| **Informations sur l’enquête** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Code ID du département | **|\_\_| |\_\_| |\_\_|** | | | | I1 |
| Nom du centre |  | | | | I2 |
| Code ID de l’enquêteur | **|\_\_| |\_\_| |\_\_|** | | | | I3 |
| Date de l’entretien | **|\_\_| |\_\_|-|\_\_| |\_\_|-|\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|** | | | | I4 |
| **Informations sociodémographiques** | | | | | |
| Sexe | Homme  Femme | | 1  2 | | S1 |
| Âge | |\_\_| |\_\_| |\_\_| Années | | | | S2 |
| Quel est le plus haut niveau d’instruction atteint ? | Aucun  Primaire  Secondaire  Universitaire  Non répondu | | 1  2  3  4  99 | | S3 |
| A quel groupe socio ethnique appartenez-vous ? | Fon  Adja  Yoruba  Bariba  Dendi  Peulh  Yoa  Otamari  Autre  Non répondu | | 1  2  3  4  5  6  7  8  9  99 | | S4 |
| Quel est votre état civil ? | Jamais mariée  Mariée  Séparée  Divorcée  Veuf  Concubinage  Refuse | | 1  2  3  4  5  6  99 | | S5 |
| Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre activité professionnelle principale ces 12 derniers mois ? | Employé de l’Etat  Employé du privé  Indépendant  Bénévole  Etudiant  Maîtresse de maison  Retraitée  Chômeur  Invalide  Refusée | | 1  2  3  4  5  6  7  8  9  99 | | S6 |
| 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. | | | | | |
| **Consommation de tabac** | | | | | |
| Fumez-vous des produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes ? | NON Ancien fumeur  Fumeur actuel | | 0  1  2 | | M1 |
| **Consommation d’alcool** | | | | | |
| Les questions suivantes concernent la consommation d’alcool. | | | | | |
| Consommez-vous une boisson alcoolisée telle que du vin, de la bière ou une liqueur ? | NON  Ancien buveur  Buveur actuel | | 0  1 | | M7 |
| **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. | | | | | |
| Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous des fruits ? | |\_\_|\_\_| jours | |  | | M11 |
| Combien de portions de fruits mangez-vous lors d’une de ces journées ? | |\_\_|\_\_| portions | |  | | M12 |
| Habituellement, combien de jours par semaine consommez-vous des légumes ? | |\_\_|\_\_| jours | |  | | M13 |
| Combien de portions de légumes mangez-vous lors d’une de ces journées ? | |\_\_|\_\_| portions | |  | | M14 |
| **Sel alimentaire** | | | | | |
| 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 ? | Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas | | 1  2  3  4  5  6 | | M15 |
| 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, [ajouter des exemples spécifiques au pays]. | Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas | | 1  2  3  4  5  6 | | M16 |
| **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. [Ajouter d'autres exemples si nécessaire]. 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. | | | | | |
| **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 ? | NON  OUI | | 0  1 | | M18 |
| **Se déplacer d'un endroit à l'autre** | | | | | |
| Est-ce que vous effectuez des trajets d’au moins 10 minutes à pied ou à vélo ? | NON  OUI | | 0  1 | | M20 |
| **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 ? | NON  OUI | | 0  1 | | M23 |
| **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 | | | | | |
| Combien de temps passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ? | |\_\_|\_\_| : |\_\_|\_\_|  Hrs mn | |  | | M25 |
| **Antécédents d’hypertension artérielle** | | | | | |
| Est-ce qu’un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous avez une hypertension artérielle ? | NON  OUI | | 0  1 | | **A1** |
| Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments pour votre hypertension prescrits par un médecin ou un autre professionnel de santé ? | NON  OUI | | 0  1 | | **A2** |
| Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d’herbes pour votre Hypertension arterielle ? | NON  OUI | | 0  1 | | **A3** |
| **Antécédents de diabète** | | | | | |
| Est-ce qu’un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez du diabète ? | NON  OUI | | 0  1 | | A4 |
| Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments pour votre diabète prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé ? | NON  OUI | | 0  1 | | A5 |
| Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d’herbes pour votre diabète ? | NON  OUI | | 0  1 | | A6 |
| **Antécédents de cholestérol élevé** | | | | | |
| Est-ce qu’un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cholestérol élevé ? | NON  OUI | | 0  1 | | A7 |
| 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 ? | NON  OUI | | 0  1 | | A8 |
| Prenez-vous actuellement un remède traditionnel ou à base d’herbes pour votre cholestérol élevé ? | NON  OUI | | 0  1 | | A9 |
| **Antécédent de maladies cardiovasculaires** | | | | | |
| 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 ? | NON  OUI | | 0  1 | | A10 |
| Prenez-vous régulièrement de l’aspirine afin de traiter ou de prévenir une maladie cardiaque ? | NON  OUI | | 0  1 | | A11 |
| Prenez-vous actuellement des statines (Lovastatine/ Simvastatine/ Atorvastatine ou d’autres statines) régulièrement afin de traiter ou de prévenir une maladie cardiaque ? | NON  OUI | | 0  1 | | A12 |
| **Dépression** | | | | | |
| Au cours des 12 derniers mois, un médecin ou un professionnel de la santé vous a-t-il dit que vous aviez une dépression ? | NON  OUI | | 0  1 | | D1 |
| Ressentez-vous de la tristesse quasiment toute la journée, presque tous les jours ? | NON  OUI | | 0  1 | | D2 |
| Ressentez-vous une diminution marquée de l’intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée presque tous les jours | NON  OUI | | 0  1 | | D3 |
| Avez-vous perdu ou gagne du poids de façon significative sans suivre un régime particulier ou une diminution ou une augmentation de l’appétit presque tous les jours ? | NON  OUI | | 0  1 | | D4 |
| Avez-vous une insomnie ou une hypersomnie presque tous les jours ? | NON  OUI | | 0  1 | | D5 |
| Ressentez-vous une agitation ou un ralentissement psychomoteur presque tous les jours ? | NON  OUI | | 0  1 | | D6 |
| Ressentez-vous de la fatigue ou une perte d’énergie presque tous les jours ? | NON  OUI | | 0  1 | | D7 |
| Avez-vous un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité presque tous les jours ? | NON  OUI | | 0  1 | | D8 |
| Ressentez-vous une diminution de votre aptitude à penser cou à vous concentrer ou une indécision presque tous les jours ? | NON  OUI | | 0  1 | | D9 |
| Avez-vous des idées de mort récurrentes, des idées suicidaires sans plan précis | NON  OUI | | 0  1 | | D10 |
| **Syndrome d’apnée obstructive du sommeil (critères STOP-BANG)** | | | | | |
| Ronflez-vous fort ? (Suffisamment pour qu’on vous entende à travers une porte fermée ou que votre partenaire vous donne des coups de coude parce que vous ronflez la nuit) | NON  OUI | | 0  1 | | D11 |
| Vous sentez-vous fatiguée, épuisée ou somnolent pendant la journée comme par exemple s’endormir au volant ? | NON  OUI | | 0  1 | | D12 |
| Quelqu’un a-t-il observé que vous arrêtiez de respirer ou que vous vous étouffez/suffoquiez pendant votre sommeil ? | NON  OUI | | 0  1 | | D13 |
| Êtes- vous atteint d’hypertension artérielle ou vous êtes-vous traité pour ce problème ? | NON  OUI | | 0  1 | | D14 |
| Tour de cou important ?  (≥43chez l’homme ou ≥41 chez la femme) | NON  OUI | | 0  1 | | D17 |
| STEP 2 Mesures physiques |  | |  | |  |
| Mesure de la Tension artérielle | Systolique | |\_\_|\_\_|\_\_| mmHg | | | P1\_1 |
| Diastolique | |\_\_|\_\_|\_\_| mmHg | | | P1\_2 |
| Pour les femmes : Etes-vous enceinte ? | NON  OUI | | 0  1 | | P2 |
| Taille | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_| cm | |  | | P3 |
| Poids | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_| kg | |  | | P4 |
| Tour de taille | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_| cm | |  | | P5 |
| Tour de hanche | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_| cm | |  | | P6 |
| Pouls | |\_\_|\_\_|\_\_| bpm | |  | | P7 |
| **Données liées au traitement ARV** | | | | | |
| Année du dépistage | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |  | | V1 |
| Type de VIH | VIH 1  VIH 2  VIH 1et 2 | | 1  2  3 | | V2 |
| Depuis quand êtes-vous sous ARV | |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | | | V3 |
| Stade du VIH | Stade 1  Stade 2  Stade 3  Stade 4 | | 1  2  3  4 | | V4 |
| Molécules ARV utilisées | Zidovudine (AZT)  Lamivudine (3TC)  Tenofovir (TDF)  Efavirenz (EFV)  Névirapine (NVP)  Abacavir (ABC)  Ritonavir (RTV)  Lopinavir (LPV)  Atanavir (ATV)  Darunavir (DRV)  Emtricitabine (FTC)  Raltegravir (RTG)  Dolutegravir (DTG) | | 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13 | | V5 |
| Echec immunologique | NON  OUI | | 0  1 | | V6 |
| Echec virologique | NON  OUI | | 0  1 | | V7 |
| Echec Clinique | NON  OUI | | 0  1 | | V8 |
| **Examens paracliniques** | | | | | |
| Y a-t-il des examens paracliniques disponibles ? (Si non, fermer le questionnaire) | NON  OUI | | 0  1 | |  |
| Si oui, préciser la date de réalisation | |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | | |  |
| Glycémie à jeun | |\_\_| , |\_\_|\_\_| g/L | |  | |  |
| HbA1c | |\_\_||\_\_|,|\_\_|\_\_| | |  | |  |
| Cholestérol total | |\_\_| , |\_\_|\_\_| g/L | |  | |  |
| Cholestérol HDL | |\_\_| , |\_\_|\_\_| g/L | |  | |  |
| Cholestérol LDL | |\_\_| , |\_\_|\_\_| g/L | |  | |  |
| Triglycérides | |\_\_| , |\_\_|\_\_| g/L | |  | |  |
| Urée | |\_\_| , |\_\_|\_\_| g/L | |  | |  |
| Créatinine | |\_\_|\_\_|\_\_| ,| \_\_|\_\_| mg/L | | | |  |