

DATE DE REPONSE

/ /
jour / mois / année

DATE DE NAISSANCE
(pour vérification)

/ /
jour / mois / année

SEXE

M F



Les questions qui suivent portent sur la santé respiratoire, les allergies et sur certains facteurs environnementaux. Les réponses à toutes les questions sont importantes pour la recherche, qu'elles soient positives ou négatives.

Veillez trouver ci-dessous quelques instructions pour compléter au mieux le questionnaire :

- écrire avec un stylo noir, en majuscules d'imprimerie,
- éviter de rayer et de déborder des cases,
- en cas de doute, cocher la case « non ».

Nous vous remercions chaleureusement de votre participation

SANTE RESPIRATOIRE

1. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui

2. Si oui, avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ? Non Oui

3. Avez-vous eu des sifflements quand vous n'étiez **pas** enrhumé(e) ? Non Oui

4. A quel âge avez-vous eu ces sifflements dans la poitrine pour la première fois ? ans

5. A quelle fréquence avez-vous eu des sifflements dans les **12 derniers mois** ?

- tous les jours
 au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours
 de temps en temps

6. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui, une nuit ou plus par semaine Oui, moins d'une nuit par semaine

7. Avez-vous eu une crise d'essoufflement au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui

8. Si oui, à quel âge avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée pour la première fois ? ans

9. Avez-vous eu une crise d'essoufflement APRES un effort intense, à un moment quelconque, dans les **12 derniers mois** ? Non Oui

10. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement à un moment quelconque, dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui, une nuit ou plus par semaine Oui, moins d'une nuit par semaine

11. Si oui, avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, dans les **3 derniers mois** ?

Non Oui

12. Si oui, en moyenne, avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, **au moins une fois par semaine** dans les **3 derniers mois** ?

Non Oui

13. Si oui, combien de fois par semaine, **en moyenne**, avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, dans les **3 derniers mois** ?

fois

14. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui, une nuit ou plus par semaine Oui, moins d'une nuit par semaine

15. Toussez-vous **habituellement** en vous levant, en hiver ?

Non Oui

16. Toussez-vous **habituellement** pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

Non Oui

17. Si oui, tousez-vous comme cela presque tous les jours pendant **3 mois de suite** chaque année ?

Non Oui

18. Si oui, depuis combien d'année(s) tousez-vous comme cela (3 mois de suite chaque année) ?

an(s)

19. Avez-vous **habituellement** des crachats provenant de la poitrine en vous levant, en hiver ?

Non Oui

20. Avez-vous **habituellement** des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

Non Oui

21. Si oui, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **3 mois de suite** chaque année ?

Non Oui

22. Si oui, depuis combien d'année(s) crachez-vous comme cela (3 mois de suite chaque année) ?

an(s)

23. Dans les 3 dernières années, vous est-il arrivé de tousser et de cracher (davantage) pendant **au moins 3 semaines** ?

Non Oui

24. Si oui, cela vous est-il arrivé plus d'une fois ?

Non Oui

25. Avez-vous eu des **épisodes/périodes** où vos **symptômes** (toux, crachats, essoufflement) étaient vraiment **pires que d'habitude** ?

Non Oui

Si oui, dans **les 12 derniers mois** :

26. Combien de fois avez-vous eu ces épisodes ?

27. Combien de fois ces épisodes vous ont obligé(e) à consulter un médecin ?

28. Combien de fois votre traitement a-t-il été modifié suite à ces épisodes ?

29. Combien de fois êtes-vous allé(e) aux urgences ou avez-vous passé une nuit à l'hôpital suite à ces épisodes ?

30. Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés pour respirer ?

Non Oui

31. Si oui, avez-vous ces difficultés :

continuellement (donc votre respiration n'est jamais tout à fait normale)

de façon répétée, mais cela s'arrange toujours complètement

seulement rarement

32. Marchez-vous difficilement pour une **autre raison** qu'une maladie cardiaque ou pulmonaire ?

Non Oui

33. Si oui, décrivez cette raison :

34. Êtes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?

Non Oui

35. Si oui, êtes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?

Non Oui

36. Si oui, vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

Non Oui

37. Si oui, êtes-vous essoufflé(e) au repos ?

Non Oui

38. Dans l'ensemble, depuis l'enquête précédente*, pensez-vous que l'état de vos bronches ou de votre respiration ait changé ?

Non Oui → 39. Si oui, s'est-il : amélioré aggravé

40. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ? Non Oui

41. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

Non Oui → 42. Si oui, ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ? Non Oui

43. Avez-vous eu une crise d'asthme dans les **12 derniers mois** ? Non Oui

44. Avez-vous été traité(e) pour vos crises ?

Non Oui → 45. Si oui, avez-vous été traité(e) dans les **12 derniers mois** ? Non Oui

46. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une de ces formes de **bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)** :

	Non	Oui
a) Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) BPCO (forme non spécifiée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu oui à au moins une des trois propositions, répondez aux questions n°47 à n°50.

Si vous avez répondu non aux trois propositions, passez directement à la question n°51.

47. A quel âge avez-vous développé vos premiers symptômes de BPCO ? ans

Si vous avez à la fois une bronchite chronique et de l'emphysème, indiquez l'âge auquel vous avez noté les premiers symptômes de l'une ou de l'autre de ces maladies.

48. A quel âge un médecin vous a-t-il diagnostiqué pour la première fois une BPCO ? ans

49. Comment ce diagnostic a-t-il été réalisé ?

Spirométrie (mesure du souffle) Radiographie du thorax Tomodensitométrie du thorax (scanner thoracique) Symptômes / examen médical

50. Durant les **12 derniers mois**, combien de fois avez-vous :

a) ... passé une nuit à l'hôpital en raison de votre BPCO ?

jamais 1 2 3 4 5 6 - 8 9 - 11 12 ou plus

b) ... été aux urgences d'un hôpital pour le traitement de votre BPCO ?

jamais 1 2 3 4 5 6 - 8 9 - 11 12 ou plus

c) ... été chez un médecin pour vous faire prescrire en urgence un traitement pour votre BPCO ?

jamais 1 2 3 4 5 6 - 8 9 - 11 12 ou plus

51. Vous a-t-on mesuré votre fonction ventilatoire au cours des **2 dernières années** (mesure du souffle) ?

Non Oui → 52. Si oui, quel était votre volume expiratoire maximal forcé en 1 seconde (VEMS) ?

anormal (moins de 80% de la valeur théorique) normal (80 à 120% de la valeur théorique) je ne sais pas

53. Avez-vous utilisé des médicaments inhalés pour améliorer votre respiration à un moment quelconque dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui → 54. Si oui, quel(s) médicament(s) avez-vous utilisé ?

bronchodilatateurs

Comme par exemple :
Ventoline, Bricanyl, Salbutamol, Airomir, Maxair, Asmasal, Ventilastin,...

corticoïdes inhalés

Comme par exemple:
Flixotide, Seretide, Pulmicort, Symbicort, Becotide, Qvar, Miflasone, Innovair...

anticholinergiques

Comme par exemple:
Spiriva, Atrovent, Combivent...

autres, précisez

.....

* La date de l'enquête précédente, rappelée dans votre lettre, correspond pour la plupart d'entre vous à votre réponse au questionnaire postal de la deuxième phase (entre 2003 et 2007). Pour ceux n'ayant pu participer à la deuxième phase, la date correspond à votre réponse à la première phase (1991-1995).

NEZ

1. Avez-vous déjà eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumé(e) et n'aviez pas de grippe ?

Non → Si non, passez directement à la question n°13

Oui → 2. Si oui, aviez-vous les yeux qui piquent ou qui pleurent quand vous aviez ces problèmes de nez ? Non Oui

3. A quel âge avez-vous eu ces problèmes de nez pour la première fois ? ans

4. A quand remonte le dernier épisode ? semaines

Si cet épisode était il y a longtemps, vous pouvez répondre en mois ou années

5. Avez-vous eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumé(e) et n'aviez pas la grippe dans les **12 derniers mois** ?

Non → 6. Si non, à quel âge ces symptômes ont-ils disparu ? ans

Oui → 7. Si oui, pendant lequel ou lesquels de ces **12 derniers mois** avez-vous eu ces problèmes de nez ?

Jan Fev Mar Avr Mai Juin Juil Août Sept Oct Nov Dec

8. Durant les **12 derniers mois**, quels facteurs ont déclenché ou augmenté ces problèmes de nez ?

acariens ou poussières de maison pollens animaux pollution atmosphérique autres, précisez :

9. Avez-vous déjà eu ce problème pendant **plus de 4 jours** au cours de la même semaine dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui → 10. Si oui, est-ce que cela est arrivé pendant plus de **4 semaines consécutives** ?

Non Oui → 11. Si oui, est-ce que cela est arrivé pendant plus de **3 mois par an** ? Non Oui

12. Pour chacun des problèmes suivants, veuillez indiquer combien il a été important dans les **12 derniers mois** :

	Pas de problème (symptômes non présents)	Un problème qui est/était présent, mais non gênant	Un problème gênant mais n'affectant pas les activités journalières ou le sommeil	Un problème qui affecte certaines activités ou le sommeil
Le nez qui coule comme de l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nez bouché (impression d'être incapable de respirer par le nez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nez qui démange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des éternuements particulièrement violents et par crises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les yeux qui pleurent, rouges, qui piquent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Avez-vous déjà eu une rhinite allergique ?

Non Oui → 14. Si oui, à quel âge pour la première fois ? ans

15. Avez-vous déjà eu le rhume des foins ?

Non Oui → 16. Si oui, à quel âge pour la première fois ? ans

17. Avez-vous utilisé des sprays de corticoïdes **par voie nasale** pour soigner des symptômes du nez dans les **12 derniers mois** ?

Nasacort, Nasonex, Avamys, Rhinocort, Beconase, ...

Non Oui

18. Avez-vous utilisé des traitements antihistaminiques/anti-allergiques **par voie orale** pour soigner des symptômes du nez dans les **12 derniers mois** ?

Aerius, Xyzall, Clarytine, Kestin, Virlix, Zyrtec, ...

Non Oui

PEAU

1. Avez-vous déjà eu des rougeurs ou des éruptions qui démangent, qui apparaissent et disparaissent, **pendant au moins 6 mois** ?

Non Oui

2. Si oui, à quel âge ces rougeurs sont-elles apparues pour la première fois ? ans

3. Avez-vous eu ces rougeurs qui démangent dans les **12 derniers mois** ?

Non → 4. Si non, à quel âge ces rougeurs ont-elles disparu complètement ? ans

Oui → 5. Est-ce que, **à un moment quelconque**, ces rougeurs se sont situées sur l'un des points suivants : aux plis des coudes, derrière les genoux, sur le devant des chevilles, sous les fesses, ou autour du cou, des oreilles ou des yeux ? Non Oui

6. Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?

Non Oui

7. Si oui, à quel âge pour la première fois ? ans

8. En avez-vous eu dans les **12 derniers mois** ?

Non → 9. Si non, à quel âge a-t-il complètement disparu ? ans

Oui → 10. Si oui, quels ont été les facteurs qui ont provoqué votre eczéma dans les **12 derniers mois** ?

- contact avec lessives
- contact (ceinture, boucle d'oreille,...)
- nickel, cobalt
- autre, précisez :

11. Avez-vous déjà eu des plaques rouges qui grattent ou qui brûlent comme après une piqûre d'ortie ?

Non Oui

12. Si oui, est-ce que ces plaques avaient tendance à se déplacer à différents endroits de votre corps ? Non Oui

SOMMEIL

1. Vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez quand vous dormez ?

Non

Oui

2. Si oui, dans les **12 derniers mois** :

Jamais Rarement Parfois Souvent Tout le temps

a) Vous a-t-on dit que vous arrêtiez de respirer ou que votre respiration était irrégulière, quand vous dormiez ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Tout le temps

b) Vous êtes-vous réveillé(e) tout à coup, avec une sensation de suffocation ou sans arriver à respirer ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Tout le temps

c) Vous a-t-on dit que vous ronfliez bruyamment, ou que vos ronflements perturbaient les autres personnes ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Tout le temps

3. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faisiez de l'apnée du sommeil ?

Non Oui

4. Avez-vous déjà eu des brûlures d'estomac ou des renvois, quand vous étiez couchée au lit ?

Non

Oui

5. Si oui, en avez-vous eu dans les **3 derniers mois** ?

Non

Oui, moins d'une fois par semaine

Oui, 1 à 2 fois par semaine

Oui, 3 à 5 fois par semaine

Oui, presque toutes les nuits

AUTRES ANTECEDENTS

1. Etes-vous né(e) par césarienne ?

Non

Oui

Pour chacun des problèmes de santé suivants, indiquez si vous avez, ou avez déjà eu ce problème de santé, et, si oui, l'âge auquel cette maladie a été diagnostiquée par un médecin pour la première fois.

	Non	Oui	Age au diagnostic
2. Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans
3. Angine de poitrine, crise cardiaque, maladie coronaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans
4. Diabète insulino-dépendant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans
5. Diabète non-insulino dépendant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans
6. Cancer: <input type="checkbox"/> sein <input type="checkbox"/> prostate <input type="checkbox"/> poumon <input type="checkbox"/> colorectal <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans
7. Dépression	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans
8. Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans
9. Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans
10. Migraine	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans
11. Reflux gastro-oesophagien, hernie hiatale ou oesophagite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans

12. Avez-vous une autre maladie chronique non mentionnée ci-dessus et autre qu'un asthme, BPCO, bronchite chronique ou emphysème ?

Non

Oui

13. Si oui, précisez :

14. Votre mère a-t-elle été soignée par un médecin pour de l'asthme ?

Non

Oui

15. Si oui, âge de début de sa maladie : ans

Je ne sais pas

16. Votre père a-t-il été soigné par un médecin pour de l'asthme ?

Non

Oui

17. Si oui, âge de début de sa maladie : ans

Je ne sais pas

6

TABAC

1. Fumez-vous ou avez-vous fumé antérieurement une cigarette par jour ou plus pendant au moins un an ?

Non → Si non, passez directement à la question n°14 (Tabac Passif)

Oui → 2. Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer ? ans

Si vous êtes actuellement un(e) ex-fumeur(se), passez à la question n°10

3. Combien de cigarettes fumez-vous actuellement en moyenne ?

Nombre de cigarettes : par jour ou par semaine

4. Depuis combien de temps fumez-vous comme cela ? année(s) ou mois

5. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

dans les 5 minutes entre 6 et 30 minutes entre 31 et 60 minutes plus de 60 minutes

6. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ? Non Oui

7. A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?

la première une autre

8. Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ? Non Oui

9. Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ? Non Oui

Si vous avez diminué votre consommation ou arrêté de fumer :

10. En moyenne, avant d'arrêter de fumer ou de diminuer, combien de cigarettes fumiez-vous ?

Nombre de cigarettes : par jour ou par semaine

11. Pendant combien de temps avez-vous fumé comme cela ? année(s) ou mois

Si vous avez arrêté de fumer :

12. Depuis combien de temps ? année(s) ou mois

13. Avez-vous arrêté de fumer à cause de vos bronches ? Non Oui

TABAC PASSIF

14. A part vous-même, combien de personnes vivent actuellement dans le même appartement ou la même maison que vous ? personne(s)

15. Parmi celles-ci, combien sont des fumeurs ? personne(s)

Si vous êtes (ou avez été) marié(e) / en couple :

16. Votre conjoint(e) fume-t-il(elle) ou a-t-il(elle) fumé depuis le moment où vous avez vécu ensemble ?

Non Oui → 17. Si oui, sa consommation est (était)-elle ?
 légère (moins de 9 cigarettes par jour) moyenne (entre 10 et 20 cigarettes par jour) élevée (plus d'un paquet par jour)

18. Fume-t-il(elle) actuellement ? Non Oui

19. Combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée des autres ? heure(s)

Si une heure ou plus :

20. Combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac des autres dans les lieux suivants ?
20a. au domicile heure(s)
20b. ailleurs heure(s)

21. Votre mère était-elle fumeuse quand vous étiez enfant ? Non Oui

22. Votre père était-il fumeur quand vous étiez enfant ? Non Oui

TACHES DOMESTIQUES

1. Vous faites-vous aider pour faire le ménage à votre domicile (comme par exemple : par des membres de la famille, des amis, une aide à domicile) ? Non Oui

Pouvez-vous nous décrire les activités de ménage que vous effectuez personnellement

	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
2. Dans les 12 derniers mois , combien de jours par semaine avez-vous fait personnellement le ménage à votre domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les tâches suivantes (dans les **12 derniers mois**) ?

	Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
a) Nettoyer la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Faire la lessive à la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Faire la lessive à la machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bricoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les opérations de nettoyage suivantes (dans les **12 derniers mois**) ?

	Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
a) Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur, battre les tapis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Passer la serpillière ou lessiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nettoyer la cuvette des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lustre, cirer le parquet/ les meubles, shampooiner tapis/moquettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nettoyer les vitres ou les miroirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé (dans les **12 derniers mois**) ?

- Les **produits de nettoyage** suivants :

	Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
a) Tout nettoyant liquide (sauf produits de vaisselle et lessive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cires et produits pour lustre (sols, meubles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ammoniac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Acides y compris détartrants, liquides pour enlever le tartre, vinaigre, acide chlorhydrique,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Détachants et autres solvants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Produits de nettoyages parfumés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Eau de javel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Les **sprays ou aérosols** suivants :

	Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
a) Sprays ou aérosols pour les meubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sprays ou aérosols pour les vitres ou miroirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sprays ou aérosols pour laver le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sprays ou aérosols pour dégraisser ou pour nettoyer le four	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sprays ou aérosols anti-mauvaises odeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Insecticide, pesticide ou acaricide en sprays ou aérosols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Autres sprays ou aérosols (repassage, tapis, rideaux,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOMICILE ET DEPLACEMENT

Cette partie du questionnaire est faite pour évaluer le plus précisément possible votre exposition personnelle à différents facteurs environnementaux.

1. Dans les **12 derniers mois**, combien de temps en moyenne (heures, minutes) passez-vous **quotidiennement** :

	Un jour de travail en été <i>(ou un jour de semaine pour les personnes qui ne travaillent pas: retraite, chômage,...)</i>	Un jour de travail en hiver	Un jour de congé (weekend, vacances) en été	Un jour de congé (weekend, vacances) en hiver
--	---	--------------------------------	--	--

A VOTRE DOMICILE

A l'intérieur (sommeil inclus)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
A l'extérieur (jardin, balcon, terrasse)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m

EN DEPLACEMENT

(pour aller au travail, pour aller faire des courses, pour aller chercher les enfants à l'école, pour aller chez des amis/famille, etc...)?

A pied	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
A vélo	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
En métro	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
En tramway	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
En train	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
En bus	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
En voiture (ou taxi)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
En moto (ou scooter)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m

2. Quel que soit votre moyen de transport (voiture, vélo, marche,...), quelle situation décrit le mieux la circulation automobile au cours de la **majorité** de vos trajets ?

Circulation fluide Circulation dense Encombrement

3. A quel point êtes-vous gêné(e) par la pollution atmosphérique (circulation automobile, usine,...) quand vous laissez la fenêtre ouverte à votre domicile ? Cochez sur le trait ci-dessous.

Pas du tout Insupportable

4. A quel point êtes-vous gêné(e) par le bruit extérieur quand vous laissez la fenêtre ouverte à votre domicile ?

Pas du tout Insupportable

Afin de mieux évaluer votre exposition à divers facteurs environnementaux, et en particulier la pollution atmosphérique, nous voudrions connaître les endroits où vous avez vécu depuis janvier 1990. Les adresses ne seront communiquées à personne en dehors de l'étude et ne seront pas utilisées pour vous contacter.

5. Depuis combien d'années habitez-vous dans votre logement actuel ? ans

6. Passez-vous **plus de 6 semaines** par an à une autre adresse (par exemple : résidence secondaire) ?

Non Oui

7. Si oui, quelle est cette adresse ?

N° : Rue :

Code Postal : Ville :

Pays :

8. Avez-vous déménagé depuis 1990 ?

Non Si non, passez au chapitre suivant page 11.

Oui 9. Si oui, pourriez-vous nous donner les adresses de tous les logements où vous avez vécu pendant au moins un an depuis 1990, en commençant par votre adresse actuelle :

		Année d'installation à cette adresse	Année où vous avez quitté cette adresse
1.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	/
adresse actuelle	Ville : Pays :	<input type="text"/>	
2.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville : Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville : Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville : Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville : Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville : Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville : Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville : Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville : Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville : Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11.	N° : Rue		
	Etage (si appartement) : Code Postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville : Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HISTOIRE PROFESSIONNELLE

1. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé durant votre vie ?

Non → Si non, passez au chapitre suivant page 12.

Oui → 2. Si oui, en quelle année avez-vous commencé à travailler ? Année:

3. Avez-vous déjà été professionnellement exposé(e) à des poussières, fumées, gaz ou vapeurs chimiques ? Non Oui

4. Travaillez-vous actuellement ? Non Oui

↓

5. Si non, êtes vous à la retraite ? Non Oui → 6. Si oui, depuis quelle année ? Année:

Décrivez avec le plus de précision possible, comme pour l'exemple ci-dessous, les 2 derniers métiers que vous avez exercés **au moins 6 mois** (ne pas décrire votre période de retraite si vous l'avez prise).

Exemple :

Année début : 2000 Année fin : 2002

Quel est (était) votre métier ? *Electricien*

Dans quel secteur d'activité êtes (étiez)-vous ? *Petite société d'électricité*

Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?

Monter, réparer et tester des installations électriques. Percer des tranchées dans les murs, enduire.

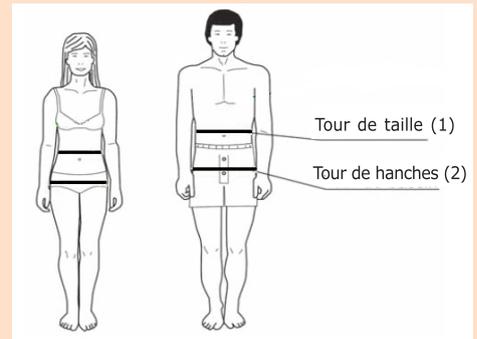
<u>Dernier métier (1)</u>	7. Année début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	8. Année fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<u>ou</u> âge début : <input type="text"/> <input type="text"/>	<u>ou</u> âge fin : <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Quel est (était) votre métier ?		
10. Dans quel secteur d'activité êtes (étiez)-vous ?		
11. Pouvez-vous nous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?		

<u>Métier précédent (2)</u>	12. Année début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13. Année fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<u>ou</u> âge début : <input type="text"/> <input type="text"/>	<u>ou</u> âge fin : <input type="text"/> <input type="text"/>
14. Quel est (était) votre métier ?		
15. Dans quel secteur d'activité êtes (étiez)-vous ?		
16. Pouvez-vous nous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?		

COMPOSITION CORPORELLE

Prenez les mesures en sous-vêtements, à jeûn.

1. Quelle est votre taille ? cm
2. Votre poids actuel ? kg
3. Votre tour de taille (1) ? cm
4. Votre tour de hanches (2) ? cm
5. Avez-vous pris vos mesures : - en sous-vêtements ? Non Oui
- à jeûn ? Non Oui



A l'aide des dessins ci-dessous, indiquez votre morphologie pour les périodes vous concernant.
(Si vous hésitez entre 2 dessins, noircissez les deux cases correspondantes)

	FEMMES	HOMMES
Au moment de la dernière enquête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'heure actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVITE PHYSIQUE

Merci de répondre à chaque question même si vous ne vous considérez pas comme une personne physiquement active.
Pensez aux activités que vous faites au travail, au cours des travaux ménagers ou de jardinage, pour vos déplacements d'un endroit à un autre et pendant votre temps libre pour les loisirs, l'exercice ou le sport.

Activités physiques intenses dans les 7 derniers jours

(demandant un gros effort physique et qui vous font transpirer plus fort que d'habitude).
Pensez uniquement aux activités intenses qui ont duré **au moins 10 minutes d'affilée**.

1. Au cours des **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous fait des activités physiques **intenses** comme soulever des charges lourdes, bêcher, faire de la gymnastique type aérobic ou faire du vélo à un rythme rapide ?

jour(s) par semaine ou pas d'activité physique intense → Passez à la question 3

2. Quand vous avez fait des activités physiques **intenses** ces jours là, combien de temps y avez-vous consacré **en moyenne, par jour** ?

(Veuillez indiquer le temps en heure(s) et minute(s). Par exemple 90 minutes d'activité par jour doit être noté :
« 1 » heure « 30 » minutes)

Ne sais pas, pas sûr(e)
heure(s) minutes
par jour

Activités physiques modérées dans les 7 derniers jours

(demandant un effort physique modéré et qui vous font transpirer un peu plus fort que d'habitude).
Pensez uniquement aux activités modérées qui ont duré **au moins 10 minutes d'affilée**.

3. Au cours des **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous fait des activités physiques **modérées** comme porter des charges légères, faire du vélo à un rythme normal ou jouer au tennis en double ? Ne pas inclure la marche à pied.

jour(s) par semaine

ou

pas d'activité physique modérée

Passez à la question 5

4. Quand vous avez fait des activités physiques **modérées** ces jours là, combien de temps y avez-vous consacré **en moyenne, par jour** ?

heure(s) minutes par jour

Ne sais pas, pas sûr(e)

5. Au cours des **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous **marché pendant au moins 10 minutes d'affilée** (incluez la marche au travail, à la maison, pour aller d'un endroit à un autre, et toute autre marche que vous avez pu faire dans le cadre de vos loisirs, pour le sport ou pendant votre temps libre) ?

jour(s) par semaine

ou

pas de marche

Passez à la question 7

6. Quand vous avez marché ces jours là, combien de temps y avez-vous consacré **en moyenne, par jour** ?

heure(s) minutes par jour

Ne sais pas, pas sûr(e)

7. Au cours des **7 derniers jours**, combien de temps en moyenne, avez-vous passé **assis(e)**, un **jour de semaine (hors week-end)**? (Incluez le temps de loisirs, le temps passé au travail, à la maison, à étudier. Cela peut comprendre le temps passé assis(e) à un bureau, lors d'une visite chez des amis, à lire ou allongé(e) à regarder la télévision).

heure(s) minutes par jour

Ne sais pas, pas sûr(e)

8. Pensez-vous que votre activité physique des **7 derniers jours** représente assez bien votre activité physique moyenne sur l'année ?

Oui

Non, l'activité physique des 7 derniers jours était plus importante

Non, l'activité physique des 7 derniers jours était moins importante

Ne sais pas

9. Depuis l'enquête précédente, votre activité physique a-t-elle changé ?

Non

Oui

10. Si oui, est-elle actuellement : plus importante moins importante

11. Pourquoi ?

FEMMES UNIQUEMENT

1. Avez-vous déjà remarqué que vous aviez des symptômes respiratoires (tels que sifflements dans la poitrine, essoufflement,...) à un moment particulier de votre cycle menstruel ? (Cochez une seule case)

Oui, la semaine qui précède les règles

Oui, pendant les règles

Oui, la semaine qui suit les règles

Oui, à un autre moment du cycle

Cela ne me concerne pas (pas de règles)

Non

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

3. Si vous n'avez pas eu de règles dans les **12 derniers mois**, quelle proposition décrit le mieux la raison pour laquelle vous n'avez pas de règles dans les 12 derniers mois ? (Cochez une seule case)

ménopause

hystérectomie (ablation de l'utérus)

ablation des ovaires

actuellement enceinte

allaitement actuel

parce que j'ai suivi un traitement (à visée contraceptive ou non)

UN DERNIER MOT SUR VOTRE OPINION SUR LE QUESTIONNAIRE

INTERET DU QUESTIONNAIRE

- Très intéressant Intéressant Intérêt moyen Peu intéressant Pas intéressant du tout

CLARTE DU QUESTIONNAIRE

- Très clair Assez clair Moyennement clair Difficile à comprendre Incompréhensible

LONGUEUR DU QUESTIONNAIRE

- Trop court Court Raisonnable Un peu trop long Beaucoup trop long

Si vous le souhaitez, autres commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Renvoyez-nous le questionnaire dans l'enveloppe timbrée.





MERCI DE NE RIEN ECRIRE SUR CETTE PAGE





MERCI DE NE RIEN ECRIRE SUR CETTE PAGE

