



BioMonitoring Humain Wallon (BMH-Wal)

Questionnaire ADULTE 20 à 39 ans

Ce questionnaire va nous permettre de mieux comprendre les résultats de dosage des substances dans le sang et l'urine. Nous vous demandons de le remplir consciencieusement. Merci beaucoup

Inscrivez votre code participant :

Date de remplissage du questionnaire :/...../20....

Date de délivrance des échantillons d'urine et de sang :/...../20....

QUESTIONS GENERALES

1. Sexe

- Femme
- Homme

2. Date de naissance : le/...../.....

3. Lieu de naissance : Commune :Pays :.....

4. Nationalité actuelle:

5. Nationalité à la naissance :

6. Dans quelle localité habitez-vous ? Localité :Code postal :

7. Depuis quelle année y vivez-vous ?

8. Avez-vous déménagé ?

- Oui
- Non

9. Où habitiez-vous avant ?

10. Combien de temps avez-vous habité dans votre résidence précédente?

11. Quelle langue parlez-vous à la maison ?

- Français
- autre(s) langue(s) , précisez laquelle

12. Quel est le niveau de diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

- Primaire ou sans diplôme
- Secondaire inférieur
- Secondaire supérieur
- Enseignement supérieur type court non universitaire ou équivalent
- Enseignement supérieur type long universitaire ou équivalent

13. De combien de personnes est constitué votre « ménage » (vous y compris) ? ____ membre(s)

14. Quel est le revenu net mensuel du ménage (salaire + allocations familiales + indemnités + ...) ?

- < 1000 €
- 1000 -1999 €
- 2000 – 2999 €
- 3000 – 3999 €
- 4000 – 4999 €
- > 5000 €



15. Quelle est votre situation actuelle (plusieurs options possible):

- Je travaille > allez à la question 19
- Je suis sans emploi, je perçois « le chômage » > allez à la question 22
- Je suis étudiant > allez à la question 16
- Je suis en contrat d'apprentissage > allez à la question 16
- Je suis au foyer, je ne perçois aucun revenu > allez à la question 22
- Je suis en congé de maladie/invalidité de longue durée> allez à la question 22
- Autre : > allez à la question 22

ETUDES ACTUELLES

16. Quelles études suivez-vous :

- Secondaire générale
Précisez l'option, la filière ou l'orientation ?.....
- Secondaire technique
Précisez l'option, la filière ou l'orientation ?.....
- Secondaire professionnelle
Précisez l'option, la filière ou l'orientation ?.....
- Secondaire artistique
Précisez l'option, la filière ou l'orientation ?.....
- Contrat d'apprentissage
Précisez l'option, la filière ou l'orientation ?.....
- Supérieur de type court
Précisez l'option, la filière ou l'orientation ?.....
- Supérieur de type long
Précisez l'option, la filière ou l'orientation ?.....
- Universitaire
Précisez l'option, la filière ou l'orientation ?.....
- Promotion sociale
Précisez l'option, la filière ou l'orientation ?.....
- Formation artistique (académie des beaux arts, conservatoire, etc)
Précisez l'option, la filière ou l'orientation ?.....

17. En quelle année êtes vous?

18. Dans quel établissement ?

EMPLOI ACTUEL (OU DERNIER EMPLOI)

19. Ma profession actuelle est :

Soyez aussi précis que possible. Par exemple :

- *caissière dans un magasin de prêt à porter / de matelas / dans un supermarché*
- *agricultrice secteur bovins/ porcins/ XXX / agriculture XXX ha*
- *secrétaire de direction pour une société privée du bâtiment*
- *comptable indépendante*
- *chauffeuse de bus au TEC*
- *cuisinière dans un restaurant*
- *enseignante en informatique en promotion sociale*
- *technicienne de surface dans une société de nettoyage / titre service*
- *technicienne de laboratoire dans un laboratoire d'analyses médicales*

20. Depuis quand exercez vous cet emploi ?

21. Dans quelle catégorie socio-professionnelle situez vous votre profession actuelle

- Cadre-dirigeant
- Employé
- Ouvrier
- Profession libérale
- Indépendant
- Autre, précisez

22. Avez-vous exercé un autre emploi avant l'emploi actuel ? Oui Non

23. Si, oui quel était votre emploi précédent ?

24. Combien de temps l'avez-vous exercé ?.....

25. Professionnellement, êtes-vous actuellement ou avez-vous été précédemment en contact avec l'une ou des substances suivantes ? (Plusieurs réponses possibles)

	Activité professionnelle actuelle	Activité professionnelle précédente
Huile, essence, diesel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huile de goudron de bois/charbon (créosote, coaltar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitume et dérivés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits de combustion (y compris gaz d'échappement, cendres, suie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plomb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadmium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussières métalliques / autres métaux, lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peintures / Enduits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encres d'impression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colorants, colorants azoïques et pigments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laques, mousses et adhésifs à base de MDI, polymères de polyuréthane à base de toluène diisocyanate (TDI) et de MDI ou à base de TDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solvants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastifiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesticides, biocides ou produits de désinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits de soin cosmétiques ou capillaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits chimiques en caoutchouc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retardateurs de flammes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enduits photorésistants / antireflets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres matières/ déchets ou produits dangereux, (ex : lors de travaux de décontamination des sols...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABAC**26. Etes vous fumeur ?**

- Non, je n'ai jamais fumé
- Non, j'ai arrêté depuis
- Oui, je fume environ cigarettes par jour
- Oui, je fume moins de 1 cigarette par jour

27. Si oui à la question ci-dessus, combien de cigarettes avez-vous fumé ces 3 derniers jours au total ? cigarettes au total en 3 jours**28. Si vous êtes fumeur ou ex-fumeur, consommez-vous des alternatives ou substituts tels que :**

- cigarette électronique
- patches
- chewing-gum
- spray

29. Fumeur et ex-fumeur : A quel âge avez-vous commencé à fumer ? ___ ans**30. Combien de temps au total ces 3 derniers jours, avez-vous passé dans un espace où il y avait de la fumée de cigarette? heures au total en 3 jours****31. Combien de temps, en moyenne par jour, êtes-vous en présence de personnes qui fument (à la maison, au travail, en voiture, en sortie en visite, etc) ?**

- Moins de 1h par jour
- De 1 à 4 h par jour
- Plus de 4h par jour
- Je ne sais pas

ALIMENTATION ET PREPARATION DES ALIMENTS**32. A quelle heure avez-vous pris votre dernier repas complet ? h****33. De quoi était composé votre dernier repas (boissons comprises) ?**

- Aliments :
- Boissons :

34. Avez-vous mangé du poisson ou des crustacés ou fruits de mer ces 4 derniers jours ?

- Oui
- Non

35. Parmi les types d'aliments repris dans le tableau ci-dessous :

➤ **Cochez dans les 2^e et 3^e colonnes les aliments que vous avez mangés les dernières 24h ou 3 derniers jours**

➤ **Cochez dans les colonnes suivantes la fréquence avec laquelle vous consommez les aliments ?**

Aliments	Dernières 24h	Derniers 3 jours	Plusieurs X par semaine	1 X par semaine	1 à 3 X par mois	1 X par mois ou moins (jamais)
Poisson et fruits de mer en général (y compris thon dans une salade, un sandwich/pizza, cocktail de crevettes, algues...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poisson de mer (ex : thon, lieu, saumon, anchois, hareng, dorade, rouget, cabillaud, sardine...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poissons d'eau douce (perche, truite, carpe, silure, anguille, brochet, esturgeon, truite saumonée, tilapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruits de mer (ex : crustacés : crabe, homard, crevettes, scampi... ; coquillages : moules, huitre, bulot ; calamar, poulpe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viande : porc, bœuf, volaille, canard, mouton, etc viande froide, charcuterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibier (faisan, chevreuil, sanglier...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abats (foie, rognons, ris de veau...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lait : produit laitier, yogurt, fromage blanc, crème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œufs (aussi inclus dans les préparations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain gris ou complet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céréales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champignons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herbes aromatiques (basilic, menthe, persil, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choco (Nutella ou autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chocolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jus de fruits <u>NON</u> bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jus de fruits <u>BIO</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jus de raisins du commerce <u>NON</u> bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chewing-gum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glace/crème glacée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonbons à la gelée (gommes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36. Parmi les types d'aliments repris dans le tableau ci-dessous :**

- Cochez dans la 2^e et la 3^e colonne ceux que vous avez consommés durant les 24h ou les 3 derniers jours
- Cochez dans les colonnes suivantes la fréquence avec laquelle vous consommez les aliments

Aliments	Dernières 24h	Derniers 3 jours	Plusieurs X par semaine	1 X par semaine	1 à 3 X par mois	1 X par mois ou moins (jamais)
Repas servis en cantine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments « traiteurs » / fast food /take away	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boissons à emporter dans un gobelet en plastique, carton plastifié, polystyrène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruits et légumes frais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments en conserve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments surgelés emballés dans du carton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments surgelés emballés dans du plastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments réchauffés au micro-onde (avec un film ou un contenant en plastique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boisson dans des bouteilles en plastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boisson en canettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits fumés (ex : jambon, lard fumé, saucisse fumée, fromage fumé, saumon fumé,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grillades au barbecue (sur flamme nue ou sur braises)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plats préparés (avec emballage plastique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain grillés avec toaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Quelle est votre principale source d'eau de boisson (verre d'eau, café, thé, soupe)?

- Robinet
- Bouteille plastique
- Bouteilles en verre
- Puits, sources
- Autre :

38. Quelle est votre principale source d'eau de cuisson (préparation riz, pdt, légumes, pâtes, etc) ?

- Robinet
- Bouteille plastique
- Bouteilles en verre
- Puits, sources
- Autre :

39. Comment caractérisez-vous votre régime alimentaire :

- Je suis végétarien Oui Non
- Je suis végétalien / végan Oui Non
- Je mange beaucoup d'aliments frais Oui Non
- Je mange beaucoup d'aliments préparés Oui Non



40. Combien de portions de légumes mangez-vous par jour ?

une portion = 1 tomate, 1 carotte, etc

5 à 10 haricots, 5-10 choux de bxl, etc

2-3 cuillères d'épinard, de petits pois, de choux, de sauce tomate, etc

- 0
- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou plus

41. Combien de fruits ou portion de fruits mangez-vous par jour ?

un fruit = pomme, pêche, banane, etc

une portion = 5 à 10 petits fruits comme fraises, raisins, noix, etc

ou une tranche de melon, de pastèque, etc

- 0
- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou plus

42. Avant de consommer les fruits et légumes, les lavez-vous ou les épluchez-vous ?

- Non
- Oui, toujours
- Oui, le plus souvent
- Oui, parfois

43. A quelle fréquence buvez-vous des jus de fruits NON BIO

- Jamais ou rarement
- Moins d'1 verre par semaine
- 1 verre par semaine
- 2-4 verres par semaine
- 5-6 verres par semaine
- Plusieurs verres par jour

44. A quelle fréquence buvez-vous des jus de fruits BIO

- Jamais ou rarement
- Moins d'1 verre par semaine
- 1 verre par semaine
- 2-4 verres par semaine
- 5-6 verres par semaine
- Plusieurs verres par jour

45. Avez-vous consommé des compléments alimentaires (vitamines ou oligo-éléments) ces deux dernières semaines ?

- Non
- Oui, quelle marque ?

46. Avez-vous eu recours à la phytothérapie (huiles essentielles, extraits végétaux) ces deux dernières semaines ?

- Non
- Oui, de quels types ? quelle marque ?

47. Avez-vous consommé des compléments de type oméga-3 ces deux dernières semaines ?

- Non
 Oui, quelle marque ?

48. Avez-vous utilisé des remèdes homéopathiques pour te soigner ?

- Non
 Oui, quelle marque ?

49. Parmi les récipients pour préparer ou réchauffer les aliments au micro-ondes repris dans le tableau ci-dessous :

- Cochez dans la 2^e colonne le ou les récipients que vous avez utilisés ces dernières 24h
 ➤ Cochez dans les colonnes suivantes la fréquence avec laquelle vous utilisez les récipients

	Dernières 24h	Tous les jours	Plusieurs fois par mois	Jamais ou rarement
Récipient en plastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sachet ou film plastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récipient en polystyrène (tasse, boîte en frigolite, par ex.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récipient en aluminium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céramique émaillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récipient en verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Parmi les récipients pour conserver les aliments au frigo, au congélateur, à la cave, etc, cochez ceux que vous utilisiez habituellement :

- Récipient en plastique
 Sachet en plastique
 Papier sulfurisé ou récipient en aluminium
 Récipient en céramique
 Récipient en verre

51. Parmi les ustensiles de cuisine pour frire et cuire, cochez ceux que vous utilisiez habituellement :

- Plat en terre, en céramique, en céramique émaillée
 Téflon (plaque de cuisson, poêle,...)

52. A quelle fréquence, buvez-vous de la bière ?

- Jamais ou rarement
 Moins d'1 verre par semaine
 1 verre par semaine
 2-4 verres par semaine
 5-6 verres par semaine
 Plusieurs verres par jour

53. A quelle fréquence buvez-vous du vin et vin pétillant (mousseux, champagne, asti, cava...)?

- Jamais ou rarement
 Moins d'1 verre par semaine
 1 verre par semaine
 2-4 verres par semaine
 5-6 verres par semaine
 Plusieurs verres par jour

LOISIRS

54. Parmi les activités suivantes, coches celle(s) que vous avez pratiquées ces 3 derniers jours ?

- Sport sur terrain en gazon synthétique
- Tir
- Céramique
- Poterie
- Teinture
- Mécanique
- Soudure
- Aucune

55. Au cours de ces 3 derniers jours, avez-vous utilisé de la colle, du vernis pour le bois, de la peinture (murs, boiseries...) ?

- Oui, un produit normal
- Oui, un produit BIO
- Non
- Je ne sais pas

SANTE

56. Quelle est votre taille? ___ cm

57. Quel est votre poids? ___ kg

58. Votre poids a-t-il fluctué au cours des 12 derniers mois ?

- Non ou très peu de 1 à 2 kg
- Oui, il a diminué de 2 à 5 kg
- Oui, il a diminué de plus de 5 kg
- Oui, il a augmenté de 2 à 5 kg
- Oui, il a augmenté de plus de 5kg

59. Avez-vous eu des soins dentaires dans la semaine cette dernière semaine ?

- Oui
- Non

60. Avez-vous un ou plusieurs « plombage(s) » ou « couronne » au niveau des dents ?

- Non, aucun
- Oui, un ou des plombages gris argenté
- Oui, un ou des scellants dentaires (mastic blanc, blanchâtre, parfois gris)
- Oui, un ou des couronnes
- Oui, mais je ne sais pas ce que c'est
- Je ne sais pas

61. Avez-vous des articulations artificielles (genou, hanche...), des broches, des plaques, des vis ou d'autres objets métalliques à caractère médical dans votre corps?

- Oui
- Non

62. Le tableau suivant reprend des maladies ou affections :

- **Cochez celles que vous avez dans la 2^e colonne**
- **Cochez celles que vous avez eu dans la 3^e colonne**

ATTENTION ne cochez que les maladies ou affections qui ont été diagnostiquées par un médecin

<u>Maladies et affections</u>	Maladies et affections <u>actuelles</u>	Maladies et affections <u>passées</u>
Asthme / asthme allergique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie thyroïdienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie telle que rhinite, inflammation des yeux, dermatite, allergie alimentaire ou autre (asthme allergique exclu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysfonctionnement ou maladie des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysfonctionnement ou maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Seulement pour les femmes :</i> Endométriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Si vous avez répondu OUI pour le cancer, précisez le type de cancer :

64. Souffrez-vous de troubles de la concentration ? Oui Non

65. Vous rongez-vous les ongles ?

- Oui
- Non

QUESTIONS POUR LES FEMMES

66. Combien d'enfants avez-vous ?

67. Combien de mois les avez-vous allaités ?

- 1^{er} enfant : mois
- 2^e enfant : mois
- 3^e enfant : mois
- 4^e enfant : mois
- Autres

68. Etes-vous enceinte ? Oui Non

69. Allaitiez-vous ou avez-vous allaité cette dernière année ? Oui Non

70. A quel âge avez-vous eu vos premières règles ? ___ ans

71. Etes-vous ménopausée ? Oui Non

Dans ce cas, précisez le type de ménopause

- Naturelle
- Thérapie hormonale – Stérilet hormonal
- Chirurgical
- Je ne sais pas

72. Etes-vous réglée aujourd'hui ? Oui Non

HABITAT**73. Dans quel environnement se situe votre habitation ?**

- Urbain
- Sub-urbain
- Rural

74. Depuis quelle année habitez vous dans votre logement actuel ? Année : _ _ _ _**75. Quel type de logement habitez-vous ?**

- Maison avec jardin
- Maison sans jardin
- Appartement au rez-de-chaussée
- Appartement à l'étage, précisez quel étage
- Autre (caravane, mobile-home,...) : Précisez

76. Quand, approximativement, a été construit votre logement actuel ?

- Avant 1950
- Entre 1950 et 1980
- Entre 1981 et 2000
- Après 2000

77. Votre logement, a t-il subi des travaux de rénovation (isolation, nouveau mur, sol, fenêtre, changement des tuyaux, aménagement combles/mansardes...) ?

- Non
- Oui, il y a moins de deux ans
- Oui, il y a moins de 10 ans
- Oui, il y a moins de 20 ans
- Oui, il y a plus de 20 ans

78. Votre logement, a t-il été redécoré durant ces 2 dernières années (nouveau vernis, peinture, papier peint, revêtement de sol, carrelage...) ?

- Oui
- Non

79. Cochez dans la liste ci-dessous si vous avez ces revêtements de sol dans votre logement :

- Parquet, plancher, stratifié, quickstep en bois
- PVC - Vinyle
- Linoleum
- Moquette (« tapis plein »)

80. Combien de tapis avez-vous dans votre logement?

- 0
- 1 à 3
- 3 à 5
- plus de 5

81. Quels sont les modes de chauffage de votre habitation (plusieurs réponses possible)?

- Chauffage central
 - au gaz
 - électrique
 - au mazout
 - aux pellets,
 - au bois,
 - solaire,
 - pompe à chaleur,
 - autre :



Un ou des foyer(s) individuel(s) – De quand date(nt)-il(s) ?

- au gaz. Année :
- électrique Année :
- au mazout Année :
- au pellets Année :
- au bois Année :
- au charbon Année :

82. Avez-vous une citerne à mazout dans la maison ?

- Non
- Oui, dans la cave
- Oui, dans le garage
- Oui, dans la buanderie
- Oui, dans

83. Cochez à quelle fréquence vous faites un feu ouvert.

- Moins de 1 fois par an
- Plus ou moins 1x par mois, en hiver
- Plus ou moins de 1 fois par semaine en hiver
- Tous les jours ou presque

84. Est-ce qu'un thermomètre contenant du mercure (liquide argenté) a déjà été cassé dans votre habitation ?

- Non
- Oui, récemment (cette année)
- Oui, il y a plus d'un an

85. Est-ce qu'une ampoule à économie d'énergie a déjà été cassée dans votre habitation ?

- Non
- Oui, récemment (cette année)
- Oui, il y a plus d'un an

86. A quelle fréquence le nettoyage (c'est-à-dire : laver par terre, les poussières, les toilettes, les éviers, la cuisine) est-il effectué chez vous ?

- Environ 1 X par semaine
- Environ 1 X par mois
- Environ 1X par trimestre

87. Choisissez vous des produits d'entretien / de nettoyage/ de lessive écologiques ou naturels ?

- Non
- Oui, parfois
- Oui, souvent
- Oui, toujours

88. Cochez les propositions qui sont vraies dans votre maison

- Des désodorisants sont régulièrement utilisés pour rafraichir ou parfumer l'air
- De l'encens ou des bougies parfumées sont régulièrement utilisées
- Les canalisations d'eau sont encore (partielement) en plomb

89. Dans le tableau ci-dessous :

- **Cochez les produits utilisés à la maison ces 3 derniers jours**
- **Cochez à la dernière colonne si vous utilisez un produit écologique ou BIO**

<u>Produit</u>	Oui	Non	Je ne sais pas	Produits écologiques ou BIO
Produits de nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cire pour le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adoucissant – Assouplissant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits de nettoyage à sec (ex : pour le nettoyage des tissus d'ameublement, des vêtements, des carpettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits détachants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluides d'imprégnation (ex : pour les tissus d'ameublement, les chaussures (cirage))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PESTICIDES

90. Avez-vous fait un shampoing anti-poux ou antiparasitaire ?

- Non
- Oui, il y a moins de 48h
- Oui, il y a moins de 6 mois

91. Votre habitation ou votre lieu de travail ont-ils été traités par fumigation (gaz) avec des pesticides au cours du dernier mois?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

92. Utilisez vous des pesticides contre les insectes, les mauvaises herbes, les algues, les mousses, les champignons dans le cadre de votre emploi ?

- Oui
- Non

93. Avez-vous utilisé un insecticide ces 2 derniers jours dans la maison contre les moustiques, araignées, cafards, blattes, fourmis, mites, mouches, les pucerons etc (que ce soit en bombe, autocollant, bracelet, prise électrique, etc) ?

- Oui
- Non

94. Est ce que quelqu'un a utilisé un insecticide dans la maison ces 2 derniers jours contre les moustiques, araignées, cafards, blattes, fourmis, mites, mouches, puces du chien/chat, etc (que ce soit en bombe, poudre, autocollant, piège, appât, bracelet, prise électrique, etc) ?

- Oui
- non
- Je ne sais pas

95. Avez-vous utilisé un pesticide ces 2 derniers jours dans votre jardin/ cours /terrasse contre des insectes, les mauvaises herbes, les mousses, les algues, les limaces, etc. (que ce soit en solution liquide, bombe, poudre, autocollant, piège, appât, etc.) ?

- Oui
- Non



96. Est ce que quelqu'un a utilisé un pesticide ces 2 derniers jours dans votre jardin/ cours /terrasse contre des insectes, les mauvaises herbes, les mousses, les algues, les limaces, etc. (que ce soit en solution liquide, bombe, poudre, autocollant, piège, appât, etc.) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

97. A quelle fréquence ces produits pesticides sont-ils utilisés chez vous ?

- Moins de 1 fois par an
- 2 à 3 fois par an
- 1 fois par mois
- Plusieurs fois par mois
- 1 ou plusieurs fois par semaine

98. Sous quelle(s) forme(s) ces produits sont-ils généralement utilisés chez vous? (Plusieurs réponses possibles)

- Solution à pulvériser (spray / aérosol/ bombe insecticide)
- Associés aux engrais
- Pièges/appâts
- Granulés
- Autocollants
- Diffuseurs électriques
- Bracelets
- Autre :.....

99. Combien d'animaux domestiques (chien, chat, oiseau, autre) avez-vous à la maison ? _ _ _ _

100. Sont-ils traités contre les puces ou autres parasites ?

- Non
- Oui, régulièrement (tous les mois)
- Oui, parfois (quelque fois par an)
- Oui, rarement (environ 1 X par an)

101. Ont-ils (tous ou en partie) été traités contre les puces ou autres parasites ces 3 derniers jours ?

- Non
- Oui

102. Qui le (les) a traité(s) ?

- Vous-même
- Un autre membre du ménage

103. Avez-vous utilisé l'un des produits cités ci-dessous , au cours des 4 dernières semaines?

- Produit de toilette (shampoings, lotions, sprays...)
- Traitement antiparasitaire externe (collier antipuce,....)
- Anti puce, autre produit pour animal domestique
- Aucun

DIVERS

104. Au cours de ces 3 derniers jours, avez-vous utilisé de l'encens, des bougies parfumées ?

- Oui Produits écologiques ou BIO ? Oui Non
- Non
- Je ne sais pas



- 105. Au cours de ces 3 derniers jours, avez-vous utilisé du déodorant 'Air' (air freshener)(ex : Air Wick, Fébrèze...)?**
- Oui Produits écologiques ou BIO ? Oui Non
 Non
 Je ne sais pas
- 106. Avez-vous de faux-ongles ?**
- Oui
 Non
- 107. Avez-vous été dans un salon de manucure ces dernières 24 heures ?**
- Oui
 Non
- 108. Avez-vous fait un piercing, y compris les boucles d'oreilles ces derniers 3 jours ?**
- Oui
 Non
- 109. Avez-vous fait un tatouage, un maquillage permanent ces derniers 3 jours ?**
- Oui
 Non
- 110. Portez-vous des lunettes et/ou des lentilles de contact ?**
- Oui, des lunettes
 Oui, des lentilles
 Oui, les deux
 Non
- 111. Portez-vous régulièrement des chaussures en plastique ou en caoutchouc comme, par exemple, des tongs/slashed, des chaussures de plage/natation, des Crocs[®]/sabots...sans chaussettes ?**
- Non
 Oui, tous les jours
 Oui, plusieurs fois par semaine
 Oui, parfois
- 112. Portez-vous régulièrement des chaussures ou des vêtements en Gore-Tex ?**
- Non
 Oui, tous les jours
 Oui, plusieurs fois par semaine
 Oui, parfois
- 113. Avez-vous l'habitude de mettre des objets en plastique (ex. : des stylos, des lunettes ou des jouets) dans la bouche et de les mastiquer?**
- Non
 Oui, souvent
 Oui, parfois
- 114. Utilisez-vous des sex-toys ?**
- Non
 Oui, souvent
 Oui, parfois
- 115. Ces 3 derniers jours avez-vous passé du temps (chez vous ou ailleurs) dans une pièce en présence d'un feu ouvert ou d'un poêle à bois ou au charbon, en fonctionnement ?**
- Oui
 Non



116. Ces 3 derniers jours, avez-vous passé du temps (chez vous ou ailleurs) à coté d'un feu (feu de jardin, feu scouts, brasero, barbecue, « grand feu », etc) ?

- Oui
- Non

ECRAN

117. Combien y a-il au total d'appareils électroniques dans la maison (télé, lecteur dvd, consoles de jeux, laptop, ordinateurs, écrans, imprimantes) ? _ _ _ . appareils au total

118. Combien de temps au total avez-vous passé devant un écran (gsm, ordi, console, télé) ces 3 derniers jours ? heures au total en 3 jours

119. Combien de temps, en moyenne, utilisez-vous par jour un appareil électronique portable :
GSM/smartphone, ordinateur, tablette, liseuse, GPS ?

- Moins de 1heure par jour
- De 1 à 3 heures par jour
- De 3 à 5 heures par jour
- Plus de 5 heures par jour
- Plus de 10 heures par jour

120. Combien de temps, en moyenne, utilisez-vous par jour un appareil électronique fixe:
télévision, ordinateur, console de jeux, PS... ?

- Moins de 1heure par jour
- De 1 à 3 heures par jour
- De 3 à 5 heures par jour
- Plus de 5 heures par jour
- Plus de 10 heures par jour

STYLE DE VIE- COMPORTEMENT

121. Privilégiez vous la consommation d'aliments BIO ?

- Non
- Oui, le plus souvent
- Oui, parfois
- Je ne connais pas ce concept

122. Achetez vous les aliments suivants en BIO ?

Fruits :

- Jamais BIO
- Parfois BIO
- Le plus souvent BIO
- Toujours BIO

Légumes

- Jamais BIO
- Parfois BIO
- Le plus souvent BIO
- Toujours BIO

Pain

- Jamais BIO
- Parfois BIO
- Le plus souvent BIO
- Toujours BIO



Viande

- Jamais BIO
- Parfois BIO
- Le plus souvent BIO
- Toujours BIO

Œufs

- Jamais BIO
- Parfois BIO
- Le plus souvent BIO
- Toujours BIO

Produits laitiers

- Jamais BIO
- Parfois BIO
- Le plus souvent BIO
- Toujours BIO

Riz, pâtes, semoule, etc

- Jamais BIO
- Parfois BIO
- Le plus souvent BIO
- Toujours BIO

123. Avez vous un potager ?

- Non
- Oui

124. Est-ce que des pesticides sont utilisés dans le potager ?

- Non
- Oui, régulièrement en saison
- Oui, parfois en saison

125. Quelle est la part approximative des légumes consommés dans le ménage qui proviennent de votre potager ?

- La moitié
- Plus de la moitié
- Moins de la moitié

126. Avez vous des poules (pour la production des oeufs)?

- Oui
- Non

127. Sont-elles nourries avec des aliments BIO ?

- Oui
- Non

128. Quelle est la part approximative des oeufs consommés par le ménage qui proviennent de votre poulaiier ?

- La moitié
- Plus de la moitié
- Moins de la moitié

129. Privilégiez vous les achats locaux (alimentation locale par exemple) ?

- Non
- Oui, le plus souvent
- Oui, parfois
- Je ne connais pas ce concept



130. Privilégiez vous le recyclage, les achats d'occasion, de 2^e main, la réparation plutôt que nouvel achat, etc) ?

- Non
- Oui, le plus souvent
- Oui, parfois
- Je ne connais pas ce concept

131. Etes vous attentif à la réduction des emballages (achats sans emballage, achats de produits en vrac, emballages réutilisables, utilisation d'une gourde et d'une boîte à tartine, etc)?

- Non
- Oui, le plus souvent
- Oui, parfois
- Je ne connais pas ce concept

132. Le développement durable, l'écologie, la consommation responsable vous préoccupent-ils ?

- Non
- Oui, le plus souvent
- Oui, parfois
- Je ne connais pas ces concepts

133. Quels moyens de transport utilisez-vous habituellement pour vos déplacements?

- Voiture personnelle/de société/moto
- Co-voiturage
- Train
- Bus
- Vélo, trottinette, mobylette
- À pied
- Autre

134. Combien de temps passez-vous en moyenne dans une NOUVELLE voiture (construite il y a moins de 2 ans) ?

- Moins de 30 minutes par jour
- 30 minutes à 1 h par jour
- 1 à 2 heures par jour
- Plus de 2 heures par jours
- Non pertinent

135. Combien de temps passez vous en moyenne dans des zones de trafic extérieur intense (à pied, en vélo, en mobylette, en moto, en trottinette, à l'arrêt du bus, à la gare...ou en voiture, en bus...)

- Moins de 30 minutes par jour
- 30 minutes à 1h par jour
- 1 à 2 heures par jour
- Plus de 2 heures par jours

COSMETIQUES ET PRODUITS D'HYGIENE CORPOREL

136. Le tableau ci-dessous reprends une liste de produits cosmétiques et d'hygiène corporel :

➤ Coche dans la 2^e colonne les produits que tu as utilisés ces dernières 24h

➤ Coche dans les colonnes suivantes la fréquence avec laquelle tu utilises ces produits

Produits cosmétiques et d'hygiène	Dernières 24h	Tous les jours	Tous les 2 jours	1x par semaine	2 ou 3 X par mois	Jamais ou rarement
Shampooing, après-shampooing, soin des cheveux...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spray, laque, mousse pour cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Défrisant, baume lissant pour cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crèmes, lait, baume et lotion pour le corps ou les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démaquillant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème à raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lotion aftershave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cosmétiques traditionnels (khôl, surma, henné, tiro.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloration des cheveux ou permanente	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

137. Le tableau ci-dessous reprend une 2e liste de produits cosmétiques et d'hygiène corporelle :

➤ Coche dans la 2^e colonne les produits que tu as utilisés ces dernières 24h

➤ Coche dans les colonnes suivantes la fréquence avec laquelle tu utilises ces produits

Produits cosmétiques et d'hygiène	Dernières 24h	Plusieurs X par jour	1X par jour	Plusieurs X par semaine	1 X par semaine	2 ou 3 X par mois	Rarement ou Jamais
Bain de bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits antibactérien pour les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lingettes mains, bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lingettes toilette, WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déodorant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème pour le visage, antiride, soin peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fond de teint (poudre, liquide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge à lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baume à lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blush, fard, rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maquillage pour les yeux (fard à paupières, eye-liner, crayon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernis à ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dissolvant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protection solaire (crème, spray...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

138. Parmi les produits cosmétiques et de soins corporels suivants, si tu les utilises, lesquels sont classiques, Bio ou 'Fait-maison' ou sans paraben ?

Produits cosmétiques et d'hygiène	Classique (conventionnel)	BIO / Fait-Maison	Sans paraben



Savons (mains-corps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shampooing, après-shampooing, soin des cheveux...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spray, laque, mousse pour cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Défrisant, baume lissant pour cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crèmes, lait, baume et lotion pour le corps ou les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démaquillant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème à raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lotion aftershave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cosmétiques traditionnels (khôl, surma, henné, tiro.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloration des cheveux ou permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bain de bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits antibactérien pour les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déodorant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème pour le visage, antiride, soin peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fond de teint (poudre, liquide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouge à lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baume à lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blush, fard, rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maquillage pour les yeux (fard à paupières, eye-liner, crayon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernis à ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protection solaire (crème, spray...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

139. Combien de fois vous lavez-vous les mains par jour ? Basez-vous sur une journée normale

- Plus de 5 fois par jour
- 2 à 4 fois par jour
- 1 à 2 fois par jour
- Moins d'1X

Merci beaucoup pour votre collaboration