

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



**Organisation
mondiale de la Santé**

Pour de plus amples informations:
www.who.int/ncds/steps

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">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• 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.



Questionnaire STEPS de l'OMS

<Enquête STEPwise Polynésie française 2019>

Information sur l'enquête

Lieu et Date		Réponse	Code
1	Code ID du district	<input type="text"/>	I1
2	Nom du village	<input type="text"/>	I2
3	Code ID de l'enquêteur	<input type="text"/>	I3
4	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"/> Jour Mois Année	I4

Consentement, Langue utilisée pour l'entretien et Nom		Réponse	Code
5	Le consentement a été lu et obtenu	Oui 1 Non 2 Si NON, FINIR l'entretien	I5
6	Langue de l'entretien <i>[Insérer la langue]</i>	Français 1 Polynésien 2	I6
7	Heure de l'entretien (0-24h)	<input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	I7
8	Nom de famille	<input type="text"/>	I8
9	Prénom	<input type="text"/>	I9

Informations supplémentaires pouvant être utiles

10	Numéro de téléphone (dans la mesure du possible)	<input type="text"/>	I10
----	--	----------------------	-----

* Les données nominatives et le contact du participant seront indiqués sur le formulaire de consentement de participation à l'étude uniquement

Step 1 Informations démographiques

MODULE DE BASE: Informations démographiques

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

ELARGI: Informations démographiques

15	Quel est le plus haut niveau d'instruction 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
16	Où êtes-vous né ?	<i>France (métropole, DOM et COM)</i> 1 Si oui, précisez le numéro du département ou du DOM ou de la COM <input type="text"/> <i>autres</i> 2 <i>Ne sait pas</i> 77 <i>Refusé</i> 88	X1
17	Quel est votre état civil ?	Jamais marié(e) 1 Marié(e) 2 Séparé(e) 3 Divorcé(e) 4 Veuf(ve) 5 Vie commune 6 Refusé 88	C7
18	Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre activité professionnelle principale ces 12 derniers mois ? (UTILISER LES CARTES)	Employé(e) de l'administration 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
19	Combien de personnes âgées de plus de 18 ans, y compris vous-même, habitent dans votre maison ?	Nombre de personnes <input type="text"/>	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
20	Fumez-vous actuellement des produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes ? (UTILISER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à T8	T1
21	Fumez-vous tous les jours ?	Oui 1 Non 2	T2
22	A quel âge avez-vous commencé à fumer ?	Âge (années) <input type="text"/> <input type="text"/> Si réponse connue, aller à T5a/T5aw Ne sait pas 77	T3
23	Depuis quand 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
24	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 <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5other/ T5otherw
25	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez essayé d'arrêter de fumer ?	Oui 1 Non 2	T6
26	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 T17; si T2=Non, aller à T9 Non 2 Si T2=Oui, aller à T17; si T2=Non, aller à T9 Pas de visite au cours des 12 derniers mois 3 Si T2=Oui, aller à T17; si T2=Non, aller à T9	T7
27	Dans le passé , avez-vous déjà fumé ? (UTILISER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à T17	T8
28	Dans le passé, avez-vous déjà fumé tous les jours ?	Oui 1 Non 2	T9

ELARGI : Consommation de tabac			
Questions		Réponses	Code
29	Au cours des 30 derniers jours, quelqu'un a-t-il fumé chez vous ?	Oui 1 Non 2	T17
30	Au cours des 30 derniers jours, quelqu'un a-t-il fumé dans des zones fermées sur votre lieu de travail (dans le bâtiment, dans une zone de travail ou dans un bureau spécifique) ?	Oui 1 Non 2 Ne travaille pas dans une zone fermée 3	T18

ELARGI : Consommation de pakalolo			
Question		Réponse	Code
31	Avez-vous déjà fumé du paka ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77 Refuse 88	X2
32	A quel âge avez-vous commencé à fumer du paka ? (UTILISER LES CARTES)	<input type="text"/> Ne sait pas 77 Refuse 88	X3
33	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé du paka ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77 Refuse 88	X4
34	Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous fumé du paka ?	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'une fois par mois 5 Ne sait pas 77 Refuse 88	X5
35	A quel âge avez-vous commencé à fumer du paka au moins une fois par semaine ? (UTILISER LES CARTES)	<input type="text"/> Jamais 99 Ne sait pas 77 Refuse 88	X6
36	Lorsque vous fumez du paka, consommez-vous de l'alcool en même temps ?	Jamais 1 De temps en temps 2 Souvent 3 Toujours 4 Ne sait pas 77 Refuse 88	X7

MODULE DE BASE: Consommation d'alcool			
Les questions suivantes concernent la consommation d'alcool.			
Questions		Réponses	Code
37	Avez-vous déjà consommé 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 D1	A1
38	Avez-vous consommé une boisson alcoolisée ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Si Oui, aller à A4 Non 2	A2
39	Est-ce que vous avez arrêté de boire de l'alcool pour des raisons de santé , 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
40	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 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
41	Avez-vous consommé une boisson alcoolisée ces 30 derniers jours ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à A16	A5
42	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 <input type="text"/> <input type="text"/> Si zéro, aller à A16	A6
43	Au cours des 30 derniers jours, quand vous avez bu de l'alcool, combien de verres standard d'alcool avez-vous bu en moyenne , par occasion ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre Ne sait pas 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	A7
44	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 <input type="text"/> <input type="text"/>	A8
45	Au cours des 30 derniers jours, à combien de fois avez-vous bu six ou plus de verres standard d'alcool en une seule occasion ?	Nombre d'occasions Ne sait pas 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	A9
46	Au cours des 7 derniers jours , combien de verres standard d'alcool avez-vous bu chaque jour ? (INSCRIRE POUR CHAQUE JOUR, UTILISER LES CARTES) Ne sait pas 77	Lundi <input type="text"/> <input type="text"/>	A10a
		Mardi <input type="text"/> <input type="text"/>	A10b
		Mercredi <input type="text"/> <input type="text"/>	A10c
		Jeudi <input type="text"/> <input type="text"/>	A10d
		Vendredi <input type="text"/> <input type="text"/>	A10e
		Samedi <input type="text"/> <input type="text"/>	A10f
		Dimanche <input type="text"/> <input type="text"/>	A10g

ELARGI: Consommation d'alcool			
47	Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu des problèmes de famille ou avec votre partenaire à cause de votre consommation d'alcool ?	<div>Oui, plus qu'une fois par mois 1</div> <div>Oui, chaque mois 2</div> <div>Oui, plusieurs fois mais moins d'une fois par mois 3</div> <div>Oui, une ou deux fois 4</div> <div>Non 5</div>	A16

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
48	Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous des fruits hors jus de fruits industriels ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours Ne sait pas 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Si aucun jour, aller à D3	D1
49	Combien de portions de fruits mangez-vous lors d'une de ces journées ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours Ne sait pas 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	D2
50	Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne consommez pas plus de fruits ? (plusieurs réponses possibles)	Ma consommation me paraît suffisante 1 Le prix 2 Difficultés d'approvisionnement 3 Préparation contraignante 4 Présence de pesticides 5 Absence d'arbres fruitiers, de faaapu 6 Je n'aime pas les fruits 7 Autres 8 Si autres, aller à X8other	X8
		Autres (à préciser) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	X8other
51	Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous des légumes ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours Ne sait pas 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Si aucun jour, aller à D5	D3
52	Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne consommez pas plus de légumes ? (plusieurs réponses possibles)	Ma consommation me paraît suffisante 1 Le prix 2 Difficultés d'approvisionnement 3 Préparation contraignante 4 Présence de pesticides 5 Absence de faaapu 6 Je n'aime pas les légumes 7 Si autres, aller à X9other Autres 8	X9
		Autres (à préciser) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	X9other
53	Combien de portions de légumes mangez-vous lors d'une de ces journées ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de jours Ne sait pas 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	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 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.

54	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
55	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
56	Mangez-vous souvent des aliments riches en sel ? (ex : fromage, produits en conserve, tini pipi, sauce soyou, chips et biscuits salés, frites, pizza, etc.) (UTILISER LES CARTES)	Toujours 1 Souvent 2 Parfois 3 Rarement 4 Jamais 5 Ne sait pas 77	D7
57	Selon vous, quelle quantité de sel ou de sauce salée consommez-vous ?	Beaucoup trop 1 Trop 2 Juste la quantité nécessaire 3 Trop peu 4 Bien trop peu 5 Ne sait pas 77	D8

ELARGI: Hygiène alimentaire

Question		Réponse		Code
58	Pensez-vous que le fait de manger trop salé ou d'ajouter	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)				
59	Limiter la consommation de plats cuisinés salés	Oui	1	D11a
		Non	2	
60	Vérifier la teneur en sel indiquée sur les étiquettes	Oui	1	D11b
		Non	2	
61	Utiliser des épices autres que le sel dans la préparation des plats	Oui	1	D11d
		Non	2	
62	Éviter de manger des plats préparés ailleurs qu'à domicile	Oui	1	D11e
		Non	2	

63	Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons sucrées telles que des sodas, du coca, des sirops, des jus de fruits ? (UTILISER LES CARTES)	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	X10
----	---	--	-----

		Ne sait pas Refuse	77 88	
			<i>Si refuse, aller à X13</i>	
64	Combien de verres consommez-vous en moyenne lors d'une de ces journées ? (UTILISER LES CARTES)	Nombre de verres	<input type="text"/>	X11
		Ne sait pas	77	
		Refuse	88	
65	A quel moment consommez-vous habituellement ces boissons sucrées ? Par repas, on entend petit-déjeuner, repas de midi et dîner (UTILISER CARTES)	Lors des repas	1	X12
		Entre les repas	2	
		Lors des repas et entre les repas	3	
		Ne sait pas	77	
		Refuse	88	
66	A quelle fréquence consommez-vous des aliments tels que chips, croustilles, nems, glaces, pâtisseries, bonbons, gâteaux, chocolat, fast-food, etc. ? (UTILISER CARTES)	5 à 7 jours par semaine	1	X13
		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	

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
Travail			
67	<p>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 ?</p> <p>(MONTRER LES CARTES)</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 Si Non, aller à P 4</p>	P1
68	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail ?	<p>Nombre de jours</p> <p><input type="text"/></p>	P2
69	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 ?	<p>Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P3 (a-b)
70	<p>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 ?</p> <p>(MONTRER LES CARTES)</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 Si Non, aller à P7</p>	P4
71	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail ?	<p>Nombre de jours</p> <p><input type="text"/></p>	P5
72	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 ?	<p>Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P6 (a-b)
Se déplacer d'un endroit à l'autre			
<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>			
73	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
74	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo ?	<p>Nombre de jours</p> <p><input type="text"/></p>	P8
75	Lors d'une journée habituelle, combien de temps consacrez-vous à vos déplacements à pied ou à vélo ?	<p>Heures : minutes <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	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 et les activités de loisirs.			
76	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
77	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
78	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes ____ : ____ hrs mins	P12 (a-b)
79	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
80	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
81	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, 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)			
82	Combien de temps passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ?	Heures : minutes ____ : ____ hrs mins	P16 (a-b)

Qualité de vie

Qualité de vie : Questionnaire de qualité de vie SF-12 abrégé

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Question		Réponse		Code
83	Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :	Excellente	1	X14
		Très bonne	2	
		Bonne	3	
		Médiocre	4	
		Mauvaise	5	
En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :				
84	Des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules) ?	Oui, beaucoup limité	1	X15
		Oui, un peu limité	2	
		Non, pas du tout limité	3	
85	Monter plusieurs étages par l'escalier ?	Oui, beaucoup limité	1	X16
		Oui, un peu limité	2	
		Non, pas du tout limité	3	
Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :				
86	Avez-vous accompli moins de chose que vous auriez souhaité ?	Toujours	1	X17
		La plupart du temps	2	
		Souvent	3	
		Parfois	4	
		Jamais	5	
87	Avez-vous été limité pour faire certaines choses ?	Toujours	1	X18
		La plupart du temps	2	
		Souvent	3	
		Parfois	4	
		Jamais	5	
Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :				
88	Avez-vous accompli moins de chose que vous auriez souhaité ?	Toujours	1	X19
		La plupart du temps	2	
		Souvent	3	
		Parfois	4	
		Jamais	5	
89	Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	Toujours	1	X20
		La plupart du temps	2	
		Souvent	3	
		Parfois	4	
		Jamais	5	
90	Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?	Pas du tout	1	X21
		Un petit peu	2	
		Moyennement	3	
		Beaucoup	4	
		Enormément	5	
Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée :				
91	Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?	Toujours	1	X22
		La plupart du temps	2	
		Souvent	3	
		Parfois	4	
		Jamais	5	
92	Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?	Toujours	1	X23
		La plupart du temps	2	
		Souvent	3	
		Parfois	4	
		Jamais	5	
93	Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?	Toujours	1	X24
		La plupart du temps	2	
		Souvent	3	

		Parfois	4	
		Jamais	5	
94	Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	Toujours	1	X25
		La plupart du temps	2	
		Souvent	3	
		Parfois	4	
		Jamais	5	

MODULE DE BASE: Antécédents de tension artérielle élevée			
Question		Réponse	Code
95	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré votre tension artérielle ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à H6	H1
96	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 Si Non, aller à H6	H2a
97	Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2	H2b
98	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
99	Avez-vous déjà vu un tahua pour votre tension artérielle élevée ou pour de l'hypertension ?	Oui 1 Non 2	H4
100	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			
101	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré votre glycémie ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à H12	H6
102	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez du diabète ?	Oui 1 Non 2 Si Non, aller à H12	H7a
103	Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2	H7b
104	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
105	Prenez-vous actuellement de l'insuline pour votre diabète prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2	H9
106	Avez-vous déjà vu un tahua pour votre diabète ?	Oui 1 Non 2	H10
107	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
108	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 Si Non, aller à H17	H12
109	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 Si Non, aller à H17	H13a
110	Est-ce qu'on vous a dit cela ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2	H13b
111	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	Oui 1 Non 2	H14
112	Avez-vous déjà vu un taha pour votre cholestérol élevé ?	Oui 1 Non 2	H15
113	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			
114	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

MODULE DE BASE: Conseils pour le mode de vie			
115	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été chez un médecin ou autre professionnel de santé ?	Oui 1 Non 2 Si Non et C1=1, aller à X26 Si Non et C1=2, aller à CX1	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)			
116	Arrêter de ou ne pas commencer à consommer du tabac	Oui 1 Non 2	H20a
117	Réduire votre consommation de sel	Oui 1 Non 2	H20b
118	Manger au moins 5 portions de fruits et/ ou légumes par jour	Oui 1 Non 2	H20c
119	Réduire votre consommation de graisse	Oui 1 Non 2	H20d
120	Commencer ou faire plus d'activité physique	Oui 1 Non 2	H20e
121	Maintenir un poids sain ou perdre du poids	Oui 1 Non 2	H20f
122	Réduire votre consommation des boissons sucrées	Oui 1 Si C1=1 aller à X26 Non 2 Si C1=1 aller à X26	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
123	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 ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 77	CX1

LONGUE MALADIE

124	Êtes-vous en Longue Maladie (carnet rouge) ?	Oui 1 <i>Si oui, aller à X27</i> Non 2 <i>si non, aller à M1</i>	X26
125	Précisez	Hypertension artérielle 1 Diabète 2 Autres 3 Ne sait pas 77	X27

Step 2 Mesures physiques

MODULE DE BASE : Tension artérielle			
Question		Réponse	Code
126	Code ID de l'enquêteur	_____	M1
127	Code ID pour le tensiomètre	_____	M2
128	Largeur du brassard	Petit 1 Moyen 2 Large 3	M3
129	Mesure 1	Systolique (mmHg) _____	M4a
		Diastolique (mmHg) _____	M4b
130	Mesure 2	Systolique (mmHg) _____	M5a
		Diastolique (mmHg) _____	M5b
131	Mesure 3	Systolique (mmHg) _____	M6a
		Diastolique (mmHg) _____	M6b
132	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 Non 2	M7
MODULE DE BASE : Taille et poids			
133	Pour les femmes : Etes-vous enceinte?	Oui 1 Si oui, aller à B1 Non 2	M8
134	Code ID de l'enquêteur	_____	M9
135	Code ID de la toise et du pèse-personne	Toise _____	M10a
		Pèse-personne _____	M10b
136	Taille	en centimètres (cm) _____	M11
137	Poids <i>Si trop lourd pour le pèse-personne, coder 666.6</i>	en kilogrammes (kg) _____	M12
MODULE DE BASE : Tour de Taille			
138	Code ID pour le mètre ruban	_____	M13
139	Tour de taille	en centimètres (cm) _____	M14

Step 3 Mesures biochimiques

MODULE DE BASE: Glycémie			
Question		Réponse	Code
140	Au cours des 12 dernières heures, avez-vous bu ou mangé quelque chose, autre que de l'eau ?	Oui 1 Non 2	B1
141	Code ID du technicien	_____	B2
142	Code ID de l'appareil	_____	B3
143	Heure de la prise de sang (0-24 heures)	Heures : minutes _____ : _____ hrs mins	B4
144	Glycémie à jeun [CHOISIR: MMOL/L OU MG/DL]	mmol/l _____	B5
		mg/dl _____	
145	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			
146	Aviez-vous jeûner avant la collecte des urines ?	Oui 1 Non 2	B10
147	Code ID du technicien	_____	B11
148	Code ID de l'appareil	_____	B12
149	Heure de la prise des urines (0-24 heures)	Heures : minutes _____ : _____ hrs mins	B13
150	Sodium urinaire	mmol/l _____	B14
151	Créatinine urinaire	mmol/l _____	B15