

N ° d'identification :

|_|_|_|_|



8 ans



Quartier et habitat
principal de l'enfant



Instituts
thématiques



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Ce questionnaire porte sur le logement principal de l'enfant, c'est-à-dire là où il vit la plupart du temps pendant les périodes hors vacances scolaires.

Il a été séparé des autres car il peut être rempli indifféremment par la maman, le papa, ou le cas échéant le conjoint de la maman s'il vit avec l'enfant dans son logement principal.

En cas de garde alternée entre le papa et la maman, merci de remplir ce questionnaire au sujet du logement où l'enfant a vécu le plus longtemps depuis ses 5 ans.

Merci d'indiquer ci-dessous EN MAJUSCULES l'adresse du logement sur lequel porteront les réponses à ce questionnaire :

[illegible]

A quelle date votre enfant est-il entré dans ce logement ? mois |__|__| année |__|__|__|__|

S'agit-il :

- ☐ 1. du logement partagé par les deux parents
☐ 2. du logement habité par la mère
☐ 3. du logement habité par le père
☐ 4. autre (préciser) :

*Ne rien inscrire
dans cette colonne*

saisie texte

1				

2 |

saisie texte

1. Actuellement, habitez-vous :	Une maison individuelle de plein pied	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	1 <input type="checkbox"/>	
	Une maison individuelle à plusieurs étages	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	2 <input type="checkbox"/>	
	Un appartement dans un immeuble	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	3 <input type="checkbox"/>	
	Si oui à quel étage êtes-vous ?	<input type="text"/>		4 <input type="checkbox"/>	
	Autre (Préciser)			saisie texte	
2. <u>Dans le cas d'une maison à plusieurs niveaux</u> , la chambre de votre enfant se trouve-t-elle au même niveau que la cuisine ?		<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	5 <input type="checkbox"/>	
3. Quelle est la surface totale de votre logement en m ² :		<input type="text"/>		6 <input type="text"/>	
4. Votre logement a-t-il été construit :		<input type="checkbox"/> 1. Avant 1948			
		<input type="checkbox"/> 2. Après 1948			
		<input type="checkbox"/> 3. Ne sais pas		7 <input type="checkbox"/>	
5. A quelle fréquence y a-t-il des voitures qui passent devant votre habitation ?					
	<input type="checkbox"/> 1. Sans arrêt	<input type="checkbox"/> 2. Souvent	<input type="checkbox"/> 3. Rarement	<input type="checkbox"/> 4. Jamais	8 <input type="checkbox"/>
6. A quelle fréquence y a-t-il des poids lourds (camions, bus) qui passent devant votre habitation ?					
	<input type="checkbox"/> 1. Sans arrêt	<input type="checkbox"/> 2. Souvent	<input type="checkbox"/> 3. Rarement	<input type="checkbox"/> 4. Jamais	9 <input type="checkbox"/>
7. Actuellement, habitez-vous à moins de 200 mètres d'une route avec trafic important ?		<input type="checkbox"/> 0. Non			
		<input type="checkbox"/> 1. Oui			
		<input type="checkbox"/> 2. Ne sais pas			10 <input type="checkbox"/>
<u>Si non</u> , répondez directement à la question 11					
<u>Si oui</u> ,					
8. s'agit-il : (indiquer le numéro pour une route nationale ou une autoroute)					
. D'une (ancienne) route nationale		<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	11 <input type="checkbox"/>	
<u>Si oui</u> , route nationale n°	N	<input type="text"/>		12 <input type="text"/>	
. D'une autoroute		<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	13 <input type="checkbox"/>	
<u>Si oui</u> , autoroute n°	A	<input type="text"/>		14 <input type="text"/>	
. D'un boulevard périphérique		<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	15 <input type="checkbox"/>	
. Autre		<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	16 <input type="checkbox"/>	
Si autre, préciser :				saisie texte	

9. A quelle distance minimale de votre domicile se trouve cette route ?	<input type="checkbox"/> 1. Moins de 20 m <input type="checkbox"/> 2. De 20 à 50 m <input type="checkbox"/> 3. De 50 à 100 m <input type="checkbox"/> 4. De 100 à 200 m	17 <input type="checkbox"/>
10. Entendez-vous le bruit des voitures circulant sur cette route depuis votre domicile quand vos fenêtres sont ouvertes ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sais pas	18 <input type="checkbox"/>
11. A quel degré êtes-vous gêné (e) par la pollution de l'air extérieur (trafic, industries, etc.) dans votre logement, si vous laissez les fenêtres ouvertes ? (<i>Entourez le chiffre qui vous correspond</i>).	<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; text-align: center;"> 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> Insupportable Pas du tout gêné </div>	19 <input type="checkbox"/>
12. La chambre à coucher où votre enfant dort actuellement le plus longtemps au cours de la semaine a-t-elle :		
- Une moquette ou des tapis ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	20 <input type="checkbox"/>
- Des doubles vitrages ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	21 <input type="checkbox"/>
- Doubles rideaux ou tissus aux murs ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	22 <input type="checkbox"/>
13. En cas de présence de moquette, marquez l'année du dernier changement de la moquette	<input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23 <input type="checkbox"/>
		24 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14. Combien de fois par semaine la chambre de votre enfant est-elle aérée ?	<input type="checkbox"/> 1. Tous les jours <input type="checkbox"/> 2. 2 à 4 fois par semaine <input type="checkbox"/> 3. Moins d'une fois par semaine	25 <input type="checkbox"/>
15. Depuis les 5 ans de votre enfant EDEN, y-a-t-il eu des changements dans la chambre et/ou la literie dans laquelle votre enfant dort le plus longtemps au cours de la semaine ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	26 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui,</u>		
- le matelas sur lequel votre enfant dort est :	<input type="checkbox"/> 1. neuf (acheté il y a moins d'1 an) <input type="checkbox"/> 2. acheté entre il y a 1 à 3 ans <input type="checkbox"/> 3. acheté il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> 4. je ne sais pas	27 <input type="checkbox"/>

- quel type d'oreiller ou de traversin a votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 1. synthétique <input type="checkbox"/> 2. duvet ou plumes <input type="checkbox"/> 3. laine <input type="checkbox"/> 4. autre <input type="checkbox"/> 5. n'utilise pas d'oreiller <input type="checkbox"/> 6. ne sais pas	28 <input type="checkbox"/>
- quel type de couverture utilise l'enfant ?	<input type="checkbox"/> 1. synthétique <input type="checkbox"/> 2. duvet ou plumes <input type="checkbox"/> 3. laine <input type="checkbox"/> 4. autre <input type="checkbox"/> 5. n'utilise pas de couverture <input type="checkbox"/> 6. ne sais pas	29 <input type="checkbox"/>
16. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous observé des taches d'humidité ou de condensation sur les murs ou sur le plafond du logement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30 <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , dans quelles pièces rencontrez-vous souvent des problèmes d'humidité ou de condensation ?		
- cuisine	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	31 <input type="checkbox"/>
- salle de bain	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	32 <input type="checkbox"/>
- toilettes séparées	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	33 <input type="checkbox"/>
- couloir	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	34 <input type="checkbox"/>
- salon/living	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	35 <input type="checkbox"/>
- votre chambre à coucher	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	36 <input type="checkbox"/>
- la chambre de votre enfant EDEN	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	37 <input type="checkbox"/>
- autre	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	38 <input type="checkbox"/>
<u>Si autre</u> , précisez :		saisie texte
17. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous observé des taches de moisissure sur les murs ou sur le plafond du logement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	39 <input type="checkbox"/>

Si oui, dans quelles pièces avez-vous déjà trouvé des traces de moisissures visibles ?

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| - cuisine | <input type="checkbox"/> 0. non | <input type="checkbox"/> 1. oui |
| - salle de bain | <input type="checkbox"/> 0. non | <input type="checkbox"/> 1. oui |
| - toilettes séparées | <input type="checkbox"/> 0. non | <input type="checkbox"/> 1. oui |
| - couloir | <input type="checkbox"/> 0. non | <input type="checkbox"/> 1. oui |
| - salon/living | <input type="checkbox"/> 0. non | <input type="checkbox"/> 1. oui |
| - votre chambre à coucher | <input type="checkbox"/> 0. non | <input type="checkbox"/> 1. oui |
| - la chambre de votre enfant EDEN | <input type="checkbox"/> 0. non | <input type="checkbox"/> 1. oui |
| - autre | <input type="checkbox"/> 0. non | <input type="checkbox"/> 1. oui |

Si autre, précisez :

40 ☐

41 ☐

42 ☐

43 ☐

44 ☐

45 ☐

46 ☐

47 ☐

saisie texte

18. Est-ce que votre enfant se trouve habituellement dans la pièce lorsqu'on fait le ménage ou utilise de l'eau de javel et / ou d'autres produits ménagers ?

- ☐ 1. non/jamais
☐ 2. rarement
☐ 3. quelquefois
☐ 4. souvent
☐ 5. Ne sais pas

48 ☐

19. Depuis la naissance de votre enfant EDEN, l'un des membres de votre famille a-t-il exercé de façon régulière à l'intérieur du logement l'une des activités suivantes : modélisme, activités d'art, bricolage, peinture, teinture, labo photographie, jardinage sur plantes en pot.

- ☐ 1. jamais
☐ 2. rarement
☐ 3. souvent
☐ 4. Ne sais pas

49 ☐

Si oui, combien de ces différentes activités ?

- ☐ 1. une ☐ 2. plus d'une

50 ☐

Cette / ces activité(s) nécessite(nt)-t-elle(s) la manipulation de :

- | | | | |
|----------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| - colles | <input type="checkbox"/> 0. jamais | <input type="checkbox"/> 1. rarement | <input type="checkbox"/> 2. Souvent |
| - vernis | <input type="checkbox"/> 0. jamais | <input type="checkbox"/> 1. rarement | <input type="checkbox"/> 2. Souvent |
| - solvants | <input type="checkbox"/> 0. jamais | <input type="checkbox"/> 1. rarement | <input type="checkbox"/> 2. Souvent |
| - peintures | <input type="checkbox"/> 0. jamais | <input type="checkbox"/> 1. rarement | <input type="checkbox"/> 2. Souvent |
| - herbicides | <input type="checkbox"/> 0. jamais | <input type="checkbox"/> 1. rarement | <input type="checkbox"/> 2. Souvent |
| - insecticides | <input type="checkbox"/> 0. jamais | <input type="checkbox"/> 1. rarement | <input type="checkbox"/> 2. Souvent |

51 ☐

52 ☐

53 ☐

54 ☐

55 ☐

56 ☐

20. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait ou fait faire des travaux dans votre logement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	57	<input type="checkbox"/>
<u>Si oui,</u>			
- Avez vous fait détruire des cloisons ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	58	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous réalisé ou fait réaliser des constructions ou aménagement ayant entraîné des manipulations :			
• de colles :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	59	<input type="checkbox"/>
<u>si oui</u> , de quel(s) type(s) de colle(s) s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> 1. Pour papiers peints		
	<input type="checkbox"/> 2. De revêtements de sols		
	<input type="checkbox"/> 3. De carrelages		
	<input type="checkbox"/> 4. De colles à bois	60	<input type="checkbox"/>
• de peintures :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	61	<input type="checkbox"/>
<u>si oui</u> , de quel(s) type(s) de peinture(s) s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> 1. Acryliques (solubles à l'eau)		
	<input type="checkbox"/> 2. Glycérophthaliques		
	<input type="checkbox"/> 3. Ne connais pas le type de peinture	62	<input type="checkbox"/>
21. Utilisez-vous un chauffage d'appoint (<i>appareils mobiles fonctionnant au pétrole, au gaz ou à l'électricité</i>) ou une cheminée que vous allumez de temps en temps?	<input type="checkbox"/> 1. Oui, poêles à pétrole et/ou gaz		
	<input type="checkbox"/> 2. Oui, chauffage électrique (ex : convecteurs sur roulettes)		
	<input type="checkbox"/> 3. Oui, une cheminée		
	<input type="checkbox"/> 4. Non	63	<input type="checkbox"/>
22. Dans la chambre de votre enfant y-a-t-il un chauffage d'appoint ou une cheminée que vous allumez de temps en temps?	<input type="checkbox"/> 1. Oui, poêles à pétrole et/ou gaz		
	<input type="checkbox"/> 2. Oui, chauffage électrique (ex : convecteurs sur roulettes)		
	<input type="checkbox"/> 3. Oui, une cheminée		
	<input type="checkbox"/> 4. Non	64	<input type="checkbox"/>
23. Votre logement est-il aéré au moyen de ...	<input type="checkbox"/> 1. Une ventilation mécanique contrôlée (VMC) ?		
	<input type="checkbox"/> 2. Une ventilation naturelle (<i>conduits ou grilles d'aération</i>) ?		
	<input type="checkbox"/> 3. Aucun dispositif particulier ?	65	<input type="checkbox"/>

24. Quels sont les équipements de votre cuisine ?	1. Cuisinière à gaz	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	66 <input type="checkbox"/>
	2. Cuisinière électrique	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	67 <input type="checkbox"/>
	3. Hotte aspirante reliée à l'intérieur	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	68 <input type="checkbox"/>
	4. Hotte aspirante reliée à l'extérieur	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	69 <input type="checkbox"/>
	5. Chauffe-eau gaz	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	70 <input type="checkbox"/>
	6. Chauffe-eau électrique	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	71 <input type="checkbox"/>
	7. Autre (Préciser) :			saisie texte
25. De quel type de chauffage dispose votre logement ?	1. Electrique	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	72 <input type="checkbox"/>
	2. Gaz	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	73 <input type="checkbox"/>
	3. Fioul	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	74 <input type="checkbox"/>
	4. Bois	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	75 <input type="checkbox"/>
	5. Energie solaire	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	76 <input type="checkbox"/>
	6. Autre (Préciser) :			saisie texte
26. Votre logement dispose-t-il d'un système de climatisation ?		<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	77 <input type="checkbox"/>
27. Depuis le dernier questionnaire, un nouvel animal est-il arrivé au domicile ? Si oui, quel(s) animal(ux) ?		<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	78 <input type="checkbox"/>
	1. chat	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	79 <input type="checkbox"/>
	2. chien	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	80 <input type="checkbox"/>
	3. rongeur	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	81 <input type="checkbox"/>
	4. oiseau	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	82 <input type="checkbox"/>
	5. Autre (Préciser) :			saisie texte
28. Laissez-vous le ou les animaux rentrer dans la chambre à coucher de l'enfant ?		<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	83 <input type="checkbox"/>
29. Depuis le dernier questionnaire, avez-vous fait un (des) changement(s) suivant(s) pour sa santé, à cause de problèmes allergiques ou respiratoires ?	- Séparation de votre animal domestique	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	84 <input type="checkbox"/>
	- Arrêt ou réduction du tabagisme	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	85 <input type="checkbox"/>
	- Changement de literie (matelas, oreiller...)	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	86 <input type="checkbox"/>
	- Enlèvement de moquette ou de tapis	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	87 <input type="checkbox"/>
	- Autre (Préciser) :	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	88 <input type="checkbox"/>
				saisie texte

L'environnement, le quartier du logement principal de votre enfant

Veillez cocher la réponse correspondant le mieux à votre situation et à la façon dont vous voyez votre quartier. Par « votre quartier », il faut comprendre la zone TOUT AUTOUR de votre lieu de résidence que vous pourriez atteindre en marchant 10 à 15 minutes - approximativement 1,5 km.

	1 pas du tout d'accord	2 plutôt pas d'accord	3 plutôt d'accord	4 tout à fait d'accord	
1. Beaucoup de commerces, de magasins, de marchés et autres endroits où il m'est possible d'acheter ce dont j'ai besoin, sont facilement accessibles à pied, depuis chez moi	_	_	_	_	89 _
2. Il y a une aire de loisirs (ex : parc, plage ou autre espace de plein air) que je peux atteindre facilement à pied depuis mon domicile	_	_	_	_	90 _
3. Il n'est pas sûr de marcher ou de faire du vélo pour me rendre d'un endroit à un autre au sein de mon quartier, à cause de la circulation	_	_	_	_	91 _
4. Il n'est pas sûr de marcher ou de faire du vélo dans mon quartier, en raison du taux de criminalité	_	_	_	_	92 _

Commentaires et remarques

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

saisie texte

Ce questionnaire a été rempli par :

- ☐1. la mère seule
- ☐2. le père seul
- ☐3. la mère avec le père
- ☐4. la mère avec quelqu'un d'autre : précisez :
- ☐5. le père avec quelqu'un d'autre : précisez :
- ☐6. quelqu'un d'autre : précisez :

93 ☐
saisie texte

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire