

# Annexe 10 – Questionnaires environnemental et médical



**InVS**  
Département Santé Environnement

**Afssa**  
Observatoire des Consommations Alimentaires

---

L'ETUDE NATIONALE  
EXPOSITION AUX DIOXINES DES POPULATIONS RESIDANT AUTOUR DES UIOM

---

**Données de consommation, sociodémographiques, environnementales**

identifiant  numéro enquêteur

*ATTENTION : on ne peut répondre Yes que dans une seule case! (un seul statut)*

**1.1 - Agriculteur ou femme d'agriculteur : exploitant direct, retraite (exclure travailleur salarié)**

Agriculteurs

Vous consommez de la viande, des œufs ou des laitages de votre exploitation, de votre production et éventuellement des fruits et légumes (1)  y/n

Vous consommez uniquement des fruits ou des légumes de votre production (2)  y/n

Vous achetez exclusivement vos produits alimentaires en circuit commercial (3)  y/n

**1.2 - Particulier non agriculteur (quelle que soit son activité ou occupation)**

Particuliers

Vous consommez de la viande, des œufs ou des laitages de votre production et éventuellement des fruits et légumes (4)  y/n

Vous consommez uniquement des fruits ou des légumes de votre production (5)  y/n

Vous achetez exclusivement vos produits alimentaires en circuit commercial (6)  y/n

Vous consommez essentiellement des produits du voisinage (7)  y/n

Inscrivez le code consommateur correspondant

## 2 - Déplacement

Déplacement

Etes-vous amené à vous déplacer en véhicule (agricole, engin TP, auto, poids lourd, bus) dans le cadre de votre travail (en dehors du trajet domicile-travail) (y/n)?

si oui, combien de temps en moyenne par jour? heures  minutes

Prenez-vous votre véhicule pour votre trajet domicile-travail (y/n)?

si oui, combien de temps en moyenne par jour? heures  minutes

En dehors de votre activité professionnelle et de votre trajet domicile-travail, combien de temps passez-vous en moyenne par jour dans un véhicule? heures  minutes

## 2 - Données sociodémographiques

Socio-Demographie

Quelle est votre situation matrimoniale actuelle?

Quel est votre niveau d'étude?  si autre, précisez

Quelle est votre situation professionnelle actuelle?

Quelle était votre situation professionnelle passée?

**Pour ceux qui ont ou ont eu une activité professionnelle, précisez la CSP :**

CSP

Actuellement, à quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous?  si autre, précisez

Avant, à quelle catégorie socioprofessionnelle apparteniez-vous?  si autre, précisez

### 3 - Activités de loisirs

Avez-vous une activité régulière de loisir (bricolage, artisanat, réparation....) en rapport avec les domaines d'activités suivants ?

Activités	
01. Chasse, tir	<input type="checkbox"/> loisir
02. Artisanat et bricolage sur céramique, poterie, émaux, étain décoratif	<input type="checkbox"/> loisir
03. Artisanat utilisant des peintures, vernis, encres et colorants	<input type="checkbox"/> loisir
04. Fonte de soldats de plomb, vitrail	<input type="checkbox"/> loisir
05. Usinage ou manipulation de bois traités (poutres, meubles anciens)	<input type="checkbox"/> loisir
06. Travaux dans habitat ancien	<input type="checkbox"/> loisir
07. Soudure, découpage au chalumeau	<input type="checkbox"/> loisir
08. Utilisation de pesticides pour débroussailler (phytohormones)	<input type="checkbox"/> loisir
09. Aucune activité	<input type="checkbox"/> loisir

Si vous avez pratiqué plusieurs activités, laquelle est la plus fréquente?

Pratiquez-vous cette activité  précisez les mois (de...à...inclus)

*Si indifférent mettre "mois indifférent"*

A quelle fréquence pratiquez-vous cette activité?

Utilisez-vous des cosmétiques traditionnels comme le khôl ou le surma (y/n)?

### 4- Concernant votre consommation de tabac actuelle ou passée

Tabac2	
Est-ce que vous fumez, même de temps en temps?	<input type="text"/>
Combien de cigarettes fumez-vous (avez-vous fumé) en moyenne?	par jour <input type="text"/> ou par semaine <input type="text"/>
Combien de cigares fumez-vous (avez-vous fumé) en moyenne ?	par jour <input type="text"/> ou par semaine <input type="text"/>
Combien de pipes fumez-vous (avez-vous fumé) en moyenne ?	par jour <input type="text"/> ou par semaine <input type="text"/>
Au total, combien d'années avez-vous fumé ou fumez-vous régulièrement (soustraire les périodes d'arrêt momentané)?	cigarettes <input type="text"/> cigares <input type="text"/> pipe <input type="text"/>

  

Tabac passif2	
A votre domicile ou à votre travail, vivez-vous actuellement avec des fumeurs (y/n)?	<input type="text"/>
Si OUI, avec combien de fumeurs	au domicile <input type="text"/> au travail <input type="text"/>
Durant combien d'années cumulées avez-vous été exposé(e) au tabac de votre entourage?	<input type="text"/>
A votre domicile ou à votre travail, avez-vous vécu antérieurement avec des fumeurs (y/n)?	<input type="text"/>
Si OUI, avec combien de fumeurs	au domicile <input type="text"/> au travail <input type="text"/>
Durant combien d'années cumulées avez-vous été exposé(e) au tabac de votre entourage?	<input type="text"/>

## 5 - Habitat et mode de vie

Logement

Quel type d'eau buvez-vous principalement?

Quel type de logement occupez-vous?  si autre, précisez

Votre logement a-t-il été construit?

Avez-vous effectué des travaux de rénovation de votre logement au cours des 6 derniers mois (y/n)?

Plomb Cadmium

Y a-t-il dans votre logement une personne faisant l'objet d'une surveillance pour exposition :

- au plomb (y/n)  - au cadmium (y/n)

Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu dans votre entourage une personne (adulte ou enfant) pour qui on a trouvé un dosage élevé de :

- plomb dans le sang (plomb > 100 µg/l)

- cadmium dans les urines (cadmium > 2 µg/g de créatinine)

Si OUI, indiquer le lien de parenté (conjoint, père, mère, enfant, etc.) :

## 6 - Chauffage

Quel chauffage utilisez-vous ?

**Cocher la(les) pièce(s) où se trouve le(les) appareil(s) de chauffage et indiquer :**

*le type d'appareils de chauffage*

*le type de combustibles utilisés*

**et s'il existe un système d'extraction d'air dans la(les) pièce(s) où se trouve les appareils de chauffage**

Chauffage1

	Chauff1	Combu1	Yes ou No
Séjour	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Venti <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cuisine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Venti <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Chambre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Venti <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bureau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Venti <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Salle de bain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Venti <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pièce unique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Venti <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Chauffage2

Cave	Chauff1	<input type="text"/>	Combu1	<input type="text"/>	Yes ou No
	Chauff2	<input type="text"/>	Combu2	<input type="text"/>	Venti <input type="checkbox"/>
Garage	Chauff1	<input type="text"/>	Combu1	<input type="text"/>	
	Chauff2	<input type="text"/>	Combu2	<input type="text"/>	Venti <input type="checkbox"/>
Chaufferie	Chauff1	<input type="text"/>	Combu1	<input type="text"/>	
	Chauff2	<input type="text"/>	Combu2	<input type="text"/>	Venti <input type="checkbox"/>
Autre	si autre, précisez <input type="text"/>				
	Chauff1	<input type="text"/>	Combu1	<input type="text"/>	
	Chauff2	<input type="text"/>	Combu2	<input type="text"/>	Venti <input type="checkbox"/>

Cheminée

Utilisation d'une cheminée (type de chauffage n°3 à 6)  Y/N

Si vous utilisez une cheminée dans votre logement, avec quelle fréquence l'utilisez-vous (par semaine ou mois)?

lors de la saison froide  par

lors de la saison chaude  par

## 7 - Jardin

Jardin2

Avez-vous un JARDIN?

Si vous avez un jardin, comporte-t-il

- un potager
- des arbres fruitiers
- des fleurs, une pelouse

Commentaires:

Quelle est la superficie de votre potager?  en m2 ou en are?

Depuis combien d'année utilisez-vous ce potager?

Fertilisez-vous votre potager avec des cendres?

Utilisez-vous des engrais chimiques?

Brûlez-vous régulièrement des déchets au fond de votre jardin (y/n)?

si oui, quel type de déchets  avec quelle fréquence

## 8 - Autres expositions à des émanations de combustion

Combustion

Utilisez-vous un barbecue (y/n)?  Si OUI, combien de fois par an en moyenne

Avez-vous été victime ou exposé à un incendie à votre domicile ou lieu de travail dans les 5 dernières années (y/n)?

Utilisez-vous une cuisinière à bois (y/n)?

**Etude d'imprégnation par les dioxines des populations résidant autour  
des usines d'incinération d'ordures ménagères (UIOM)**

**EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE SANG**

Identifiant sujet enquêté |\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro du coordonnateur InVS |\_|\_|

Date : JJ |\_|\_| MM |\_|\_| AAAA |\_|\_|\_|\_| à |\_|\_| h |\_|\_|

Nom du médecin : .....

Ce questionnaire a pour objectif de vous préparer à l'entretien médical. N'hésitez pas à poser des questions au personnel de l'InVS ou au médecin en cas de doute ou pour vous préciser certaines questions. Les informations recueillies sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

Coller ici l'étiquette du sujet

- 1. Vous avez été accueilli(e), inscrit(e) par une personne de l'InVS qui a fait une brève présentation de l'étude après avoir récupéré votre prélèvement urinaire.**
- 2. Vous avez rempli un questionnaire destiné à la vérification des critères d'éligibilité pour votre participation à l'étude.**
- 3. Votre poids et votre taille ont été mesurés.**
- 4. Vous remplissez maintenant la partie qui vous est réservée du questionnaire destiné à l'entretien médical.**
- 5. Vous rencontrerez le médecin pour un examen médical. Lisez la note d'information qui vous a été remise et vous signerez un consentement si vous êtes d'accord pour le prélèvement et si le médecin n'y voit aucune objection ou contre-indication.**
- 6. Vous effectuerez votre prélèvement de sang.**
- 7. Vous serez accueilli(e) dans l'espace repos où une collation vous sera offerte**

**A remplir par le coordonnateur**

**1. Le sujet a-t-il apporté son prélèvement urinaire (flacon d'urines envoyé par courrier)**

Oui  Non

- Si Non, a-t-il effectué son prélèvement urinaire sur place ?

Oui, dans ce cas à quelle heure ? à |\_|\_| h |\_|\_|

Non, dans ce cas pour quelle raison ?.....

.....

- Pourra-t-il l'apporter ultérieurement ?  Oui  Non

Quand ? date : JJ |\_|\_| MM |\_|\_| à |\_|\_| h |\_|\_| Où ?.....

**2. Mesures anthropométriques**

2.1 Poids |\_|\_|\_|, |\_| kg

2.2 Taille |\_|\_|\_| cm

**A remplir par la personne enquêtée**

**1. Etat civil**

1.1. Date de naissance : JJ |\_|\_| MM |\_|\_| 19 AA |\_|\_|\_|\_|

1.2. Sexe :  Homme  Femme

1.3. Etes-vous affilié à un régime de sécurité sociale ?  Oui  Non

1.4. Etes-vous sous tutelle ?  Oui  Non

**2. Si vous désirez que vos résultats de dosage soient envoyés également à votre médecin traitant, donnez ses coordonnées :**

**Nom et prénom (en majuscule)**.....

**Adresse (n°, rue, lieu-dit)** .....

**Code postal** |\_|\_|\_|\_|\_| **Commune**.....

éventuellement son n° **téléphone** : |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|

**3. Prenez-vous régulièrement des médicaments ?**  Oui  Non

Si oui, précisez :

Lesquels ? (en majuscule)	Pourquoi ?	Depuis quand (ex: mai 2004 →  0 5  m  2 0 0 4  a)
.....	.....	_ _  mois  _ _ _ _  année
.....	.....	_ _  mois  _ _ _ _  année
.....	.....	_ _  mois  _ _ _ _  année
.....	.....	_ _  mois  _ _ _ _  année
.....	.....	_ _  mois  _ _ _ _  année

**4. Avez-vous pris des médicaments ce matin ?**  Oui  Non

Si oui, précisez :

Lesquels ? Nom du médicament (en majuscule)	Pourquoi ?
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

A remplir par le médecin

### A. Troubles du métabolisme lipidique

1. Un médecin vous a-t-il dit que vous êtes **diabétique** ?

- Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, êtes-vous traité(e) par ... ? (1 ou plusieurs réponses)

- Médicaments  
 Régime  
 Pas de traitement

2. Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez trop de **cholestérol ou de triglycérides** (graisses) dans le sang ?

- Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, êtes-vous traité(e) par ... ? (1 ou plusieurs réponses)

- Médicaments  
 Régime  
 Pas de traitement

3. Avez-vous actuellement une **maladie du foie** (hépatite, cirrhose) ?

- Oui  Non  Je ne sais pas

4. Hormis ceux cités ci-dessus, suivez-vous un **régime alimentaire** particulier ?

- Oui  Non

Si oui, pour quelle raison ?.....

### B. Antécédents

#### 1 Antécédents médicaux

Avez-vous des antécédents connus parmi les suivants :

- Anémie chronique  
 Cardiovasculaire :  Hypertension artérielle - troubles du rythme cardiaque  
 Infarctus du myocarde - cardiopathie congénitale  
 Trouble de la coagulation  
 Syncope :  Malaise vagal  Malaise cardiaque  Non étiqueté  
 Epilepsie  
 Hépatites

#### 2. Recherche de pathologies prédisposant à l'anémie chronique

Existe-t-il une notion de saignement :

- digestif  Oui  Non  
• gynécologique  Oui  Non

3. Avez-vous déjà fait un don de sang :  Oui  Non

Si Oui, à quelle date avez-vous effectué le dernier don :

JJ | | | MM | | | AA | | |

### C. Examen Clinique

#### 1. Auscultation cardiaque :

- Fréquence cardiaque | | | | / mn  
Régulière :  Oui  Non  
Présence d'un souffle :  Oui  Non
- Tension artérielle | | | | / | | | | mm Hg  
Systolique Diastolique

#### 2. Aspect des téguments (anémie)

- paleur cutanéomuqueuse  Oui  Non

#### 3. Le sujet a-t-il signé son consentement après avoir lu la note d'information

- Oui  Non

**Au vu de cet examen, le sujet est-il apte pour subir le prélèvement de 200 ml de sang à jeun (si le sujet présente des pathologies prédisposant à l'anémie chronique ou des signes cliniques d'anémie tel que : tachycardie, souffle systolique, paleur cutanéomuqueuse, asthénie, il ne pourra subir le prélèvement sanguin):**  Oui  Non

**Si Non, pour quelle raison :** .....

**Partie réservée  
au médecin**

Exclu si Oui

Exclu si Oui

Exclu si inférieur à 8  
semaines (don de sang  
total)

date | | | | | | | |

Signature du médecin



### A remplir par l'infirmière

#### 1. Le sujet a-t-il été prélevé :

- d'une poche de 200 mL de sang total  Oui  Non
- d'un tube (Pb) de 5 mL de sang  Oui  Non

○ Si Non, pour quelle raison ?.....

.....

#### 2. Le prélèvement s'est-t-il bien passé ?

Oui  Non

○ Si Non, commentaire : .....

.....

Partie réservée à  
l'infirmière

date | | | | | | | |

Signature de l'infirmière

### A remplir par le coordonnateur

#### 1. Avez-vous récupéré le consentement du sujet :

Oui  Non

#### 2. Au vu du questionnaire, de l'examen médical, et des conditions de prélèvement, le sujet a-t-il été :

Inclus  Exclu

Commentaire : .....

.....

.....

Partie réservée  
au  
coordonnateur

### 3. A demander après l'examen et le prélèvement

#### 3.1. Rendu des résultats de dosage des dioxines

Concernant le dosage **des dioxines**, le résultat sera rendu collectivement aux responsables de votre commune. En effet, dans l'état actuel des connaissances scientifiques, ce dosage ne peut être interprété au niveau individuel en terme de retentissement, à moyen ou à long terme, sur votre santé et ne peut donc, donner lieu à un protocole de suivi par votre médecin traitant.

Souhaitez vous cependant, en plus du rendu collectif des résultats :

- recevoir à votre domicile le résultat du dosage des dioxines  Oui  Non
- qu'il soit communiqué à votre médecin traitant  Oui  Non

#### 3.2. Rendu des résultats de dosage des métaux lourds

Les résultats des dosages sanguin et urinaire des **métaux lourds** (plomb et cadmium) peuvent, s'ils sont anormaux, donner lieu à une prise en charge par votre médecin traitant, par le centre anti-poison ou un service de pathologies professionnelles et environnementales de votre région.

Ils vous seront envoyés individuellement.

- Souhaitez-vous qu'il soit communiqué à votre médecin traitant ?  
 Oui  Non

date | | | | | | | |

Signature du  
coordonnateur