

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 ayez 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):**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Je travaille   | > allez à la question 19 |
| <input type="checkbox"/> Je suis sans emploi, je perçois « le chômage »               | > allez à la question 22 |
| <input type="checkbox"/> Je suis étudiant   | > allez à la question 16 |
| <input type="checkbox"/> Je suis en contrat d'apprentissage                           | > allez à la question 16 |
| <input type="checkbox"/> Je suis au foyer, je ne perçois aucun revenu                 | > allez à la question 22 |
| <input type="checkbox"/> Je suis en congé de maladie/invalidité de longue durée ....> | allez à la question 22   |
| <input type="checkbox"/> 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<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> 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) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <b>Poisson et fruits de mer en général</b><br>(y compris thon dans une salade, un sandwich/pizza, cocktail de crevettes, algues...)    | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Poisson de mer</b> (ex : thon, lieu, saumon, anchois, hareng, dorade, rouget, cabillaud, sardine...)                                | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Poissons d'eau douce</b> (perche, truite, carpe, silure, anguille, brochet, esturgeon, truite saumonée, tilapia)                    | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Fruits de mer</b> (ex : crustacés : crabe, homard, crevettes, scampi... ; coquillages : moules, huitre, bulot ; calamar, poulpe...) | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Algues</b>  | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Viande</b> : porc, bœuf, volaille, canard, mouton, etc viande froide, charcuterie   | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Gibier</b> (faisan, chevreuil, sanglier...)   | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Abats</b> (foie, rognons, ris de veau...)   | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Fromage</b>   | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Lait</b> : produit laitier, yogurt, fromage blanc, crème  | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Œufs</b> (aussi inclus dans les préparations)   | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Pain blanc</b>  | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Pain gris ou complet</b>  | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Riz</b>   | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Céréales</b>  | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Champignons</b>   | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Herbes aromatiques</b> (basilic, menthe, persil, etc)   | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Choco (Nutella ou autre)</b>  | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Chocolat</b>  | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Jus de fruits <u>NON</u> bio</b>  | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Jus de fruits <u>BIO</u></b>  | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Jus de raisins du commerce <u>NON</u> bio</b>   | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Chewing-gum</b>   | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Glace/crème glacée</b>  | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Bonbons à la gelée</b> (gommes)   | <input type="checkbox"/>       |

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

- Cochez dans la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> 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"/>       |
| Aliments « traiteurs » / fast food /take away  | <input type="checkbox"/>       |
| Boissons à emporter dans un gobelet en plastique, carton plastifié, polystyrène        | <input type="checkbox"/>       |
| Fruits et légumes frais  | <input type="checkbox"/>       |
| Aliments en conserve   | <input type="checkbox"/>       |
| Aliments surgelés emballés dans du carton  | <input type="checkbox"/>       |
| Aliments surgelés emballés dans du plastique   | <input type="checkbox"/>       |
| Aliments réchauffés au micro-onde (avec un film ou un contenant en plastique)          | <input type="checkbox"/>       |
| Boisson dans des bouteilles en plastique   | <input type="checkbox"/>       |
| Boisson en canettes  | <input type="checkbox"/>       |
| Produits fumés (ex : jambon, lard fumé, saucisse fumée, fromage fumé, saumon fumé,...) | <input type="checkbox"/>       |
| Grillades au barbecue (sur flamme nue ou sur braises)                                  | <input type="checkbox"/>       |
| Fritures   | <input type="checkbox"/>       |
| Plats préparés (avec emballage plastique)  | <input type="checkbox"/>       |
| Pain grillés avec toaster  | <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's, 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<sup>e</sup> 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 utilisés 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 frir et cuire, cochez ceux que vous utilisés 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, boiserie...) ?**

- 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<sup>e</sup> colonne
- Cochez celles que vous avez eu dans la 3<sup>e</sup> 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<br>telle que rhinite, inflammation des yeux, dermatite,<br>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<br>hyperactivité  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>              |
| Infertilité   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>              |
| <i>Seulement pour les femmes :</i><br>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<sup>er</sup> enfant : ..... mois
- 2<sup>e</sup> enfant : ..... mois
- 3<sup>e</sup> enfant : ..... mois
- 4<sup>e</sup> 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<sup>®</sup>/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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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"/> |
| Spray, laque, mousse pour cheveux                         | <input type="checkbox"/> |
| Défrisant, baume lissant pour cheveux                     | <input type="checkbox"/> |
| Crèmes, lait, baume et lotion pour le corps ou les mains  | <input type="checkbox"/> |
| Démaquillant  | <input type="checkbox"/> |
| Crème à raser   | <input type="checkbox"/> |
| Lotion aftershave   | <input type="checkbox"/> |
| Cosmétiques traditionnels (khôl, surma, henné, tiro.....) | <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<sup>e</sup> 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"/> |
| Produits antibactérien pour les mains                          | <input type="checkbox"/> |
| Lingettes mains, bouche  | <input type="checkbox"/> |
| Lingettes toilette, WC   | <input type="checkbox"/> |
| Déodorant  | <input type="checkbox"/> |
| Crème pour le visage, antiride, soin peau                      | <input type="checkbox"/> |
| Fond de teint (poudre, liquide)                                | <input type="checkbox"/> |
| Rouge à lèvres   | <input type="checkbox"/> |
| Baume à lèvres   | <input type="checkbox"/> |
| Blush, fard, rouge   | <input type="checkbox"/> |
| Maquillage pour les yeux (fard à paupières, eye-liner, crayon) | <input type="checkbox"/> |
| Vernis à ongles  | <input type="checkbox"/> |
| Dissolvant   | <input type="checkbox"/> |
| Protection solaire (crème, spray...)                           | <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**