

Etude sur l'exposition aux radiations ionisantes des enfants en Suisse

VOICI COMMENT COMPLETER CE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire doit être rempli par une personne responsable de l'enfant (parent ou tuteur). Vous trouverez des questions sur l'alimentation, les examens médicaux (radiographies et scanners), les voyages en avion, l'histoire résidentielle, l'adresse, les matériaux de construction de votre domicile, et les activités à l'extérieur. Ces questions permettent d'identifier les sources de l'exposition aux radiations. Nous vous prions :

- D'écrire vos réponses de la manière la plus lisible possible.
- De ne donner qu'une seule réponse par question à moins qu'il soit indiqué que plusieurs réponses sont possibles.
- De compléter le questionnaire dans l'ordre présenté et de ne pas sauter de question à moins que cela ne soit précisé. Dans certains cas, selon votre réponse, vous pourrez sauter des questions et aller directement à la section suivante.
- Si vous avez besoin de plus d'espace que la feuille ne le permet pour répondre à une question, veuillez utiliser une feuille blanche séparée et nous la renvoyer avec le questionnaire.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Il est cependant important pour nous que vous répondiez à toutes les questions. Parfois, il peut être difficile de se rappeler d'évènements passés, nous vous demandons de donner votre **meilleure approximation**.

Qui remplit le questionnaire ? : ₁ Mère ₂ Père ₃ Autre

Date de remplissage: ____ . ____ . ____ (JJ/MM/AAAA)

I. ALIMENTATION

Q1 À quelle fréquence votre enfant consomme-t-il les aliments suivants ?

| | Jamais | Rarement (moins d'une fois par mois) | Occasionnellement (1 à 2 fois par mois) | Régulièrement (3 fois ou plus par mois) |
|--|---------------------------------------|--|--|---|
| Fruits de mer (coquillages, crustacés ou poissons) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Champignons sauvages cueillis soi-même | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Champignons sauvages achetés | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Sanglier | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

Q2 À la maison, quel type d'eau votre enfant boit-il habituellement ?

₁ L'eau du robinet ₂ De l'eau en bouteille ₃ Les deux

→ *Si vous répondez uniquement de l'eau du robinet, allez directement à la section "Examens radiologiques médicaux" »*

Q3 Veuillez indiquer la marque de bouteille d'eau que vous achetez le plus souvent :

1. _____
2. _____
3. _____

II. EXAMENS RADIOLOGIQUES MÉDICAUX

- Q4** Votre enfant est-il déjà allé chez le dentiste ? ₁ Oui ₂ Non
 → **Si non, allez directement à la question Q6**

- Q5** Le tableau suivant présente trois types de radiographies que l'on peut passer chez le dentiste. Si vous considérez l'ensemble des visites de votre enfant chez le dentiste, combien de fois a-t-il été examiné avec chacune de ces modalités d'examen ? *Veillez compléter le tableau comme montré dans l'exemple.*

| Types de radiographies chez le dentiste | Exemple | Nombre total de tests: |
|---|---------|------------------------|
| Des radiographies ("radios") réalisées avec un petit appareil situé près de la tête et un film placé dans la bouche | 0 | |
| Des radiographies réalisées avec un gros appareil qui tourne autour de la tête de l'enfant (sans film dans la bouche) | 3 | |
| Des radiographies réalisées avec un appareil éloigné de la tête de l'enfant | 3 | |

- Q6** En dehors des visites chez le dentiste, votre enfant a-t-il déjà passé des **radiographies** ("radios") ? ₁ Oui ₂ Non
Veillez regarder l'explication ci-dessous avant de répondre à la question.

- Q7** Votre enfant a-t-il déjà passé des **scanners** ("scans", "CT-scans") ? ₁ Oui ₂ Non
Veillez regarder l'explication ci-dessous avant de répondre à la question.

→ **Si vous répondez "Non" aux questions 6 et 7, veuillez aller directement à la section "GROSSESSE".**

Radiographie : Nous faisons référence à des radiographies conventionnelles ciblant n'importe quelle partie du corps (exceptées celles faites par le dentiste), et qui ne demandent pas de préparation à l'examen pour le patient. Ne confondez pas avec les scanners, les IRMs et les examens par ultrasons ou "échographies (lorsque l'examineur utilise un gel).

Scanners : L'enfant est placé dans une sorte d'anneau pour l'examen (voir l'image ci-dessous). Souvent un produit de contraste est injecté, déclenchant une forte sensation de chaleur dans le corps. Si les parents demeurent avec l'enfant pendant l'examen, ils doivent porter des vêtements protecteurs épais. **L'examen en lui-même ne dure souvent que quelques minutes et est silencieux.** Les scanners ne doivent pas être confondus avec un examen par IRM, où l'on doit se coucher et rester immobile dans un tube très étroit pendant un long moment et où la machine est très bruyante, répétant comme un fort bruit de tambour. On donne parfois un casque aux patients pendant une IRM.



- Q8** Pour chaque radiographie ou scanner que votre enfant a eu(e), à n'importe quel moment de sa vie, veuillez remplir les détails suivants. Ne comptez pas les examens médicaux passés chez le dentiste.

| Examen | | Lieu de l'examen (Prestataire de soins, par exemple : clinique, cabinet du médecin) | Partie du corps ciblée | Année |
|--------------|---------|--|------------------------|-------|
| Radiographie | Scanner | | | |
| | X | Hôpital Neuchâtelois | poitrine | 2016 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

→ **Si vous manquez d'espace, veuillez continuer sur une feuille séparée et nous l'envoyer avec le questionnaire.**

III. GROSSESSE

Q9 Quelle était l'adresse de la mère de l'enfant pendant la grossesse ? (si plus d'une adresse, veuillez indiquer celle où la mère a vécu la plupart du temps)

Rue, N°, NPA: _____ En dehors de la Suisse

Q10 Pendant la grossesse, la mère a-t-elle passé...

... des radiographies? (ne pas confondre avec les ultrasons) ₁ Oui ₂ Non

... des scanners? ₁ Oui ₂ Non

→ Si vous répondez "non" pour les deux sortes d'examens, veuillez continuer à la section "VOYAGES EN AVION".

Q11 Pour chaque radiographie ou scanner que la mère a eu(e) pendant la grossesse, veuillez indiquer :

| Examen | | Lieu de l'examen (prestataire de soins, par exemple: clinique, cabinet du médecin) | Partie du corps ciblée |
|--------------|---------|---|---------------------------|
| Radiographie | Scanner | | |
| X | | Institut de Radiologie Neuchâtel | poitrine |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

→ Si vous manquez d'espace, veuillez continuer sur une feuille séparée et nous l'envoyer avec le questionnaire.

IV. VOYAGES EN AVION

Q12 Combien de voyages en avion votre enfant a-t-il fait lors des **12 derniers mois**? Chaque aller-retour compte pour un voyage.

Nombre de voyages : _____

→ Si "zéro", veuillez continuer à la section "DOMICILE"

Q13 Lors des **12 derniers mois**, pour chaque vol que l'enfant a pris, veuillez indiquer les informations suivantes comme montré dans l'exemple (chaque aller-retour compte pour un voyage) :

| | | Vol 1 | Vol 2 | Vol 3 | Vol 4 |
|--------------------|---------------------|-------|-------|-------|-------|
| Aller | <i>Exemple</i> | | | | |
| Aéroport de départ | Genève | | | | |
| Date (JJ/MM/AAAA) | 13.04.18 | | | | |
| Aéroport d'arrivée | John F. Kennedy, NY | | | | |
| Escales | Frankfurt | | | | |
| Compagnie | SWISS/Lufthansa | | | | |
| Retour | | | | | |
| Aéroport de départ | John F. Kennedy, NY | | | | |
| Date (JJ/MM/AAAA) | 02.05.18 | | | | |
| Aéroport d'arrivée | Genève | | | | |
| Escales | Frankfurt | | | | |
| Compagnie | Lufthansa | | | | |

→ Si vous manquez d'espace, veuillez continuer sur une feuille séparée et nous l'envoyer avec le questionnaire.

V. DOMICILE

Q14 Dans quel type d'habitation vivez-vous ?

₁ Appartement dans un immeuble

₂ Maison indépendante

Q15 Veuillez indiquer l'année de construction de votre maison/immeuble :

Donnez une date approximative si vous n'êtes pas sûr(e). _____

Q16 Combien de pièces avez-vous dans votre domicile ? (Ne comptez pas cuisine, salles de bains, couloirs, etc.)

Nombre de pièces : _____

Q17 Dans votre immeuble/maison, quel(s) étage(s) occupe votre domicile ? (cela peut être plus d'un étage)

₋₁ ₀ Rez-de-chaussée ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₈ Autre : _____

Q18 Veuillez indiquer quel(s) est/sont le(s) matériau(x) de construction des murs extérieurs de votre immeuble/maison (plusieurs réponses sont possibles) :

₁ Béton ₂ Bois ₃ Briques ₄ Grès ₅ Autres pierres ₉ Je ne sais pas

Q19 Y-a-t-il une cave dans l'immeuble/la maison dans lequel/laquelle vous vivez ?

₁ Oui ₂ Non → Si la réponse est "Non", veuillez aller à la section "ADRESSE DE RESIDENCE"

Q20 Veuillez indiquer le type de sol et de ventilation de la cave (plusieurs réponses sont possibles)

Sol: ₁ Béton ₂ Briques ₃ Sol nu

Ventilation: ₁ Ventilation constante (p. ex. fenêtre ouverte en permanence) ₃ Pas de ventilation
₂ Ventilation intermittente

VI. ADRESSE DE RÉSIDENCE

Q21 Veuillez indiquer tous les endroits où a vécu l'enfant, dans l'ordre chronologique, en commençant à partir du jour de la naissance.

| | Commune | NPA | Rue, numéro | Période de l'année (MM/AAAA-MM/AAAA) |
|-----------|---------|------|--------------------|---|
| Exemple | Bern | 3012 | Finkenhubelweg, 11 | 01.2014 - 11.2018 |
| Adresse 1 | | | | |
| Adresse 2 | | | | |
| Adresse 3 | | | | |
| Adresse 4 | | | | |
| Adresse 5 | | | | |

→ Si vous manquez d'espace, veuillez continuer sur une feuille séparée et nous l'envoyer avec le questionnaire.

Q22 Dans quels lieux différents, autres que son domicile, votre enfant passe-t-il régulièrement du temps? Veuillez indiquer les adresses où votre enfant passe au moins 4 heures par semaine (par exemple l'école, la crèche, la garderie, chez des membres de la famille, etc.).

| | Commune | NPA | Rue, numéro | Type de lieu | Approximation du nombre total d'heures par semaine (ou toutes les deux semaines) |
|------------------|-------------|------|--------------------|--------------|--|
| <i>Exemple 1</i> | Bern | 3012 | Finkenhubelweg, 11 | École | 28 h toutes les semaines |
| <i>Exemple 2</i> | Steffisburg | 3612 | Weieneggstrasse 62 | Famille | 48 h toutes les deux semaines |
| Adresse 1 | | | | | |
| Adresse 2 | | | | | |
| Adresse 3 | | | | | |
| Adresse 4 | | | | | |

➔ Si vous manquez d'espace, veuillez continuer sur une feuille séparée et nous l'envoyer avec le questionnaire.

VII. ACTIVITES A L'EXTERIEUR ET EXPOSITION AU SOLEIL

Q23 Hier, où l'enfant a-t-il passé la majorité de sa journée ?

₁ École/accueil collectif (crèche, garderie) ₂ À la maison ₃ Autre: _____

Date de la journée d'hier (JJ.MM.AA): ____ . ____ . ____

Q24 Hier, combien de temps votre enfant a-t-il été **dehors**, et quel temps faisait-il ?

S'il n'a pas passé de temps à l'extérieur, veuillez indiquer « 0 ».

| | <i>Exemple</i> | Temps passé dehors: Durée en heures/min | Temps (une seule réponse possible) |
|---|----------------|--|---|
| 06:00h – 10:00h | 0 | | <input type="checkbox"/> ₁ Ensoleillé <input type="checkbox"/> ₂ Plutôt ensoleillé <input type="checkbox"/> ₃ Plutôt nuageux <input type="checkbox"/> ₄ Nuageux |
| 10:00h – 16:00h | 1h20min | | <input type="checkbox"/> ₁ Ensoleillé <input type="checkbox"/> ₂ Plutôt ensoleillé <input type="checkbox"/> ₃ Plutôt nuageux <input type="checkbox"/> ₄ Nuageux |
| 16:00h – 19:00h | 35min | | <input type="checkbox"/> ₁ Ensoleillé <input type="checkbox"/> ₂ Plutôt ensoleillé <input type="checkbox"/> ₃ Plutôt nuageux <input type="checkbox"/> ₄ Nuageux |
| Hier , les activités de votre enfant étaient-elles : | | | <input type="checkbox"/> ₁ Habituelles <input type="checkbox"/> ₂₀ Inhabituelles |

Q25 Pendant **cette saison** (hiver), combien de temps **par jour** votre enfant passe-t-il dehors habituellement ?

| | | Durée en heures/min: |
|---------------------|-----------------|----------------------|
| | <i>Exemple</i> | |
| De lundi à vendredi | 06:00h – 10:00h | 0 |
| | 10:00h – 16:00h | 45min |
| | 16:00h – 19:00h | 1h20min |
| Week-end | 06:00h – 10:00h | 15min |
| | 10:00h – 16:00h | 2h |
| | 16:00h – 19:00h | 1h15min |

IX. FAMILLE

Dans les colonnes suivantes, veuillez remplir les informations relatives **aux parents ou au(x) responsable(s) de l'enfant**. Si l'enfant vit avec une seule personne responsable, utilisez une seule colonne.

| | 1. Personne responsable (personne remplissant le questionnaire) | 2. Personne responsable |
|---|--|---|
| Q33 Sexe | <input type="checkbox"/> ₁ F <input type="checkbox"/> ₂ M | <input type="checkbox"/> ₁ F <input type="checkbox"/> ₂ M |
| Q34 Date de naissance (format jj.mm.aaaa) | _____ | _____ |
| Q35 Quel est le niveau de formation le plus élevé achevé par la personne ? Une seule réponse possible. | | |
| aucune ou jusqu'à 7 ans d'école obligatoire | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| école obligatoire (8 ou 9 ans), 10e année scolaire/préapprentissage ou autre formation transitoire | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| formation professionnelle élémentaire ou initiale (2 à 4 ans d'apprentissage ou d'école professionnelle à plein temps, école supérieure de commerce, école de métiers ou formation équivalente) | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| formation générale (maturité gymnasiale, professionnelle ou spécialisée, école normale, école de degré diplôme ou de culture générale, école d'administration et des transports ou formation équivalente) | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| formation professionnelle supérieure avec brevet ou diplôme fédéral ou maîtrise, école technique, école supérieure, ETS, ESCEA, ESAA, IES ou formation équivalente | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| université, EPF, haute école pédagogique, haute école spécialisée | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Q36 Quel est le statut actuel sur le marché du travail ? Une seule réponse possible. | | |
| Activité professionnelle à plein temps | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Activité professionnelle à temps partiel → <i>Veuillez indiquer le nombre moyen d'heures travaillées par semaine</i> | <input type="checkbox"/> ₂ : _____ h | <input type="checkbox"/> ₂ : _____ h |
| Pas d'activité professionnelle | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Q37 Quel est approximativement le revenu mensuel brut de votre ménage ? (La somme des revenus des tous les membres du ménage avant déductions) | <input type="checkbox"/> ₁ < 3'000 CHF <input type="checkbox"/> ₂ 3'000 – 4'499 CHF <input type="checkbox"/> ₃ 4'500 – 5'999 CHF <input type="checkbox"/> ₄ 6'000 – 8'999 CHF <input type="checkbox"/> ₅ 9'000 – 12'999 CHF <input type="checkbox"/> ₆ > 13'000 CHF <input type="checkbox"/> ₉ Pas de réponse | |
| Q38 Est-ce qu'un membre du ménage possède une voiture? En cas de leasing, indiquez « Oui ». | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₂ Non |

Acceptez-vous d'être contacté à nouveau au printemps et en été pour remplir un questionnaire de suivi sur les activités et l'exposition au soleil (questionnaire court demandant 5 min de votre temps)?

₁ Oui

₂ Non

Numéro de téléphone : _____

E-mail : _____

Connaître la dose de radiation exacte utilisée lors de radiographies et CT-scan nous permettrait d'estimer de manière plus fiable la dose de radiation totale à laquelle a été exposée votre enfant. Acceptez-vous que nous contactions le prestataire de soins qui a réalisé ces examens médicaux sur votre enfant afin que nous obtenions cette information ?

₁ Oui

₂ Non

Nous apprécierions vos commentaires au sujet de l'enquête. Si vous avez des commentaires, veuillez les noter ci-dessous :

Nous vous remercions beaucoup pour votre participation et nous vous prions de bien vouloir nous renvoyer le questionnaire avec l'enveloppe fournie !