

Ce questionnaire vise à identifier les influences environnementales sur la santé et le bien-être. Il vous prendra environ 15 minutes de répondre à ce questionnaire. Il n'est pas obligatoire de répondre à toutes les questions. Vos informations seront traitées de façon strictement confidentielle. Toute exploitation des données s'effectuera dans l'anonymat.

QUESTIONS VOUS CONCERNANT

Ageans

Résidence :

Sexe

féminin

masculin

Quel est votre niveau d'études ?

BEPC

apprentissage ou formation en
alternance

Baccalauréat

grandes écoles ou
université

À quel étage dormez-vous ?

sous-sol

rez-de-chaussée

.... étage

Mansardes = étage

Sur quels points cardinaux donnent les fenêtres de votre chambre à coucher ?

Nord-ouest

Nord

Nord-est

Ouest

Est

Sud-ouest

Sud

Sud-est

Pour chacun des appareils suivants, pouvez vous nous dire combien de temps en moyenne vous les utilisez par jour et depuis combien d'années?

(Si vous n'êtes pas exposé à une de ces sources, veuillez inscrire un zéro)

Questionnaire préconisé par le Conseil Scientifique du (riirem, utilisé et validé lors des études de G. Oberfeld et coll. (2002), Département de Santé Publique de la région de Salzbourg, Autriche.
Téléchargeable sur www.criirem.org

Téléviseur écran cathodique	.....heures/jour	depuis.....ans
Téléviseur écran plat (plasma, LCD)	.....heures/jour	depuis.....ans
Console de jeu	.....heures/jour	depuis.....ans
Console de jeu WiFi	.....heures/jour	depuis.....ans
Ordinateur de bureau écran CRT	.....heures/jour	depuis.....ans
Ordinateur de bureau écran TFT, LCD...	.....heures/jour	depuis.....ans
Ordinateur portable	.....heures/jour	depuis.....ans
PDA sans accès mobile	.....heures/jour	depuis.....ans
PDA communicant ou smartphone	.....heures/jour	depuis.....ans
Téléphone mobile	.....minutes/jour	depuis.....ans
Téléphone sans fil	.....minutes/jour	depuis.....ans
Cuisinière électrique	.....heures/jour	depuis.....ans
Four à micro-ondes	.....fois/semaine	depuis.....ans

Y a-t-il à proximité du chevet de votre lit les objets suivants ?

	non	oui	distance du bord de lit
Rallonge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	environ cm
Lampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	environ cm
Radio-réveil avec prise électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	environ cm
Lecteur CD, radio, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	environ cm
Téléviseur, console de jeux...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	environ cm
Téléphone mobile, sans fil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	environ cm
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	environ cm

Sur quel type de literie dormez-vous?

	oui	non	je ne sais pas
Matelas à eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cadre de lit en métal, p.ex. fer, laiton, aluminium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommier ou support de matelas en métal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit à réglages électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas à ressort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous utilisé une couverture chauffante au cours des 5 dernières années ? si oui, à quelle fréquence?

jamais rarement souvent presque quotidiennement

Vous arrive-t-il de ressentir de l'électricité ou un rayonnement venant de câbles électriques, lampes, écrans d'ordinateurs, néons, ordinateurs portables, téléphones portables, téléphones sans fil ou antennes relais?

Les symptômes peuvent être p.ex. mal de tête, l'esprit embrouillé, nervosité, problèmes de concentration

non oui je ne sais pas

Vous arrive-t-il de prendre des somnifères ?

jamais rarement souvent presque chaque jour Si oui, depuis quand

Comment arrivez-vous à vous endormir (sans somnifères) ?

très bien bien moyennement mal très mal

Utilisez vous votre véhicule au quotidien ? Oui Non

Si oui, combien d'heures par jour ?

Heures

celui-ci est-il équipé : d'un GPS ?

Oui Non

▪ d'un système main libres pour GSM ?

Oui Non

▪ d'une antenne radio intégrée dans la vitre

Oui Non

Vous réveillez-vous au cours de la nuit ? (Veuillez cocher les cases correspondantes)

sans somnifère		avec somnifère	
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

À quel(s) moment(s) de la nuit ? (<i>Plusieurs mentions sont possibles, le cas échéant</i>)	..... heure(s)	..... heure(s)
Combien de fois par nuit ?	..... fois	..... fois
Combien de fois par mois ?	..... fois	..... fois

Etes-vous affecté par des nuisances sonores à votre domicile ?

	pas du tout	peu	moyennement	fortement
Circulation routière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trafic ferroviaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trafic aérien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous exposé à votre domicile à la pollution de l'air ?

	pas du tout	peu	moyennement	fortement
Gaz d'échappement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumée de bois ou de charbon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y a-t-il ou y a-t-il eu sur votre lieu de travail un téléphone sans fil ou un réseau sans fil?

non oui En ce cas, pendant quelle période je ne sais pas

Depuis combien de temps habitez-vous à votre domicile actuel ? depuis ans

Etes-vous réactif(ve) aux odeurs, comme les parfums p.ex. ?

pas du tout peu prononcé fortement

Avez-vous déjà été sous traitement médical pour les maux suivants ?*Veillez préciser également la période pendant laquelle vous en avez été affecté, p.ex. 1999-2002*

	non	oui	Période	
			de	à
Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension élevée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme des bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crises épileptiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer – si oui, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Souffrez-vous ou avez-vous souffert des maux suivants ?*Veillez préciser également la période pendant laquelle vous en avez souffert, p.ex. 1999-2002*

	0 jamais	1 peu	2 moyen	3 fort	Période	
					de	à
Sensation de faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté de déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin d'aller aux toilettes la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transpiration nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin excessif de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tachycardie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisement rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension élevée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruits dans les oreilles (acouphène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiration sifflante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de devoir éternuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance au collapsus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres, précisez.....

Comment vous définissez-vous par rapport à la notion « l'anxiété générale » ?

pas anxieux peu anxieux anxieux très anxieux

Quel est le degré d'obscurité dans votre chambre à coucher la nuit ?

obscurité totale obscur mi-obscur clair

Combien de plombages dentaires à amalgame avez-vous? Nombre de plombages
.....

Vous arrive-t-il dans votre logement de recevoir une décharge électrique p.ex. lorsque vous touchez une poignée de porte ou une personne ?

non
 oui En ce cas, combien de fois par an approximativement ?

Avez-vous déjà vous-même utilisé des traitements chimiques (insecticide, fongicide, herbicide etc.) p.ex. sur des plantes d'intérieur, des arbres fruitiers, céréales, mauvaises herbes etc. ?

jamais rarement occasionnellement souvent très souvent

QUESTIONS CONCERNANT VOTRE LOGEMENT

Type d'habitat

-
- maison individuelle Maison mitoyenne
-
- immeuble collectif

En quels matériaux sont construits les murs extérieurs de votre maison au niveau du rez-de-chaussée et des étages ? *(possibilité de multiples réponses)*

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> briques | <input type="checkbox"/> bois | <input type="checkbox"/> maison préfabriquée |
| <input type="checkbox"/> pierres | <input type="checkbox"/> bloc de béton | <input type="checkbox"/> tôle |
| <input type="checkbox"/> béton | <input type="checkbox"/> composites bois-ciment | <input type="checkbox"/> |

Quels matériaux composent principalement la toiture de votre habitation dans le secteur des chambres à coucher ?

-
- tuiles ou fibres de ciment
-
- cuivre, aluminium, fer
-
- autres

En quels matériaux sont réalisés les cadres de fenêtres dans le secteur des chambres à coucher ?

-
- bois
-
- matières plastiques (PVC)
-
- métal

Quel genre de vitres équipent les fenêtres dans le secteur des chambres à coucher ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> vitrage simple ou petits
carreaux | <input type="checkbox"/> double vitrage
(jusqu'à 1990 environ) | <input type="checkbox"/> vitrage à protection
thermique (à partir de 1990) |
|---|---|---|

Avez-vous utilisé ou utilisez-vous toujours des téléphones sans fil dans votre logement ?

non

oui En ce cas, pendant quelle période ?..... A quelle distance du lit ?

Le cas échéant, veuillez indiquer la désignation des téléphones :
(l'indication est inscrite soit sous le pied de l'appareil, soit dans le mode d'emploi
– p.ex. Siemens Gigaset 1010 A)

.....

Est-ce qu'ailleurs dans votre immeuble, des téléphones sans fil ont été utilisés ou le sont toujours ? (Veuillez vous renseigner auprès de vos voisins)

non je ne sais pas

oui En ce cas, pendant quelle période ? A quelle distance du lit ?

Le cas échéant, veuillez indiquer la désignation des téléphones :
(l'indication est inscrite soit sous le pied de l'appareil, soit dans le mode d'emploi
– p.ex. Siemens Gigaset 1010 A)

.....

Avez vous dans votre logement un point d'accès WiFi/ WLAN

non je ne sais pas

oui En ce cas, depuis quand?

Le cas échéant, veuillez indiquer la désignation du dispositif WiFi/ WLAN:
(modèle du modem, dénomination de la box d'accès à internet)

.....

Au cours des deux dernières années, des odeurs ou tâches de moisissure sont-elles apparues dans votre logement ?

non oui Le cas échéant, veuillez préciser :

Pièce (veuillez préciser)	Odeur prononcée	Taille inférieure à 20 x 20 cm	Taille supérieure à 20 x 20 cm
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Combien y a-t-il ou y a-t-il eu chez vous de tapis ou de moquettes en laine ?

Nombre approximatif

Des surfaces importantes dans votre logement ont-elles été traitées avec les produits suivants ?

	non	Oui	je ne sais pas
Produit de protection du bois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernis ou laques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peinture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Des fissures, l'écaillage des revêtements muraux ou des dépôts de salpêtre sont-ils survenus au cours des dix dernières années ?

 non oui

Le cas échéant, en quelle année ?

Quel est le système d'alimentation en électricité de votre domicile ?

	non	oui	je ne sais pas
Câble aérien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câble souterrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà utilisé ou utilisez-vous toujours des diffuseurs électriques (insecticide, désodorisant d'atmosphère) dans votre habitation ?

 jamais rarement assez souvent fréquemment

L'année de construction de votre domicile

Exploitez-vous une activité d'élevage agricole ou avez-vous des animaux de compagnies ?

non

oui

Le cas échéant, avez-vous constaté au cours des dernières années des changements de comportement chez vos animaux ?

non

oui

Le cas échéant, à quelle période

Chez quels animaux ?

Quels changements avez-vous relevé ?

Agressivité plus fréquente

Comportement de reproduction modifié

Fréquence plus élevée de fausses couches et de mort-nés

Agitation plus fréquente

Les affections suivantes se manifestent souvent :

.....
.....
.....

Fin du questionnaire !

Nous vous remercions de votre participation !