**Instrument STEPS de l’OMS**

**(Modules de base et élargis)**



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

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

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

InstrumentSTEPS

#### Présentationgénérale

|  |  |
| --- | --- |
| 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. | * Sélectionnez les sections à utiliser. * Ajoutez les questions élargies et optionnelles selon la nécessité. |
| 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. | * Ajoutez les catégories spécifiques pour chaque pays/site dans les modules concernés (ex. C6). * Changez les références qui sont faites pour les sauts. |
| Code | Cette colonne a été créée afin que les données de l'Instrument correspondent à celles de l'outil de saisie de données, à celles de la syntaxe pour l'analyse des données et à celles de la Note de synthèse. | Le code ne devra jamais être changé ou enlevé, il est utilisé comme identifiant général pour la saisie des données et l'analyse. |

Instrument STEPS de l’OMS

pour la surveillance des facteurs de risque  
 des maladies chroniques

<insérer le nom du pays/site>

|  |
| --- |
| **Informationsurl'enquête** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu et Date | Réponse | Code |
| Code ID de la Wilaya | └─┴─┘ | I1 |
| Code ID de la Commune | └─┴─┴─┘ | I2 |
| Code ID du District | └─┴─┴─┘ | X1 |
| Code de l’enquêteur | **└─┴─┘** | I3 |
| Date de l’entretien (à laquelle l’Instrument a été rempli) | └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘  **Jour Mois Année** | I4 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Consentement, Langue utilisée pour l'entretien et Nom | Réponse | | Code |
| Le consentement a été lu et obtenu | Oui | 1 | I5 |
| Non | 2 **Si NON, FINIR l'entretien** |
| Langue de l’entretien | Français | 1 | I6 |
| *Arabe* | 2 |
| *Amazigh* | 3 |
|  |
| Heure de l’entretien (0-24h) | └─┴─┘: └─┴─┘  Hrs mins | | I7 |
| Nom de famille |  | | I8 |
| Prénom |  | | I9 |
| **Informations supplémentaires pouvant être utiles** | | | |
| Numéro de téléphone (dans la mesure du possible) |  | | I10 |

|  |
| --- |
| **Step 1 Informations démographiques** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE: Informations démographiques** | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| Sexe (*Enregistrer comme observé)* | Homme | 1 | C1 |
| Femme | 2 |
| Quelle est votre date de naissance?  *Ne sait pas 77 77 7777* | └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘*Si réponse connue, aller à C4*  Jour Mois Année | | C2 |
| Quel âge avez-vous? | Années | └─┴─┘ | C3 |
| 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 | └─┴─┘ | C4 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ELARGI: Informations démographiques** | | | |
| Quel est le **plus haut niveau d'instruction** que vous avez atteint ? | Aucune instruction officielle | 1 | C5 |
| Moins que l'école primaire (qui n’a pas eu sa 6ème) | 2 |
| Fin de l'école primaire (a eu sa 6ème) | 3 |
| Fin de l'école moyenne (a eu le BEF) | 4 |
| Fin du lycée ou équivalent , (a eu son Baccalauréat) | 5 |
| École supérieure, Université | 6 |
| Diplôme post-universitaire obtenu | 7 |
| Ecole coranique | 8 |
|  | Refusé | 88 |  |
| Quel est votre **état civil**? | Jamaismarié(e) | 1 | C7 |
| Marié(e) | 2 |
| Séparé(e) | 3 |
| Divorcé(e) | 4 |
| Veuf(ve) | 5 |
| Refusé | 88 |
| Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre **activité professionnelle principale** ces 12 derniers mois ?  *(UTILISER LES CARTES)* | Employé(e) de l'Etat | 1 | C8 |
| Employé(e) dans le privé | 2 |
| Indépendant(e) | 3 |
| Bénévole | 4 |
| Étudiant(e) | 5 |
| femme au foyer | 6 |
| Retraité(e) | 7 |
| Chômeur(se) | 8 |
| Invalide | 9 |
| Refusé | 88 |
| Combien de personnes âgées de plus de 18 ans, y compris vous-même, habitent dans votre maison ? | Nombre de personnes | └─┴─┘ | C9 |
| Combien de personnes au total habitent dans votre maison ? | Nombre de personnes | └─┴─┘ | X2 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELARGI: Informations démographiques,** suite | | | | |
| **Question** | **Réponse** | | | **Code** |
| En prenant comme référence **l'année passée**, pouvez-vous me dire quels ont été les revenus moyens du ménage ?  *(NOTER SEULEMENT POUR UNE PERIODE ET PAS LES TROIS)* | Par semaine | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘*Aller à T1* | | C10a |
| OU par mois | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘*Aller à T1* | | C10b |
| OU par année | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘*Aller à T1* | | C10c |
| Refusé | 88 | | C10d |
| Si vous ne connaissez pas le montant, pouvez-vous me donner une **estimation** du revenu annuel du ménage si je vous lis quelques montants ? Est-ce...  *(LIRE LES DIFFERENTS OPTIONS)* | ≤SMIG | | 1 | C11 |
| Plus que SMIG, ≤ 2x SMIG | | 2 |
| Plus que 2x SMIG, ≤ 3x SMIG | | 3 |
| Plus que 3xSMIG, ≤ 4x SMIG | | 4 |
| Plus que4xSMIG | | 5 |
| Ne sait pas | | 77 |
| Refusé | | 88 |

|  |
| --- |
| **Step 1 Mesurescomportementales** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE : Consommation de tabac** | | | |
| Je vais maintenant vous poser des questions sur plusieurs comportements relatifs à la santé. Cela inclut des comportements comme la consommation de tabac, d'alcool, de fruits et de légumes ainsi que l'activité physique. Commençons par le tabac. | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| Fumez-vous actuellement des **produits à base de tabac** tels que cigarettes, cigares ou pipes ?  *(UTILISER LES CARTES)* | Oui | 1 | T1 |
| Non | 2 *Si Non, aller à T8* |
| Fumez-vous **quotidiennement**? | Oui | 1 | T2 |
| Non | 2 |
| A quel âge avez-vous **commencé à fumer**? | Âge (années) | **└─┴─┘** *Si réponse connue, aller à T5a/T5aw* | T3 |
| Ne sait pas 77 |
| **Depuis quand** avez-vous commencé à fumer?  *(NOTER SEULEMENT POUR UNE PERIODE ET PAS LES TROIS)*  *Ne sait pas 77* | En nombre d'années | **└─┴─┘***Si réponse connue, aller à T5a/T5aw* | T4a |
| OU en mois | **└─┴─┘***Si réponse connue, aller à T5a/T5aw* | T4b |
| OU en semaines | **└─┴─┘** | T4c |
| **Quelle quantité** 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 | └─┴─┴─┴**─┘ou**└─┴─┴─┴**─┘** | T5a/T5aw |
| Cigarettes roulées | └─┴─┴─┴**─┘ou**└─┴─┴─┴**─┘** | T5b/T5bw |
| Pipes | └─┴─┴─┴**─┘ou**└─┴─┴─┴**─┘** | T5c/T5cw |
| Cigars, cigarillos | └─┴─┴─┴**─┘ou**└─┴─┴─┴**─┘** | T5d/T5dw |
| Nombre de séances chicha | └─┴─┴─┴**─┘ou**└─┴─┴─┴**─┘** | T5e/T5ew |
| Autres | └─┴─┴─┴**─┘ou**└─┴─┴─┴**─┘***Si Autres, aller à T5other, autrement aller à T6* | T5f/T5fw |
| Autres (à spécifier) : | └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ | T5other/  T5otherw |
| Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez essayé d’arrêter de fumer ? | Oui | 1 | T6 |
| Non | 2 |
| 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 Oui, aller à T12;* | T7 |
| Non | 2 |
| Pas de visite au cours des 12 derniers mois | 3 |
| **Dans le passé**, avez-vous déjà fumé?  *(UTILISER LES CARTES)* | Oui | 1 | T8 |
| Non | 2 *Si Non, aller à T12* |
| Dans le passé, avez-vous déjà fumé **quotidiennement** ? | Oui | 1 *Si Oui, aller à T12, autrement aller à T10* | T9 |
| Non | 2 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ELARGI : Consommation de tabac** | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| Quel âge aviez-vous quand vous avez **arrêté** de fumer? | Âge (années) | **└─┴─┘***Si réponse connue, aller à T12* | T10 |
| Ne sait pas 77 |
| **Depuis quand** avez-vous arrêté de fumer?  *(NOTER SEULEMENT POUR UNE PERIODE ET PAS LES TROIS)*  *Ne sait pas 77* | En nombre d'années | **└─┴─┘***Si réponse connue, aller à T12* | T11a |
| OU en mois | **└─┴─┘***Si réponse connue, aller à T12* | T11b |
| OU en semaines | **└─┴─┘** | T11c |
| Consommez-vous **actuellement** du **tabac non fumé** tel que *tabac à priser, tabac à snifer, tabac à mâcher* ?  *(UTILISER LES CARTES)* | Oui | 1 | T12 |
| Non | 2 *Si Non, aller à T15* |
| En consommez-vous **quotidiennement** ? | Oui | 1 | T13 |
| Non | 2 *Si Non, aller àT14aw* |
| En moyenne, **combien de fois par jour/semaine** consommez-vous les produits suivants ?  *(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↓ | | |
| Tabac à priser (voie orale) | └─┴─┴─┴**─┘**└─┴─┴─┴**─┘** | T14a/  T14aw |
| Tabac à snifer | └─┴─┴─┴**─┘**└─┴─┴─┴**─┘** | T14b/  T14bw |
| Tabac à mâcher | └─┴─┴─┴**─┘**└─┴─┴─┴**─┘** | T14c/  T14cw |
| Autres | └─┴─┴─┴**─┘**└─┴─┴─┴**─┘***Si Autres, aller à T14other,* | T14e/  T14ew |
| Autres (à spécifier) : | └─┴─┴─┴─┴─┴─┘  *Si T13=Non, aller à T16,autrement aller à T17* | T14other/  T14otherw |
| Dans le passé, avez-vous **déjà consommé** du tabac non fumé tel que *tabac à priser, tabac à snifer, tabac à mâcher?* | Oui | 1 | T15 |
| Non | 2 *Si Non, aller à T17* |
| Dans le passé, avez-vous **déjà consommé quotidiennement** du tabac non fumé tel que *tabac à priser, tabac à mâcher ?* | Oui | 1 | T16 |
| Non | 2 |
| Au cours des 30 derniers jours, quelqu’un a-t-il fumé **chez vous**? | Oui | 1 | T17 |
| Non | 2 |
| Au cours des 30 derniers jours, quelqu’un a-t-il fume dans dans des **zones fermées sur votre lieu de travail** (dans le bâtiment, dans une zone de travail ou dans un bureau spécifique) ? | Oui | 1 | T18 |
| Non | 2 |
| Ne travaille pas dans une zone fermée | 3 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Politique de lutte antitabac** | | | | | |
| Vous avez auparavant répondu à des questions sur la consommation du tabac. Les questions ci-dessous portent sur les politiques de lutte antitabac. Vous répondrez notamment à des questions sur votre exposition aux médias et à la publicité, sur la promotion de la cigarette, les mises en garde sanitaires et l’achat des cigarettes. | | | | | |
| **Question** | | **Réponse** | | **Code** | |
| Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué dans les médias suivants des informations sur les dangers de la cigarette ou qui encouragent le sevrage ?  *(RÉPONDRE POUR CHAQUE MÉDIA)* | | | | |  |
| Journaux ou magazines | Oui  n | | 1 | | TP1a |
| Non | | 2 | |
| Ne sait pas | | 77 | |
| Télévision | Oui  n | | 1 | | TP1b |
| Non | | 2 | |
| Ne sait pas | | 77 | |
| Radio | Oui  n | | 1 | | TP1c |
| Non | | 2 | |
| Ne sait pas | | 77 | |
| Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des **affiches** ou **panneaux** publicitaires sur la cigarette dans les magasins vendant des cigarettes ? | Oui  n | | 1 | | TP2 |
| Non | | 2 | |
| Ne sait pas | | 77 | |
| Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué l’une quelconque des formes ci-dessous de promotion de la cigarette  ?  *(RÉPONDRE POUR CHACUNE)* | | | | |  |
| Échantillons gratuits de cigarettes | Oui  n | | 1 | | TP3a |
| Non | | 2 | |
| Ne sait pas | | 77 | |
| Cigarettes à prix réduit | Oui  n | | 1 | | TP3b |
| Non | | 2 | |
| Ne sait pas | | 77 | |
| Vêtements ou autres articles portant le logo ou le nom de marque d’une cigarette | Oui  n | | 1 | | TP3e |
| Non | | 2 | |
| Ne sait pas | | 77 | |
| *Les questions de TP4 à TP7 concernent uniquement les fumeurs.* | | | | | |
| Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des **mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes** ? | Oui | | 1 | | TP4 |
| Non | | *2 Si Non, aller à TP6* | |
| N’a vu aucun paquet de cigarettes | | *3 Si N’a vu aucun paquet de cigarettes aller à TP6* | |
| Ne sait pas | | 77 *Si Ne sait pas aller à TP6* | |
| Au cours des 30 derniers jours, des mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes vous ont-ils conduit à **envisager de cesser de fumer**? | Oui  n | | 1 | | TP5 |
| Non | | 2 | |
| Ne sait pas | | 77 | |
| La dernière fois que vous vous êtes acheté des cigarettes manufacturées, **quelle quantité** avez-vous acheté au total ? | Nombre de cigarettes | | └─┴─┴─┴**─┘**  *Si Ne sait pas ou Ne fume pas ni n’achète de cigarettes manufacturées aller à A1* | | TP6 |
| Ne sait pas ou Ne fume pas ni n’achète de cigarettes manufacturées 7777 | |
| Au total, **combien avez-vous dépensé** pour cet achat ? | Montant | | └─┴─┴─┴─**┘** | | TP7 |
| Ne sait pas | | 7777 | |
| Refusé | | 8888 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE: Consommation d'alcool** | | | |
| Les questions suivantes concernent la consommation d’alcool. | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| Avez-vous déjà **consommé** une boisson alcoolisée comme de la bière, du vin, de la liqueur, du cidre du legmi ou boissons provenant de la fermentation de dattes?  *(UTILISER LES CARTES OU MONTRER DES EXEMPLES)* | Oui | 1 | A1 |
| Non | 2 *Si Non, aller àD1* |
| Avez-vous consommé une boisson alcoolisée **ces 12 derniers mois** ? | Oui | 1 *Si Oui, aller à A4* | A2 |
| Non | 2 |
| Est-ce que vous avez arrêté de boire de l’alcool **pour des raisons de santé**, par exemple à cause d’un impact négatif à votre santé ou par conseil de votre médecin ou autre professionnel de santé ? | Oui | 1 *Si Oui, aller à D1* | A3 |
| Non | 2 *Si Non, aller à D1* |
| Au cours des 12 derniers mois, **à quelle fréquence** avez-vous bu au moins **un verre standard d’alcool** ?  *(LIRE LES REPONSES, UTILISER LES CARTES)* | Quotidiennement | 1 | A4 |
| 5-6jours par semaine | 2 |
| 3-4 jours par semaine | 3 |
| 1-2jours par semaine | 4 |
| 1-3 jours par mois | 5 |
| Moins d'une fois par mois | 6 |
| Avez-vous consommé une boisson alcoolisée **ces 30 derniers jours** ? | Oui | 1 | A5 |
| Non | 2 *Si Non, aller à D1* |
| Au cours des 30 derniers jours, **à combien d'occasions** avez-vous bu au moins un verre standard d’alcool ? | Nombre  Ne sait pas 77 | └─┴─┘ | A6 |
| Au cours des 30 derniers jours, quand vous avez bu de l'alcool, combien de **verres standards d'alcool** avez-vous bu **en moyenne**, par occasion ?  *(UTILISER LES CARTES)* | Nombre  Ne sait pas 77 | └─┴─┘ | A7 |
| Au cours des 30 derniers jours, quel a été le **plus grand nombre** 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  **six ou plus**de verres standards d'alcool en une seule occasion ? | Nombre d'occasions Ne sait pas 77 | └─┴─┘ | A9 |
| Au cours des**7 derniers jours**, combien de verres standards 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE: Consommation d'alcool,** suite | | | |
| Je viens de vous poser des questions concernant votre consommation d’alcool au cours des 7 derniers jours. Ces questions étaient sur l’alcool en général, tandis que les questions suivantes concernent votre consommation d’alcool brassé à la maison, d’alcool importé d’un autre pays, d’alcool non destiné à la consommation ou d’autre alcool exempt de taxes. S’il vous plaît, considérez seulement ces types d’alcool en répondant aux questions suivantes. | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| Au cours des**7 derniers jours**, avez-vous consommé de l’alcool **brassé à la maison**, de l’alcool **importé d’un autre pays**, de l’alcool **non destiné à la consommation** ou d’autre alcool **exempt de taxes**?  *(UTILISER LES CARTES)* | Oui | 1 | A11 |
| Non | 2 *Si Non, aller àD1* |
| En moyenne, **combien de verres standard d’alcool** des types suivants avez-vous consommé **ces 7 derniers jours** ?  *(UTILISER LES CARTES)*  *Ne sait pas 77* | Liqueur brassé à l a maison | **└─┴─┘** | A12a |
| Bière ou vin brassé à la maison | **└─┴─┘** | A12b |
| Alcool importé d’un autre pays | **└─┴─┘** | A12c |
| Alcool non destiné à la consommation, par exemple des médicaments à la base d’alcool, du parfum, de l’après-rasage | **└─┴─┘** | A12d |
| Autre alcool exempt des taxes dans le pays | **└─┴─┘** | A12e |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE: Hygiène alimentaire** | | | | |
| Les questions suivantes portent sur votre consommation habituelle de fruits et légumes. Voilà une carte qui montre quelques exemples de fruits et légumes locaux. Chaque dessin correspond à une portion. En répondant à ces questions, pensez à une semaine type de l’année passée. | | | | |
| **Question** | **Réponse** | | | **Code** |
| Habituellement, combien de jours par semaine **consommez-vous des fruits** ?  *(UTILISER LES CARTES)* | Nombre de jours Ne sait pas 77 | └─┴─┘ Si aucun jour, aller à D3 | | D1 |
| Combien de **portions** de fruits mangez-vous lors d’une de ces journées ?  *(UTILISER LES CARTES)* | Nombre de jours Ne sait pas 77 | └─┴─┘ | | D2 |
| Habituellement, combien de jours par semaine **consommez-vous des légumes** ?  *(UTILISER LES CARTES)* | Nombre de jours Ne sait pas 77 | └─┴─┘ Si aucun jour, aller à D5 | | D3 |
| Combien de **portions** de légumes mangez-vous lors d’une de ces journées ?  *(UTILISER LES CARTES)* | Nombre de jours Ne sait pas 77 | └─┴─┘ | | D4 |
| **Sel alimentaire** | | | | |
| Par les questions ci-dessous, nous cherchons à en savoir plus sur votre consommation de sel. Par sel alimentaire, nous entendons le sel de table ordinaire, le sel non raffiné comme le sel marin, le sel iodé, les bouillons salés, en cubes ou en poudre et les sauces salées comme les sauces de poisson ou de soja (voir la fiche). Les questions suivantes portent sur le sel que vous ajoutez dans vos plateau moment de les consommer, sur votre façon de préparer vos plats à la maison, sur votre consommation de plats cuisinés riches en sel comme par exemple de la viande séchée au sel. 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 moutarde, harissa**  dans votre plat juste avant ou pendant que vous le mangez ?  *(EN CHOISIR UNE SEULE RÉPONSE)*  *(UTILISER LES CARTES)* | Toujours | | 1 | D5 |
| Souvent | | 2 |
| Parfois | | 3 |
| Rarement | | 4 |
| Jamais | | 5 |
| Ne sait pas | | 77 |
| **Ajoutez-vous** souvent **du sel, un assaisonnement salé ou une sauce salée** lorsque vous cuisinez des plats à la maison ? | Toujours | | 1 | D6 |
| Souvent | | 2 |
| Parfois | | 3 |
| Rarement | | 4 |
| Jamais | | 5 |
| Ne sait pas | | 77 |
| Mangez-vous souvent des **plats cuisinés riches en sel**?On entend par « plat cuisiné riche en sel » des aliments dont on a modifié la nature, comme des en-cas salés préemballés, des conserves salées, des plats salés de restauration rapide, des olives ou légumes conservés au sel, des tomates séchées, ou des plats préparés avec du beurre ou de la graisse salés.  *(UTILISER LES CARTES)* | Toujours | | 1 | D7 |
| Souvent | | 2 |
| Parfois | | 3 |
| Rarement | | 4 |
| Jamais | | 5 |
| Ne sait pas | | 77 |
| Selon vous, **quelle quantité de sel ou de sauce salée** consommez-vous ? | Beaucoup trop | | 1 | D8 |
| Trop | | 2 |
| Juste la quantité nécessaire | | 3 |
| Trop peu | | 4 |
| Bien trop peu | | 5 |
| Ne sait pas | | 77 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELARGI: Hygiène alimentaire** | | | | | | | | |
| **Question** | | **Réponse** | | | | **Code** | |
| En quoi est-ce important pour vous de **réduire votre consommation de sel** ? | | Très important | | 1 | | D9 | |
| Assez important | | 2 | |
| Pas important du tout | | 3 | |
| Ne sait pas | | 77 | |
| Pensez-vous que le fait de manger trop salé ou d’ajouter une sauce salée à vos plats puisse être source de **problèmes de santé**? | | Oui | | 1 | | D10 | |
| Non | | 2 | |
| Ne sait pas | | 77 | |
| Prenez-vous régulièrement l’une ou l’autre des mesures ci-dessous pour **contrôler votre apport en sel** ? *(RÉPONDRE POUR CHAQUE QUESTION)* | | | | | | | |
| Limiter la consommation de plats cuisinés salés | | Oui | | | 1 | D11a | |
| Non | | | 2 |
| Vérifier la teneur en sel indiquée sur les étiquettes | | Oui | | | 1 | D11b | |
| Non | | | 2 |
| Acheter des substituts du sel et/ou du sodium | | Oui | | | 1 | D11c | |
| Non | | | 2 |
| Utiliser des épices autres que le sel dans la préparation des plats | | Oui | | | 1 | D11d | |
| Non | | | 2 |
| Éviter de manger des plats préparés ailleurs qu’à domicile | | Oui | | | 1 | D11e | |
| Non | | | 2 |
| Toute autre mesure destinée spécifiquement à contrôler votre apport en sel | | Oui | | | 1 *Si Oui, aller à D11other* | D11f | |
| Non | | | 2 |
| Autre (spécifier) | | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ | | | | D11other | |
| Quelle sorte de **matière grasse** utilisez-vous le **plus souvent** pour la préparation des repas à la maison ?  *(EN CHOISIR UNE SEULE)*  *(UTILISER LES CARTES)* | | Huile végétale | | 1 | | | | D12 | |
| graisse animale /smen | | 2 | | | |
| Beurre ou beurre allégé | | 3 | | | |
| Margarine | | 4 | | | |
| Autres | | 5*Si Autres, aller à D12other* | | | |
| Aucune en particulier | | 6 | | | |
| Aucune utilisée | | 7 | | | |
| huile d’olive | | 8 | | | |
| Ne sait pas | | 77 | | | |  | |
| Autres (à spécifier) : | | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ | | | | D12other | |
| En moyenne, combien mangez-vous de repas par semaine n'ayant pas été préparés à la maison ? Par repas, on entend petit-déjeuner, repas de midi et dîner. | | Nombre  Ne sait pas 77 | | └─┴─┘ | | | | D13 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE: Activité physique** | | | |
| Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous consacrez à différents types d’activité physique lors d'une semaine typique. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu’un d’actif.  Pensez tout d’abord au temps que vous y consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, de tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser, de chercher un emploi. Dans les questions suivantes, les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, et les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque. | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| **Travail** | | | |
| 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)* | Oui | 1 | P1 |
| Non | 2  *Si Non, aller à P 4* |
| Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail ? | Nombre de jours | └─┘ | 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 | └─┴─┘: └─┴─┘  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)* | Oui | 1 | P4 |
| Non | 2 *Si Non, aller à P7* |
| Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail ? | Nombre de jours | └─┘ | 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 | └─┴─┘: └─┴─┘  Hrs mins | P6 (a-b) |
| **Se déplacer d'un endroit à l'autre** | | | |
| Les questions suivantes excluent les activités physiques dans le cadre de votre travail, que vous avez déjà mentionnées.  Maintenant, je voudrais connaître votre façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre ; par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller à votre lieu consacré au culte. | | | |
| Est-ce que vous effectuez des trajets d’au moins 10 minutes à pied ou à vélo ? | Oui | 1 | P7 |
| Non | 2  *Si Non, aller à P 10* |
| Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d’au moins 10 minutes à pied ou à vélo ? | Nombre de jours | └─┘ | P8 |
| Lors d’une journée habituelle, combien de temps consacrez-vous à vos déplacements à pied ou à vélo ? | Heures : minutes | └─┴─┘: └─┴─┘  Hrs mins | P9 (a-b) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE: Activité physique,** suite | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| **Activités de loisirs** | | | |
| Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées.  Maintenant je souhaiterais vous poser des questions sur le sport, le fitness et les activités de loisirs. | | | |
| Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité qui nécessitent une augmentation importante de la respiration ou du rythme cardiaque comme *courir ou jouer au football* pendant au moins dix minutes d'affilée ?  *(MONTRER LES CARTES)* | Oui | 1 | P10 |
| Non | 2  *Si Non, aller à P 13* |
| 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 *faire du vélo, nager, jouer au volley* pendant au moins dix minutes d'affilée ?  *(MONTRER LES CARTES)* | Oui | 1 | P13 |
| Non | 2  *Si Non, aller à P 16* |
| 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** | | | |
| **Comportement sédentaire** | | | |
| La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée, au travail, à la maison, en déplacement, à rendre visite à des amis, et inclut le temps passé assis devant un bureau, se déplacer en voiture, en bus, en train, à lire, jouer aux cartes ou à regarder la télévision mais n'inclut pas le temps passé à dormir.  *(MONTRER LES CARTES)* | | | |
| Combien de temps passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ? | Heures : minutes | └─┴─┘: └─┴─┘  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 | H1 |
| Non | 2*Si Non, aller à H6* |
| 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 | H2a |
| Non | 2  *Si Non, aller à H6* |
| Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ? | Oui | 1 | H2b |
| Non | 2 |
| 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 | H3 |
| Non | 2 |
| Avez-vous déjà vu un guérisseur traditionnel pour votre tension artérielle élevée ou pour de l’hypertension ? | Oui | 1 | H4 |
| Non | 2 |
| Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d’herbes pour votre tension artérielle élevée ? | Oui | 1 | H5 |
| Non | 2 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE: Antécédents de diabète** | | | |
| Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré votre glycémie ? | Oui | 1 | H6 |
| Non | 2 *Si Non, aller à H12* |
| Est-ce qu’un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez du diabète ? | Oui | 1 | H7a |
| Non | 2  *Si Non, aller à H12* |
| Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ? | Oui | 1 | H7b |
| Non | 2 |
| 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 | H8 |
| Non | 2 |
| Prenez-vous actuellement de l’insuline pour votre diabète prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ? | Oui | 1 | H9 |
| Non | 2 |
| Avez-vous déjà vu un guérisseur traditionnel pour votre diabète ? | Oui | 1 | H10 |
| Non | 2 |
| Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d’herbes pour votre diabète ? | Oui | 1 | H11 |
| Non | 2 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | H12 |
| Non | 2 *Si Non, aller à H17* |
| Est-ce qu’un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cholestérol élevé ? | Oui | 1 | H13a |
| Non | 2 *Si Non, aller à H17* |
| Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ? | Oui | 1 | H13b |
| Non | 2 |
| 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 | H14 |
| Non | 2 |
| Avez-vous déjà vu un guérisseur traditionnel pour votre cholestérol élevé ? | Oui | 1 | H15 |
| Non | 2 |
| Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d’herbes pour votre cholestérol élevé ? | Oui | 1 | H16 |
| Non | 2 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | H17 |
| Non | 2 |
| Prenez-vous actuellement de l’aspirine régulièrement afin de traiter ou de prévenir une maladie cardiaque ? | Oui | 1 | H18 |
| Non | 2 |
| Prenez-vous actuellement des statines (Lovastatine/Simvastatine/Atorvastatine ou d’autres statines) régulièrement afin de traiter ou de prévenir une maladie cardiaque ? | Oui | 1 | H19 |
| Non | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODULE OPTIONNEL: Antécédents du cancer** | | | | | | | | |
| Je voudrais maintenant savoir s’il y a eu notion de cancer concernant vous ou votre famille. | | | | | | | | |
| Est-ce que vous avez eu vous-même un cancer ? | | Oui | | | 1 | | X7 | |
| Non | | | 2 *Si Non, aller à X10* | |
| Où était la localisation primitive du cancer ? | | Poumon | | 1 | | | X8 | |
| sein | | 2 | | |
| colon-rectum | | 3 | | |
| col -uterus | | 4 | | |
| thyroide | | 5 | | |
| Autre | | 6 | | |
| précisez | | ……………………… | | | X8other | |
| Quel âge aviez-vous à la date de diagnostic? | | Âge (en années) | | **└─┴─┘** | | | X9 | |
| Ne sait pas 77 | |
| Est-ce que un membre de votre famille (mère, père, frère ou sœur)  a déjà eu un cancer? | | Oui | | 1 | | | X10 | |
| Non | | 2 *Si Non, aller à X12* | | |
| Ne sait pas | | 77 | | |
| Est-il toujours en vie ? | | Oui | | 1 | | |  | |
| Non | | 2 | | | X11 | |
| Ne sait pas | | 77 | | |  | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE: Conseils pour le mode de vie** | | | |
| 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 | H20a |
| Non | 2 |
| Réduire votre consommation de sel | Oui | 1 | H20b |
| Non | 2 |
| Manger au moins 5 portions de fruits et/ ou légumes par jour | Oui | 1 | H20c |
| Non | 2 |
| Réduire votre consommation de graisse | Oui | 1 | H20d |
| Non | 2 |
| Commencer ou faire plus d’activité physique | Oui | 1 | H20e |
| Non | 2 |
| Maintenir un poids sain ou perdre du poids | Oui | 1 *Si C1=1 aller à V1* | H20f |
| Non | 2 *Si C1=1 aller à V1* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE(pour les femmes seulement): Dépistage du cancer du colutérin** | | | |
| La question suivante concerne la prévention du cancer du col utérin. Il y a des examens différents pour le dépistage du cancer du col utérin, comme l’inspection visuelle à l’acide acétique (IVA), le frottis et le test du virus du papillome humain (VPH). L’IVA est une inspection de la surface du col utérin après l’avoir badigeonné d’acide acétique dilué (vinaigre). Pour le frottis et le test VPH, un médecin ou un infirmier/ une infirmière prélève un échantillon de cellules dans le vagin à l’aide d’une spatule en bois ou d’une brosse, et l’envoie au laboratoire d’analyses. Il est même possible qu’on vous a donné la spatule ou la brosse afin de faire le prélèvement vous-même. Le laboratoire détermine si les cellules sont normales si un frottis est fait, et il recherche la présence de VPH si un test VPH est fait. | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| Est-ce que vous avez déjà eu un examen pour le dépistage du cancer du col utérin en utilisant une des méthode expliquées ci-dessus ? | Oui | 1 | CX1 |
| Non | 2 |
| Ne sait pas | 77 |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE : Traumatismes, suite** | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| Parmi les différentes causes ci-contre, indiquez celle qui a causé ce traumatisme. | Chute | 1 | V6 |
| Brûlure | 2 |
| Empoisonnement | 3 |
| Coupure | 4 |
| Quasi-noyade | 5 |
| Morsure d’un animal | 6 |
| Autre (spécifiez) | 7 *Si Autres, aller à V6other* |
| Ne sait pas | 77 |
| Refusé | 88 |
| Autre (spécifiez) | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ | V6other |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Où vous trouviez-vous lorsque vous avez subi ce traumatisme ? | Maison | 1 | V7 |
| École | 2 |
| Travail | 3 |
| Route/rue/autoroute | 4 |
| Ferme | 5 |
| Terrain de sport/d’athlétisme | 6 |
| Autre (spécifiez) | 7 *Si Autres, aller à V7other* |
| Ne sait pas | 77 |
| Refusé | 88 |
| Autre (spécifiez) | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ | V7other |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE :Santé bucco-dentaire,** suite | | | | | | | | | |
| **Question** | | | **Réponse** | | | | **Code** | | |
| 10 | Quelle était **la raison principale** de votre dernière consultation chez le dentiste ou l’agent de santé qui soigne les dents ? | | | Consultation / conseil | | 1 | O8 | | |
| Douleur ou problème avec dents, gencives, bouche | | 2 |
| Traitement / suite traitement | | 3 |
| Contrôle de routine | | 4 |
| Autres | | 5 *Si Autres, aller à 08other* |
| Autres (préciser) | | └─┴─┴─┴─┴─┘ | O8other | | |
| 11 | **À quelle fréquence** vous **nettoyez-vous /brossez-vous les dents**? | | Jamais | | | 1 *Si Jamais, aller à O13a* | O9 | | |
| Une fois par mois | | | 2 |
| 2-3 fois par mois | | | 3 |
| Une fois par semaine | | | 4 |
| 2-6 fois par semaine | | | 5 |
| Une fois par jour | | | 6 |
| 2 fois ou plus par jour | | | 7 |
| 12 | Utilisez-vous de la **pâte dentifrice** pour nettoyer vos dents ? | | Oui | | | 1 | O10 | | |
| Non | | | 2 *Si Non, aller à 012a* |
| 13 | La **pâte dentifrice** que vous utilisez contient-elle du **fluor** ? | | Oui | | | 1 | O11 | | |
| Non | | | 2 |
| Ne sait pas | | | 77 |
| 14 | Utilisez-vous les objets suivants pour **nettoyer vos dents** ?  *(INSCRIRE POUR CHACUN DES ITEMS)* | |  | | |  |  | | |
| Brosse à dents | | Oui | | | 1 | O12a | | |
| Non | | | 2 |
| Cure-dents en bois | | Oui | | | 1 | O12b | | |
| Non | | | 2 |
| Cure-dents en plastique | | Oui | | | 1 | O12c | | |
| Non | | | 2 |
| Fil (Fil inter-dentaire) | | Oui | | | 1 | O12d | | |
| Non | | | 2 |
| Charbon | | Oui | | | 1 | O12e | | |
| Non | | | 2 |
| Brosse à dents végétale / bâtonnet frotte-dents | | Oui | | | 1 | O12f | | |
| Non | | | 2 |
| Autres | | Oui | | | 1  *Si Oui, aller à O12other* | O12g | | |
| Non | | | 2 |
| Autres (préciser) | | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ | | | | O12other | | |
| 15 | Au cours des 12 derniers mois, à cause de **l’état de santé de vos dents / de votre bouche** avez-vous eu un des **problèmes suivants**? *(INSCRIRE POUR CHACUN DESITEMS)* | | | | | |  | | |
| Difficultés à mâcher les aliments | | Oui | | | 1 | O13a | | |
| Non | | | 2 |
| Difficultés à parler / problème de prononciation des mots | | Oui | | | 1 | O13b | | |
| Non | | | 2 |
| Sensation de tension à cause de problèmes liés aux dents ou à la bouche | | Oui | | | 1 | O13c | | |
| Non | | | 2 |
| Gêné / embarrassé en raison de l’apparence de vos dents | | Oui | | | 1 | O13d | | |
| Non | | | 2 |
| Éviter de sourire à cause de vos dents | | Oui | | | 1 | O13e | | |
| Non | | | 2 |
| Sommeil souvent interrompu | | Oui | | | 1 | O13f | | |
| Non | | | 2 |
| Journées de travail perdues en raison des dents / de la bouche | | Oui | | | 1 | O13g | | |
| Non | | | 2 |
| Difficultés à mener les activités habituelles | | Oui | | | 1 | O13h | | |
| Non | | | 2 |
| Moins tolérant vis-à-vis de votre partenaire ou de vos proches | | Oui | | | 1 | O13i | | |
| Non | | | 2 |
| Participation réduite aux activités sociales | | Oui | | | 1 | O13j | | |
| Non | | | 2 |
| **Santé mentale / Suicide** | | | | | | | | |
| Les questions suivantes portent sur les pensées, les plans et les tentatives de suicide. Répondez aux questions même si, généralement, personne ne parle de ces sujets. | | | | | | | | |
| **Question** | | **Réponse** | | | | | | **Code** |
| Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous sérieusement **envisagé** une tentative de suicide ? | | Oui | | | 1 | | | MH1 |
| Non | | | 2 *Si Non, aller àMH4* | | |
| Refus de répondre | | | 88 | | |
| Avez-vous recherché **l’aide d’un professionnel** concernant ces pensées ? | | Oui | | | 1 | | | MH2 |
| Non | | | 2 | | |
| Refus de répondre | | | 88 | | |
| Avez-vous **fait une tentative de suicide**? | | Oui | | | 1 | | | MH4 |
| Non | | | 2 *Si Non, aller àMH9* | | |
| Refus de répondre | | | 88 | | |
| Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous **fait une tentative de suicide**? | | Oui | | | 1 | | | MH5 |
| Non | | | 2 | | |
| Refus de répondre | | | 88 | | |
| Quelle méthode avez-vous utilisée principalement lors de votre dernière tentative de suicide ?  *(EN CHOISIR UNE SEULE REPONSE)* | | Rasoir, couteau ou autre instrument tranchant | | | 1 | | | MH6 |
| Surdose de médicament (prescrit ou non) | | | 2 | | |
| Surdose d’une autre substance (héroïne, crack, alcool) | | | 3 | | |
| Empoisonnement par pesticides (mort-aux-rats, poison, insecticide, désherbant) | | | 4 | | |
| Autre empoisonnement (plante/graine, produit ménager) | | | 5 | | |
| Gaz toxique du charbon de bois | | | 6 | | |
| Autre | | | 7 *Si Autre, aller à MH6other* | | |
| Refus de répondre | | | 88 | | |
| Autre (spécifiez) | | | └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ | | | MH6other |
| Avez-vous recherché des **soins médicaux** pour cette tentative de suicide ? | | Oui | | | 1 | | | MH7 |
| Non | | | 2*Si Non, aller à MH9* | | |
| Refus de répondre | | | 88 | | |
| Avez-vous été **hospitalisé(e) 24h**à cause de cette tentative de suicide ? | | Oui | | | 1 | | | MH8 |
| Non | | | 2 | | |
| Refus de répondre | | | 88 | | |
| Quelqu’un **de votre famille proche**(mère, père, frère, sœur ou enfants) a-t-il déjà tenté de se suicider ? | | Oui | | | 1 | | | MH9 |
| Non | | | 2 | | |
| Refus de répondre | | | 88 | | |
| Quelqu’un **de votre famille proche e**(mère, père, frère, sœur ou enfants) est-il mort à la suite de suicide ? | | Oui | | | 1 | | | MH10 |
| Non | | | 2 | | |
| Refus de répondre | | | 88 | | |

|  |
| --- |
| **Step 2 Mesures physiques** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MODULE DE BASE : Tension artérielle** | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| Code ID de l'enquêteur |  | └─┴─┴─┘ | M1 |
| Code ID pour le tensiomètre |  | └─┴─┘ | M2 |
| Mesure1 | Systolique ( mmHg) | └─┴─┴─┘ | M4a |
| Diastolique (mmHg) | └─┴─┴─┘ | M4b |
| Mesure 2 | Systolique ( mmHg) | └─┴─┴─┘ | M5a |
| Diastolique (mmHg) | └─┴─┴─┘ | M5b |
| Mesure 3 | Systolique ( mmHg) | └─┴─┴─┘ | M6a |
| Diastolique (mmHg) | └─┴─┴─┘ | M6b |
| Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous suivi un traitement, prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé, pour une tension artérielle élevée ? | Oui | 1 | M7 |
| Non | 2 |
| **MODULE DE BASE : Taille et poids** | | | |
| **Pour les femmes :**Etes-vous enceinte? | Oui | 1 *Si Oui, aller à M 16* | M8 |
| Non | 2 |
| Code ID de l'enquêteur |  | └─┴─┴─┘ | M9 |
| Code ID de la toise et du pèse-personne | Toise | └─┴─┘ | M10a |
| Pèse-personne | └─┴─┘ | M10b |
| Taille | en centimètres (cm) | └─┴─┴─┘. └─┘ | M11 |
| Poids  *Si trop lourd pour le pèse-personne, coder 666.6* | en kilogrammes (kg) | └─┴─┴─┘.└─┘ | M12 |
| **MODULE DE BASE : Tour de Taille** | | | |
| Code ID pour le mètre ruban |  | └─┴─┘ | M13 |
| Tour de taille | en centimètres (cm) | └─┴─┴─┘.└─┘ | M14 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ELARGI : Tour de hanches et rythme cardiaque** | | | |
| Tour de hanches | en centimètres (cm) | └─┴─┴─┘.└─┘ | M15 |
| Rhythme cardiaque | | |  |
| Mesure 1 | Battements par minute | └─┴─┴─┘ | M16a |
| Mesure 2 | Battements par minute | └─┴─┴─┘ | M16b |
| Mesure 3 | Battements par minute | └─┴─┴─┘ | M16c |

|  |
| --- |
| **Step 3 Mesuresbiochimiques** |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ELARGI: Triglycérides et Cholestérol HDL** | | | |
| Triglycérides | mg/dl | └─┴─┴─┘.└─┘ | B15 |
| Cholestérol HDL | mg/dl | └─┴─┴─┘.└─┘ | B16 |