C7
Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre <b>activité professionnelle principale</b> ces 12 derniers mois ?  (UTILISER LES CARTES)	Employé(e) de l'Etat 1 Employé(e) dans le privé 2 Indépendant(e) 3 Bénévole 4 Étudiant(e) 5 Homme/femme au foyer 6 Retraité(e) 7 Sans emploi 8 Invalide 9 Refusé 88	C8
Combien de personnes âgées de plus de 18 ans, y compris vous-même, habitent dans votre maison ?	Nombre de personnes <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	C9

## Step 2 Mesures comportementales

**MODULE DE BASE : Consommation de tabac**

Je vais maintenant vous poser des questions sur plusieurs comportements relatifs à la santé. Cela inclut des comportements comme la consommation de tabac, d'alcool, de fruits et de légumes ainsi que l'activité physique. Commençons par le tabac.

Questions	Réponses		Code
Fumez-vous actuellement des <b>produits à base de tabac</b> tels que cigarettes, cigares ou pipes ? (UTILISER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à T8	T1	
Fumez-vous <b>quotidiennement</b> ?	Oui 1 Non 2	T2	
A quel âge avez-vous <b>commencé à fumer</b> ?	Âge (années) <input type="text"/> <input type="text"/> Ne sait pas 77 Si réponse connue, aller à T5a/T5aw	T3	
<b>Depuis quand</b> avez-vous commencé à fumer ?  (NOTER SEULEMENT POUR UNE PERIODE ET PAS LES TROIS)  Ne sait pas 77	En nombre d'années <input type="text"/> <input type="text"/> Si réponse connue, aller à T5a/T5aw	T4a	
	OU en mois <input type="text"/> <input type="text"/> Si réponse connue, aller à T5a/T5aw	T4b	
	OU en semaines <input type="text"/> <input type="text"/>	T4c	
<b>Quelle quantité</b> des produits suivants fumez-vous en moyenne chaque jour /semaine?  (SI MOINS DE CHAQUE JOUR, INSCRIRE CHAQUE SEMAINE)  (INSCRIRE LA QUANTITE POUR CHAQUE TYPE DE PRODUIT, UTILISER LES CARTES)  Ne sait pas 7777	CHAQUE JOUR↓ CHAQUE SEMAINE↓		
	Cigarettes industrielles <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5a/T5aw	
	Cigarettes roulées <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5b/T5bw	
	Autres <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si Autres, aller à T5other, autrement aller à T6	T5f/T5fw	
	Autres (à spécifier) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5other/ T5otherw	
Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez essayé d'arrêter de fumer ?	Oui 1 Non 2	T6	
Lors d'une visite chez un médecin ou un autre professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'on vous a conseillé d'arrêter de fumer ?	Oui 1 Si T2=Oui, aller à T12; si T2=Non, aller à T9 Non 2 Si T2=Oui, aller à T12; si T2=Non, aller à T9 Pas de visite au cours des 12 derniers mois 3 Si T2=Oui, aller à T12; si T2=Non, aller à T9	T7	
<b>Dans le passé</b> , avez-vous déjà fumé ? (UTILISER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à T12	T8	
Dans le passé, avez-vous déjà fumé <b>quotidiennement</b> ?	Oui 1 Si T1=Oui, aller à T12, autrement aller à T10 Non 2 Si T1=Oui, aller à T12, autrement aller à T10	T9	

## ELARGI : Consommation de tabac

MODULE DE BASE: Consommation d'alcool		
Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool.		
Questions	Réponses	Code
Avez-vous déjà <b>consommé</b> une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du cidre, du whisky, du rhum ou du champagne ? (UTILISER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à A16	A1
Avez-vous consommé une boisson alcoolisée <b>ces 12 derniers mois</b> ?	Oui 1 Si Oui, aller à A4 Non 2	A2
Est-ce que vous avez arrêté de boire de l'alcool <b>pour des raisons de santé</b> , par exemple à cause d'un impact négatif sur votre santé ou par conseil de votre médecin ou autre professionnel de santé ?	Oui 1 Si Oui, aller à A16 Non 2 Si Non, aller à A16	A3
Au cours des 12 derniers mois, à <b>quelle fréquence</b> avez-vous bu au moins <b>un verre standard d'alcool</b> ? (LIRE LES REPONSES, UTILISER LES CARTES)	Quotidiennement 1 5-6 jours par semaine 2 3-4 jours par semaine 3 1-2 jours par semaine 4 1-3 jours par mois 5 Moins d'une fois par mois 6 Jamais 7	A4
Avez-vous consommé une boisson alcoolisée <b>ces 30 derniers jours</b> ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à A13	A5
Au cours des 30 derniers jours, à <b>combien d'occasions</b> avez-vous bu au moins un verre standard d'alcool ?	Nombre Ne sait pas 77     Si zéro, aller à A13	A6
Au cours des 30 derniers jours, quand vous avez bu de l'alcool, combien de <b>verres standard d'alcool</b> avez-vous bu <b>en moyenne</b> , par occasion ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre Ne sait pas 77	A7
Au cours des 30 derniers jours, quel a été le <b>plus grand nombre</b> de verres standard d'alcool que vous ayez bu en une seule fois, en comptant tous les verres d'alcool ?	Le plus grand nombre de verres Ne sait pas 77	A8
Au cours des 30 derniers jours, à combien de fois avez-vous bu <b>six ou plus</b> de verres standard d'alcool en une seule occasion ?	Nombre d'occasions Ne sait pas 77	A9
Au cours des <b>7 derniers jours</b> , combien de verres standard d'alcool avez-vous bu chaque jour ?  (INSCRIRE POUR CHAQUE JOUR, UTILISER LES CARTES)  Ne sait pas 77	Lundi	A10a
	Mardi	A10b
	Mercredi	A10c
	Jeudi	A10d
	Vendredi	A10e
	Samedi	A10f
	Dimanche	A10g

ELARGI: Consommation d'alcool			
Au cours des <b>12 derniers mois</b> , combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	Quotidiennement ou presque	1	A13
	Une fois par semaine	2	
	Une fois par mois	3	
	Moins d'une fois par mois	4	
	Jamais	5	
Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous eu des problèmes de famille ou avec votre partenaire à cause de votre consommation d'alcool ?	Oui, plus qu'une fois par mois	1	A16
	Oui, chaque mois	2	
	Oui, plusieurs fois mais moins d'une fois par mois	3	
	Oui, une ou deux fois	4	
	Non	5	



**MODULE DE BASE: Hygiène alimentaire**

Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. Voilà une carte qui montre quelques exemples de fruits et légumes locaux. Chaque dessin correspond à une portion. En répondant à ces questions, pensez à une semaine type de l'année passée.

Questions	Réponses	Code
Habituellement, combien de jours par semaine <b>consommez-vous des fruits</b> ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si Ne sait pas 77 aucun jour, aller à D3	D1
Combien de <b>portions</b> de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ne sait pas 77	D2
Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne consommez pas plus de <b>fruits</b> ?	Ma consommation me paraît suffisante 1 Le prix 2 Difficultés d'approvisionnement 3 Préparation contraignante 4 Pas de fruits dans le jardin 5 Je n'aime pas les fruits 6 Ne sait pas 77 Refuse 88	
Habituellement, combien de jours par semaine <b>consommez-vous des légumes</b> ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si Ne sait pas 77 aucun jour, aller à D5	D3
Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne consommez pas plus de <b>légumes</b> ?	Ma consommation me paraît suffisante 1 Le prix 2 Difficultés d'approvisionnement 3 Préparation contraignante 4 Pas de jardin potager 5 Je n'aime pas les légumes 6 Ne sait pas 77 Refuse 88	
Combien de <b>portions</b> de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ne sait pas 77	D4
<b>Sel alimentaire</b>		
Par les questions ci-dessous, nous cherchons à en savoir plus sur votre consommation de sel. Par sel alimentaire, nous entendons le sel de table ordinaire, le sel non raffiné comme le sel marin, le sel iodé, les bouillons salés, en cubes ou en poudre et les sauces salées comme les sauces de poisson ou de soja (voir les cartes). Les questions suivantes portent sur le sel que vous ajoutez dans vos plats au moment de les consommer, sur votre façon de préparer vos plats à la maison, sur votre consommation de plats cuisinés riches en sel comme par exemple [insérer des exemples de plats spécifiques au pays]. D'autres questions portent sur le contrôle de votre apport en sel. Répondez à ces questions, même si vous considérez que vous mangez peu salé.		
Ajoutez-vous souvent du sel ou une sauce salée comme de la sauce de soja dans votre plat juste avant ou pendant que vous le mangez ? (CHOISIR UNE SEULE RÉPONSE) (UTILISER LES CARTES)	Toujours 1 Souvent 2 Parfois 3 Rarement 4 Jamais 5 Ne sait pas 77	D5
Ajoutez-vous souvent du sel, un assaisonnement salé ou une sauce salée lorsque vous cuisinez des plats à la maison ?	Toujours 1 Souvent 2 Parfois 3 Rarement 4 Jamais 5 Ne sait pas 77	D6

<p>Mangez-vous souvent des <b>aliments riches en sel</b> ? (ex : fromage, produits en conserve, tini pipi, sauce soyou, chips et biscuits salés, frites, pizza, etc.) (UTILISER LES CARTES)</p>	<p>Toujours 1 Souvent 2 Parfois 3 Rarement 4 Jamais 5 Ne sait pas 77</p>	<p align="center">D7</p>
<p>Selon vous, <b>quelle quantité de sel ou de sauce salée</b> consommez-vous ?</p>	<p>Beaucoup trop 1 Trop 2 Juste la quantité nécessaire 3 Trop peu 4 Bien trop peu 5 Ne sait pas 77</p>	<p align="center">D8</p>

**ELARGI: Hygiène alimentaire**

Question	Réponse	Code
<p>Pensez-vous que le fait de manger trop salé ou d'ajouter une sauce salée à vos plats puisse être source de <b>problèmes de santé</b> ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77</p>	<p align="center">D10</p>

<p>Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous consommé des <b>boissons sucrées</b> telles que des sodas, du coca, des sirops, des jus de fruits ? (UTILISER LES CARTES)</p>	<p>5 à 7 jours par semaine 1 2 à 4 jours par semaine 2 1 jour par semaine 3 1 à 3 jours par mois 4 Moins d'un jour par mois 5 Ne sait pas 77 Refuse 88</p>	<p><i>Si refuse, aller à la question N°53</i></p>	
<p>Combien de verres consommez-vous en moyenne lors d'une de ces journées ? (UTILISER LES CARTES)</p>	<p>Nombre de verres <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ne sait pas 77 Refuse 88</p>		
<p>A quel moment consommez-vous habituellement ces <b>boissons sucrées</b> ? Par repas, on entend petit-déjeuner, repas de midi et dîner (UTILISER CARTES)</p>	<p>Lors des repas 1 Entre les repas 2 Lors des repas et entre les repas 3 Ne sait pas 77 Refuse 88</p>		

MODULE DE BASE: Activité physique		
<p>Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous consacrez à différents types d'activité physique lors d'une semaine typique. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.</p> <p>Pensez tout d'abord au temps que vous y consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, de tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser.</p> <p>Dans les questions suivantes, les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, et les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.</p>		
Questions	Réponses	Code
<b>Travail</b>		
Est-ce que votre travail implique des activités physiques de forte intensité qui nécessitent une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, comme soulever des charges lourdes, travailler sur un chantier, effectuer du travail de maçonnerie pendant au moins 10 minutes d'affilée ?  (MONTRER LES CARTES)	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 Si Non, aller à P 4</p>	P1
Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P2
Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P3 (a-b)
Est-ce que votre travail implique des activités physiques d'intensité modérée, qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque, comme une marche rapide ou soulever une charge légère durant au moins 10 minutes d'affilée ?  (MONTRER LES CARTES)	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 Si Non, aller à P7</p>	P4
Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P5
Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail, combien de temps consacrez-vous à ces activités ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P6 (a-b)
<b>Se déplacer d'un endroit à l'autre</b>		
<p>Les questions suivantes excluent les activités physiques dans le cadre de votre travail, que vous avez déjà mentionnées.</p> <p>Maintenant, je voudrais connaître votre façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre ; par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller à l'église.</p>		
Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 Si Non, aller à P 10</p>	P7
Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	Nombre de jours <input type="text"/>	P8
Lors d'une journée habituelle, combien de temps consacrez-vous à vos déplacements à pied ou à vélo ?	Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P9 (a-b)

MODULE DE BASE: Activité physique, suite		
Question	Réponse	Code
<b>Activités de loisirs</b>		
Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées. Maintenant je souhaiterais vous poser des questions sur le sport et les activités de loisirs.		
Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité qui nécessitent une augmentation importante de la respiration ou du rythme cardiaque comme <i>courir ou jouer au rugby</i> pendant au moins dix minutes d'affilée ? (MONTRER LES CARTES)	Oui 1  Non 2 Si Non, aller à P 13	P10
Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	Nombre de jours	P11
Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes     :     hrs mins	P12 (a-b)
Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs d'intensité modérée qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque comme la marche rapide, <i>faire du vélo, nager, jouer au volley</i> pendant au moins dix minutes d'affilée ? (MONTRER LES CARTES)	Oui 1  Non 2 Si Non, aller à P 16	P13
Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	Nombre de jours	P14
Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes     :     hrs mins	P15 (a-b)

ELARGI: Activité physique		
<b>Comportement sédentaire</b>		
La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée, au travail, à la maison, en déplacement, à rendre visite à des amis, et inclut le temps passé assis devant un bureau, se déplacer en voiture, en bus, en train, à lire, jouer aux cartes ou à regarder la télévision, aller sur les réseaux sociaux, jouer à l'ordinateur ou la tablette, jouer au bingo mais n'inclut pas le temps passé à dormir. (MONTRER LES CARTES)		
Combien de temps passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ?	Heures : minutes     :     hrs mins	P16 (a-b)

**MODULE DE BASE: Antécédents de tension artérielle élevée**

Question	Réponse	Code
Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré votre tension artérielle ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H6</i>	H1
Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H6</i>	H2a
Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2	H2b
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments pour votre tension artérielle élevée prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2	H3
Avez-vous déjà vu un guérisseur traditionnel pour votre tension artérielle élevée ou pour de l'hypertension ?	Oui 1 Non 2	H4
Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre tension artérielle élevée ?	Oui 1 Non 2	H5

**MODULE DE BASE: Antécédents de diabète**

Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré votre glycémie ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H12</i>	H6
Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez du diabète ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H12</i>	H7a
Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2	H7b
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments pour votre diabète prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2	H8
Prenez-vous actuellement de l'insuline pour votre diabète prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2	H9
Avez-vous déjà vu un guérisseur traditionnel pour votre diabète ?	Oui 1 Non 2	H10
Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre diabète ?	Oui 1 Non 2	H11

**MODULE DE BASE: Antécédents de cholestérol élevé**

Question	Réponse	Code
Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré votre cholestérol (niveau de graisse dans votre sang) ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H17</i>	H12
Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cholestérol élevé ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non, aller à H17</i>	H13a
Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2	H13b
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments par voie orale pour votre cholestérol élevé prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2	H14
Avez-vous déjà vu un guérisseur traditionnel pour votre cholestérol élevé ?	Oui 1 Non 2	H15
Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d'herbes pour votre cholestérol élevé ?	Oui 1 Non 2	H16

**MODULE DE BASE: Antécédents des maladies cardio-vasculaires**

Avez-vous déjà eu une crise cardiaque ou une douleur à la poitrine due à une maladie cardiaque (angine de poitrine) ou un accident vasculaire cérébral ?	Oui 1 Non 2	H17
Prenez-vous actuellement de l'aspirine régulièrement afin de traiter ou de prévenir une maladie cardiaque ?	Oui 1 Non 2	H18
Prenez-vous actuellement des statines (Lovastatine/ Simvastatine/ Atorvastatine ou d'autres statines) régulièrement afin de traiter ou de prévenir une maladie cardiaque ?	Oui 1 Non 2	H19

**MODULE DE BASE: Conseils pour le mode de vie**

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été chez un médecin ou autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2 <i>Si Non et C1=1, aller à M1</i> <i>Si Non et C1=2, aller à CX1</i>	H20
Au cours des 3 dernières années, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a conseillé de faire une des choses suivantes ? (INSCRIRE POUR CHAQUE REPONSE)		
Arrêter de ou ne pas commencer à consommer du tabac	Oui 1 Non 2	H20a
Réduire votre consommation de sel	Oui 1 Non 2	H20b
Manger au moins 5 portions de fruits et/ ou légumes par jour	Oui 1 Non 2	H20c
Réduire votre consommation de graisse	Oui 1 Non 2	H20d
Commencer ou faire plus d'activité physique	Oui 1 Non 2	H20e
Maintenir un poids sain ou perdre du poids	Oui 1 Non 2	H20f
Réduire votre consommation des boissons sucrées	Oui 1 <i>Si C1=1 aller à M1</i> Non 2 <i>Si C1=1 aller à M1</i>	H20g

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

La question suivante concerne la prévention du cancer du col utérin. Il y a des examens différents pour le dépistage du cancer du col utérin, comme l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA), le frottis et le test du virus du papillome humain (VPH). L'IVA est une inspection de la surface du col utérin après l'avoir badigeonné d'acide acétique dilué (vinaigre). Pour le frottis et le test VPH, un médecin ou un infirmier/ une infirmière prélève un échantillon de cellules dans le vagin à l'aide d'une spatule en bois ou d'une brosse, et l'envoie au laboratoire d'analyses. Il est même possible qu'on vous a donné la spatule ou la brosse afin de faire le prélèvement vous-même. Le laboratoire détermine si les cellules sont normales si un frottis est fait, et il recherche la présence de VPH si un test VPH est fait.

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

## Step 2 Mesures physiques

MODULE DE BASE : Tension artérielle		
Question	Réponse	Code
Code ID de l'enquêteur	<span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span>	M1
Code ID pour le tensiomètre	<span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px;"></span>	M2
Largeur du brassard	<div style="text-align: right; padding-right: 10px;"> Petit 1  Moyen 2  Large 3 </div>	M3
Mesure 1	Systolique ( mmHg) <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span>	M4a
	Diastolique (mmHg) <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span>	M4b
Mesure 2	Systolique ( mmHg) <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span>	M5a
	Diastolique (mmHg) <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span>	M5b
Mesure 3	Systolique ( mmHg) <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span>	M6a
	Diastolique (mmHg) <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span>	M6b
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous suivi un traitement, prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé, pour une tension artérielle élevée ?	<div style="text-align: right; padding-right: 10px;"> Oui 1  Non 2 </div>	M7
MODULE DE BASE : Taille et poids		
Pour les femmes : Etes-vous enceinte?	<div style="text-align: right; padding-right: 10px;"> Oui 1 <i>Si Oui, aller à M 16</i>  Non 2 </div>	M8
Code ID de l'enquêteur	<span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span>	M9
Code ID de la toise et du pèse-personne	<div style="text-align: right; padding-right: 10px;"> Toise <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px;"></span>  Pèse-personne <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px;"></span> </div>	M10a M10b
Taille	en centimètres (cm) <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span> . <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px;"></span>	M11
Poids <i>Si trop lourd pour le pèse-personne, coder 666.6</i>	en kilogrammes (kg) <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span> . <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px;"></span>	M12
MODULE DE BASE : Tour de Taille		
Code ID pour le mètre ruban	<span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px;"></span>	M13
Tour de taille	en centimètres (cm) <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px;"></span> . <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px;"></span>	M14



## Step 3 Mesures biochimiques

MODULE DE BASE: Glycémie		
Question	Réponse	Code
Au cours des 12 dernières heures, avez-vous bu ou mangé quelque chose, autre que de l'eau ?	Oui 1 Non 2	B1
Code ID du technicien	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B2
Code ID de l'appareil	<input type="text"/> <input type="text"/>	B3
Heure de la prise de sang (0-24 heures)	Heures : minutes <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> hrs mins	B4
Glycémie à jeun [CHOISIR: MMOL/L OU MG/DL]	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	B5
Aujourd'hui, avez-vous pris de l'insuline ou d'autres médicaments prescrits par un médecin ou un autre professionnel de santé pour le diabète ?	Oui 1 Non 2 Non 2	B6
MODULE DE BASE: Sodium et créatinine urinaires		
Aviez-vous jeûner avant la collecte des urines ?	Oui 1 Non 2	B10
Code ID du technicien	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B11
Code ID de l'appareil	<input type="text"/> <input type="text"/>	B12
Heure de la prise des urines (0-24 heures)	Heures : minutes <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> hrs mins	B13
Sodium urinaire	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B14
Créatinine urinaire	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B15