



Etude des Déterminants pré et post nataux
EDEN
du développement et de la santé de l'Enfant

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Auto-questionnaire EDEN

Votre bébé à 8 mois



Nom de la mère : Prénom de la mère :

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant : |_|_| |_|_| |_|_|

Date de remplissage : |_|_| |_|_| |_|_|

	<i>Ne rien inscrire dans cette colonne</i>
Avez-vous déménagé depuis la naissance de votre enfant ? |_|0. non |_|1. oui si oui, précisez : votre nouvelle adresse : la date du déménagement : |_|_| |_|_| |_|_|	1 _ 2 |_|_|_|

Partie 1 : Votre enfant

**Le suivi médical de votre enfant dans les 4 derniers mois
(depuis l'âge de 5 mois)**

1. Votre enfant a-t-il été hospitalisé <u>dans les 4 derniers mois</u> (y compris les hospitalisations de jour) ? |_|0. non |_|1. oui	1 |_|
si oui, combien de fois ? |_|_|	2 |_|_|
combien de jours au total ? |_|_|_|	3 |_|_|_|
indiquez la ou les raison(s) de son ou (de ses) hospitalisation(s) :	(code CIM) 4 _ _ _ , _ 5 _ _ _ , _ 6 |_|_|_|,|_|

Les consultations médicales pour votre enfant en dehors des hospitalisations :

2. <u>Dans les 4 derniers mois</u> , avez-vous consulté pour votre enfant aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique ? |_|0. non |_|1. oui	7 |_|
si oui, combien de fois ? |_|_|	10 |_|_|
3. <u>Dans les 4 derniers mois</u> , avez-vous consulté un généraliste pour votre enfant ? |_|0. non |_|1. oui	9 |_|
si oui, combien de fois ? |_|_|	10 |_|_|
4. <u>Dans les 4 derniers mois</u> , avez-vous consulté un pédiatre ou un autre médecin spécialiste (à son cabinet ou à l'hôpital) pour votre enfant ? |_|0. non |_|1. oui	11 |_|
si oui : . combien de fois au total ? |_|_|	12 |_|_|
. combien de spécialistes différents ? |_|_|	13 |_|_|

5. Dans les 4 derniers mois, avez-vous eu besoin de téléphoner à un médecin (sans aller consulter) pour un problème de santé de votre enfant ?

0. non 1. oui

si oui, environ combien de fois ?

14

15

La croissance de votre enfant dans les 4 derniers mois (depuis l'âge de 5 mois)

Merci de reporter les mesures du poids, de la taille et du périmètre crânien de votre enfant qui ont été notées dans son carnet de santé dans les 4 derniers mois (si plus de 4 mesures ont été notées, choisir la première mesure de chaque mois)

<u>Mesure 1 :</u>	date (jj/mm/aa)		1	
	poids (kg)		2	
	taille (cm)		3	
	périmètre crânien (cm)		4	
 <u>Mesure 2 :</u>	date (jj/mm/aa)		5	
	poids (kg)		6	
	taille (cm)		7	
	périmètre crânien (cm)		8	
 <u>Mesure 3 :</u>	date (jj/mm/aa)		9	
	poids (kg)		10	
	taille (cm)		11	
	périmètre crânien (cm)		12	
 <u>Mesure 4 :</u>	date (jj/mm/aa)		13	
	poids (kg)		14	
	taille (cm)		15	
	périmètre crânien (cm)		16	

La santé de votre enfant dans les 4 derniers mois (depuis l'âge de 5 mois)

Dans les 4 derniers mois, votre enfant a-t-il présenté l'un des problèmes de santé suivants :

- | | | | | |
|----|--|-----------------------------------|----|---|
| 1. | Rhume, rhinopharyngite ou nez bouché : | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 1 | \|_\| |
| | si oui, . combien de fois ? | \|_\|1 fois \|_\|2 fois \|_\|3 fois ou + | 2 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 3 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 4 | \|_\| |
| 2. | Otite : | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 5 | \|_\| |
| | si oui, . combien de fois ? | \|_\|1 fois \|_\|2 fois \|_\|3 fois ou + | 6 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 7 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 8 | \|_\| |
| 3. | Bronchiolite ou bronchite : | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 9 | \|_\| |
| | si oui, . combien de fois ? | \|_\|1 fois \|_\|2 fois \|_\|3 fois ou + | 10 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 11 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 12 | \|_\| |
| 4. | Diarrhée (selles liquides plus fréquentes qu'à l'habitude) : | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 13 | \|_\| |
| | si oui, . combien de fois ? | \|_\|1 fois \|_\|2 fois \|_\|3 fois ou + | 14 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 15 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 16 | \|_\| |
| 5. | Régurgitations : | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 17 | \|_\| |
| | si oui, \|_\|1. après chaque repas ou presque | | | |
|  | \|_\|2. plusieurs fois par semaine | | | |
|  | \|_\|3. moins souvent | | 18 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 19 | \|_\| |
| | si oui, ce problème a-t-il nécessité des examens particuliers ? | | | |

		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	20	<input type="checkbox"/>
	. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	21	<input type="checkbox"/>
6.	Strabisme (yeux qui louchent) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	22	<input type="checkbox"/>
7.	<u>Dans les 4 derniers mois</u> , votre enfant a-t-il eu un accident (à la maison, dans la voiture, ...) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	23	<input type="checkbox"/>
	si oui, précisez :			
			
			
8.	Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu <u>dans les 4 derniers mois</u> , d'autre(s) problème(s) de santé que ceux des questions précédentes (1 à 7) qui ont nécessité une consultation médicale (vous pouvez vous aider de son carnet de santé) :			
		(code CIM)		
	.....	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Votre enfant a-t-il suivi <u>dans les 4 derniers mois</u> , un traitement antibiotique (par injection ou par la bouche) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	29	<input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois ?	<input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois ou +	30	<input type="checkbox"/>
10.	Actuellement , donnez-vous à votre enfant des vitamines ou des minéraux ?			
	. Vitamine D (Stérogyl, Zyma D2, Uvestérol, Uvédose, ...) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	31	<input type="checkbox"/>
	. Fer (Fumafer, Ferrostrane, ...) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	32	<input type="checkbox"/>
	. Fluor :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	33	<input type="checkbox"/>
	. Autres :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	34	<input type="checkbox"/>
	si oui, précisez :			
ATTENTION : les questions suivantes portent sur toute la période écoulée depuis la naissance de votre enfant (et pas uniquement les 4 derniers mois)				
11.	<u>Depuis sa naissance</u> , votre enfant a-t-il eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	35	<input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu NON passez directement à la question 14				
12.	Combien de fois a-t-il eu des crises de sifflements?			
	<input type="checkbox"/> 1 1 à 3 fois			
	<input type="checkbox"/> 2 4 à 12 fois			
	<input type="checkbox"/> 3 plus de 12 fois		36	<input type="checkbox"/>

13. Combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements l'ont-il réveillé ?

☐0 jamais réveillé avec des sifflements

☐1 moins d'une nuit par semaine

☐2 une ou plusieurs nuits par semaine

37 ☐

14. Votre enfant a-t-il eu depuis sa naissance un diagnostic d'asthme du nourrisson ? ☐0. non ☐1. oui 38 ☐
- si oui,
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? ☐0. non ☐1. oui 39 ☐
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une visite aux urgences ? ☐0. non ☐1. oui 40 ☐
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une hospitalisation ? ☐0. non ☐1. oui 41 ☐
15. Votre enfant a-t-il, depuis sa naissance, eu sur la peau une éruption (plaques rouges, boutons, ...) qui démange (envie de se gratter), et qui apparaît et disparaît par intermittence ? ☐0. non ☐1. oui 42 ☐
- Si vous avez répondu NON passez directement à la question 18**
16. Cette éruption qui démange, a-t-elle, à un moment quelconque depuis sa naissance, touché l'une des zones suivantes : les plis des coudes, derrière les genoux, en avant des chevilles, sous les fesses, autour du cou, autour des yeux ou des oreilles ? ☐0. non ☐1. oui 43 ☐
17. Combien de fois cette éruption qui démange a-t-elle empêché votre enfant de dormir ?
- ☐0 jamais
- ☐1 moins d'une nuit par semaine
- ☐2 plusieurs nuits par semaine 44 ☐
18. Votre enfant a-t-il eu depuis sa naissance un diagnostic d'eczéma ? ☐0. non ☐1. oui 45 ☐
19. Votre enfant a-t-il eu depuis sa naissance une intolérance au lait ? ☐0. non ☐1. oui 46 ☐
20. Votre enfant a-t-il eu depuis sa naissance des réactions exagérées (gonflement des lèvres, du visage, problèmes gastro-intestinaux) après avoir consommé un aliment ? ☐0. non ☐1. oui 47 ☐
- si oui, pour quel aliment ?
- si oui, quelle réaction ?
21. Un médecin a-t-il déjà posé un diagnostic d'allergie alimentaire à votre enfant ? ☐0. non ☐1. oui 48 ☐
- si oui, pour quel aliment ?
22. Est-ce que vous avez éliminé un aliment particulier ou une boisson en raison de cette allergie ? ☐0. non ☐1. oui 49 ☐

|

Les activités de votre enfant

Voici une liste d'activités que peut faire un bébé au cours de la première année.
Pouvez-vous nous dire celles que vous avez déjà observées chez votre enfant ?
Mettez « oui » quand vous avez observé cette activité au moins une fois chez votre enfant et « non » quand vous ne l'avez jamais observée. Merci de répondre à toutes les questions.

- | | | | |
|-----|---|----|---|
| 1. | Il/elle se retourne tout seul du dos sur le ventre quand il/elle est couché(e)
 _ 0. pas encore _ 1. oui | 1 | _ |
| 2. | Il/elle tient assis sans soutien quelques secondes
 _ 0. pas encore _ 1. oui | 2 | _ |
| 3. | Quand il/elle est couché(e), il/elle peut s'asseoir seul(e)
 _ 0. pas encore _ 1. oui | 3 | _ |
| 4. | Il/elle se tient debout quelques secondes avec un appui
 _ 0. pas encore _ 1. oui | 4 | _ |
| 5. | Quand il/elle est assis(e), il/elle peut se mettre debout seul(e) en utilisant un appui
 _ 0. pas encore _ 1. oui | 5 | _ |
| 6. | Si vous le/la tenez par les mains juste pour l'équilibrer, il/elle tient debout quelques secondes
 _ 0. pas encore _ 1. oui | 6 | _ |
| 7. | Il/elle arrive à se déplacer sur le sol en rampant, en se tirant sur les fesses ou en marchant à quatre pattes
 _ 0. pas encore _ 1. oui | 7 | _ |
| 8. | Il/elle fait des mouvements de marche quand vous le/la soutenez sous les bras
 _ 0. pas encore _ 1. oui | 8 | _ |
| 9. | Il/elle lui arrive de porter les pieds à sa bouche \|_\|0. pas encore \|_\|1. oui | 9 | \|_\| |
| 10. | Il/elle attrape des objets et les porte à sa bouche \|_\|0. pas encore \|_\|1. oui | 10 | \|_\| |
| 11. | Il/elle réagit à certains mots familiers, par exemple quand on lui parle de repas, d'aller se promener, ... \|_\|0. pas encore \|_\|1. oui | 11 | \|_\| |
| 12. | Quand vous appelez votre enfant et que vous êtes hors de sa vue, il/elle se retourne dans la direction de votre voix \|_\|0. pas encore \|_\|1. oui | 12 | \|_\| |
| 13. | Il/elle participe au jeu quand on lui fait « coucou » \|_\|0. pas encore \|_\|1. oui | 13 | \|_\| |
| 14. | Il/elle saisit un petit objet entre le pouce et l'index \|_\|0. pas encore \|_\|1. oui | 14 | \|_\| |
| 15. | Il/elle vocalise, crie ou appelle pour attirer votre attention (en dehors des pleurs) \|_\|0. pas encore \|_\|1. oui | 15 | \|_\| |
| 16. | Il/elle attrape les objets mis à sa portée \|_\|0. pas encore \|_\|1. oui | 16 | \|_\| |
| 17. | Il/elle s'amuse à jeter ses jouets \|_\|0. pas encore \|_\|1. oui | 17 | \|_\| |

18.	Il/elle s'amuse à frapper deux objets l'un contre l'autre	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	18	<input type="checkbox"/>
19.	Il/elle tape un objet contre la table ou le sol	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	19	<input type="checkbox"/>
20.	Il/elle passe un objet d'une main à l'autre	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	20	<input type="checkbox"/>
21.	Il/elle dit plusieurs syllabes différentes comme : pa, ba, ma, ta, ...	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	21	<input type="checkbox"/>
22.	Il/elle dit ou répète un mot de deux syllabes identiques comme baba, mama, tata	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	22	<input type="checkbox"/>
23.	Il/elle dit un mot de deux syllabes différentes (par exemple : ga-to)	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	23	<input type="checkbox"/>
24.	Il/elle répète des actes ou mimiques qui vous ont fait rire	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	24	<input type="checkbox"/>
25.	Il/elle secoue la tête pour dire « non »	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	25	<input type="checkbox"/>
26.	Il/elle comprend quand vous lui défendez de faire quelque chose	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	26	<input type="checkbox"/>
27.	Il/elle aide pendant qu'on l'habille, par exemple donne sa main ou son pied	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	27	<input type="checkbox"/>
28.	Il/elle boit seul son biberon ou sa tasse en les tenant	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui	28	<input type="checkbox"/>
29.	Il/elle mange seul(e) un gâteau sec ou un morceau de pain	<input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. on ne lui en a encore jamais proposé	29	<input type="checkbox"/>
Vous trouvez que le caractère de votre bébé est en général :				
<input type="checkbox"/> 1	plus facile que la moyenne			
<input type="checkbox"/> 2	dans la moyenne			
<input type="checkbox"/> 3	plus difficile que la moyenne		30	<input type="checkbox"/>
Votre bébé a-t-il des coliques pendant ou après les repas ? (il semble avoir mal au ventre)				
<input type="checkbox"/> 0	jamais ou presque jamais			
<input type="checkbox"/> 1	parfois			
<input type="checkbox"/> 2	une fois sur deux			
<input type="checkbox"/> 3	souvent			
<input type="checkbox"/> 4	toujours ou presque toujours		31	<input type="checkbox"/>
Votre bébé a-t-il des pleurs qui vous semblent excessifs ?				
<input type="checkbox"/> 0	presque jamais			
<input type="checkbox"/> 1	parfois			
<input type="checkbox"/> 2	souvent			

|_|4 très souvent

32 |_|

Actuellement, votre bébé prend-il un repas la nuit (entre 23h et 6h du matin) ?

- ☐|0 jamais ou presque jamais
- ☐|1 parfois
- ☐|2 une nuit sur deux
- ☐|3 souvent
- ☐|4 toujours ou presque toujours

33 ☐

Au cours du dernier mois, quand vous couchiez votre bébé le soir, avait-il/elle du mal à s'endormir ?

- ☐|0 jamais ou presque jamais
- ☐|1 parfois
- ☐|2 un soir sur deux
- ☐|3 souvent
- ☐|4 tous les soirs ou presque tous les soirs

34 ☐

Au cours du dernier mois, votre bébé vous a-t-il/elle réveillé(e) la nuit ?

- ☐|0 jamais ou presque jamais
- ☐|1 parfois
- ☐|2 une nuit sur deux
- ☐|3 souvent
- ☐|4 toujours ou presque toujours

35 ☐

L'environnement de votre enfant

A/ Les questions qui suivent se réfèrent au logement où l'enfant passe actuellement le plus de temps dans la journée.

- | | | | |
|---|--------------------|---|---|
| 1. Dans la pièce que <u>l'enfant fréquente le plus pendant la journée</u> , la peinture s'écaille-t-elle ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 1 | \|_\| |
| 2. Y a-t-il souvent de la condensation dans le logement (cuisine, salle de bains...) ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 2 | \|_\| |
| 3. Y a-t-il eu un dégât des eaux dans une des pièces principales du logement ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 3 | \|_\| |
| 4. Y a-t-il des taches d'humidité ou des moisissures sur une surface quelconque dans une des pièces principales du logement ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 4 | \|_\| |
| si oui, est-ce dans la pièce que <u>l'enfant fréquente le plus pendant la journée</u> ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 5 | \|_\| |
| 5. <i>Cochez les cases correspondantes si la pièce de la maison que <u>l'enfant fréquente le plus pendant la journée</u> a un des éléments suivants ? (Plusieurs réponses sont possibles)</i> | | | |
| une moquette ou des tapis | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 6 | \|_\| |
| des doubles vitrages | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 7 | \|_\| |
| doubles rideaux ou tissus aux murs | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 8 | \|_\| |

B/ Les questions qui suivent concerne la chambre où l'enfant dort le plus longtemps actuellement.

- | | | | |
|--|--------------------|----|---|
| 6. La <u>chambre à coucher</u> de votre enfant a-t-elle : <i>(Plusieurs réponses sont possibles)</i> | | | |
| une moquette ou des tapis | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 9 | \|_\| |
| des doubles vitrages | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 10 | \|_\| |
| doubles rideaux ou tissus aux murs | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 11 | \|_\| |
| 7. Le <u>matelas</u> sur lequel votre enfant dort est : | | | |
| \|_\|1. neuf (acheté il y a moins d'1 an) | | | |
| \|_\|2. acheté entre il y a 1 à 3 ans | | | |
| \|_\|3. acheté il y a plus de 3 ans | | | |
| \|_\|4. je ne sais pas | | 12 | \|_\| |
| 8. Quel <u>type d'oreiller</u> ou de traversin a votre enfant ? | | | |
| \|_\|1. synthétique | | | |
| \|_\|2. duvet ou plumes | | | |
| \|_\|3. laine | | | |
| \|_\|4. autre | | | |

☐ 5. n'utilise pas d'oreiller

13 ☐

9.	Quel type de <u>couverture</u> 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	14 <input type="checkbox"/>
10.	Combien de fois par semaine la chambre de votre enfant <u>est-elle aérée</u> ?	
<input type="checkbox"/> 1.	1 fois/semaine ou moins	
<input type="checkbox"/> 2.	2 à 4 fois/semaine	
<input type="checkbox"/> 3.	tous les jours	15 <input type="checkbox"/>
C/ Les animaux		
11.	Y a-t-il <u>un (des) animal(aux)</u> dans le logement où habite votre enfant ?	
<input type="checkbox"/> 0.	non	
<input type="checkbox"/> 1.	si oui, <i>cochez la (les) case(s) correspondante(s),</i>	16 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1.	chat	17 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2.	chien	18 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3.	rongeur	19 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4.	oiseaux	20 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5.	animaux de la ferme	21 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6.	autre(s)	22 <input type="checkbox"/>
12.	Si oui, les laissez-vous rentrer dans la chambre à coucher de l'enfant ? <i>cochez la (les) case(s) correspondante(s),</i>	
<input type="checkbox"/> 1.	chat	23 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2.	chien	24 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3.	rongeur	25 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4.	oiseaux	26 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5.	animaux de la ferme	27 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6.	autre(s)	28 <input type="checkbox"/>
13.	Est-ce que votre enfant est au moins 1 fois par semaine en contact avec un ou plusieurs animaux à <u>l'extérieur</u> de son logement (chez la nourrice, grand-parents...) (<i>cochez la (les) case(s) correspondante(s) ?</i>)	
<input type="checkbox"/> 0.	non	
<input type="checkbox"/> 1.	si oui, <i>cochez la (les) case(s) correspondante(s),</i>	29 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1.	chat	30 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2.	chien	31 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3.	rongeur	32 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4.	oiseaux	33 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5.	animaux de la ferme	34 <input type="checkbox"/>

□6. autre(s)

35 □

14. Est-ce que votre enfant a passé depuis sa naissance au moins 1 mois d'affilée à la campagne en présence d'animaux de la ferme ? |_|0. non |_|1. oui 36 |_|
- si oui, cochez la (les) case(s) correspondante(s), indiquant le type d'animal
- |_|1 vache 37 |_|
- |_|2 chèvre 38 |_|
- |_|3 cheval 39 |_|
- |_|4 porc 40 |_|
- |_|5 brebis 41 |_|
- |_|6 autre(s) 42 |_|
15. Depuis sa naissance, avez-vous fait un (des) changement(s) suivant(s) pour la santé de votre enfant, parce qu'il a ou a eu des problèmes allergiques ou respiratoires ?
- . séparation de votre animal domestique |_|0. non |_|1. oui 43 |_|
- si oui, quel âge avait l'enfant ? |_|_| mois 44 |_|_|
- . arrêt ou réduction du tabagisme |_|0. non |_|1. oui 45 |_|
- si oui, quel âge avait l'enfant ? |_|_| mois 46 |_|_|
- . changement de literie (matelas, oreiller...) |_|0. non |_|1. oui 47 |_|
- si oui, quel âge avait l'enfant ? |_|_| mois 48 |_|_|
- . enlèvement de moquette |_|0. non |_|1. oui 49 |_|
- si oui, quel âge avait l'enfant ? |_|_| mois 50 |_|_|
- . autre modification |_|0. non |_|1. oui 51 |_|
- si oui, quel âge avait l'enfant ? |_|_| mois 52 |_|_|
- si autre, préciser :

L'alimentation de votre enfant

1. A quel âge, avez-vous commencé à introduire régulièrement dans l'alimentation de votre bébé : (mettre 0 si votre bébé ne consomme pas encore cet aliment) ?

. du lait en poudre ou en brique pour bébé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. du lait de vache ordinaire (y compris du lait concentré ou en poudre)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. des jus de fruits	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. de l'eau du robinet	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. des farines	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. de la viande	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	6	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. du poisson	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	7	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. des jaunes d'oeuf	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. des oeufs entiers	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. des pommes de terre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. un autre type de légume	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	11	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. des fruits	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	12	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. des laitages (yaourts, petits-suisse, ...)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	13	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. du fromage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	14	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. des biscuits	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	15	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
. des entremets (crème dessert, ...)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mois	16	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>

2. Si votre bébé boit du lait de vache ordinaire (y compris sous forme de lait concentré ou en poudre), est-ce du lait :

<input type="text"/> 1. entier	
<input type="text"/> 2. 1/2 écrémé	
<input type="text"/> 3. écrémé	
<input type="text"/> 4. ne boit pas de lait ordinaire	17 <input type="text"/>

3. Si votre enfant boit ou a bu du lait en poudre ou en brique pour bébé, dans les 4 derniers mois (depuis l'âge de 5 mois), indiquer le plus précisément possible le **nom** de chaque lait. Précisez pendant **combien de temps** approximativement ce lait a été utilisé **dans les 4 derniers mois** :

Lait 1 :	18 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Durée : <input type="text"/> 1. moins d'1 semaine	
<input type="text"/> 2. entre 1 semaine et 1 mois	
<input type="text"/> 3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois	
<input type="text"/> 4. sans interruption	19 <input type="text"/>

Lait 2 :	20	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durée : <input type="checkbox"/> 1. moins d'1 semaine		
<input type="checkbox"/> 2. entre 1 semaine et 1 mois		
<input type="checkbox"/> 3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois		
<input type="checkbox"/> 4. sans interruption	21	<input type="checkbox"/>
Lait 3 :	22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durée : <input type="checkbox"/> 1. moins d'1 semaine		
<input type="checkbox"/> 2. entre 1 semaine et 1 mois		
<input type="checkbox"/> 3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois		
<input type="checkbox"/> 4. sans interruption	23	<input type="checkbox"/>
Lait 4 :	24	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durée : <input type="checkbox"/> 1. moins d'1 semaine		
<input type="checkbox"/> 2. entre 1 semaine et 1 mois		
<input type="checkbox"/> 3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois		
<input type="checkbox"/> 4. sans interruption	25	<input type="checkbox"/>
Lait 5 :	26	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durée : <input type="checkbox"/> 1. moins d'1 semaine		
<input type="checkbox"/> 2. entre 1 semaine et 1 mois		
<input type="checkbox"/> 3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois		
<input type="checkbox"/> 4. sans interruption	27	<input type="checkbox"/>
4. Si vous allaitez ou avez allaité votre bébé au sein		
Continuez-vous à allaiter actuellement ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	28	<input type="checkbox"/>
si non, . à quelle date avez-vous arrêté définitivement (jj/mm/aa) :		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	29	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
. pour quelle(s) raison(s) avez-vous arrêté :		
- douleur, infection au niveau du sein <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30	<input type="checkbox"/>
- problème de santé du bébé <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	31	<input type="checkbox"/>
- reprise du travail <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	32	<input type="checkbox"/>
- reprise d'autres activités <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	33	<input type="checkbox"/>
- quantité de lait insuffisante <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	34	<input type="checkbox"/>
- je n'en avais plus envie <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	35	<input type="checkbox"/>
- manque de temps, de disponibilité <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	36	<input type="checkbox"/>
- autre, précisez :	37	<input type="checkbox"/>
5. Avant la naissance, quel mode d'allaitement aviez-vous choisi pour votre enfant ?		
<input type="checkbox"/> 1. biberon		
<input type="checkbox"/> 2. sein		

|_|3. je n'avais pas choisi avant la naissance

38 |_|

6. Si vous aviez fait un choix, quelles étaient les 2 raisons principales de votre choix ?
- | | | |
|--|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. c'est plus facile | 39 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. c'est mieux pour la santé de l'enfant | 40 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3. c'est mieux pour la relation entre la mère et l'enfant | 41 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 4. cela permet au père de jouer son rôle | 42 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 5. cela favorise le bien-être de l'enfant | 43 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 6. cela fait plaisir à la mère | 44 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 7. c'est comme ça que vous-même avez été nourrie | 45 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 8. c'est ce qui se fait autour de vous | 46 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 9. c'est comme ça qu'il faut faire | 47 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 10. autre, précisez : | 48 | <input type="checkbox"/> |
7. Actuellement, combien de repas par jour votre bébé prend-il en moyenne ?
- | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 49 | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|----|--------------------------|
8. D'une façon générale, diriez-vous qu'actuellement votre bébé :
- | | | |
|---|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. a toujours faim, réclame toujours | | |
| <input type="checkbox"/> 2. réclame normalement pour un bébé de son âge | | |
| <input type="checkbox"/> 3. doit être stimulé pour manger | 50 | <input type="checkbox"/> |
9. Si vous donnez des biberons ou des aliments solides à votre bébé, que faites-vous lorsqu'il ne finit pas la quantité que vous avez préparée et qu'il n'est pas malade ?
- | | | |
|--|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. vous insistez | | |
| <input type="checkbox"/> 2. vous laissez et lui proposez un peu plus tard | | |
| <input type="checkbox"/> 3. vous laissez et lui proposez son prochain repas plus tôt ou en quantité plus abondante | | |
| <input type="checkbox"/> 4. vous laissez et attendez qu'il manifeste de nouveau sa faim | | |
| <input type="checkbox"/> 5. autre : | | |
| si autre, précisez : | | |
| <input type="checkbox"/> 6. Cela n'arrive jamais | 51 | <input type="checkbox"/> |

Partie 2 : Votre santé

1. <u>Au cours du dernier mois,</u> comment vous êtes-vous sentie sur le plan physique ? <input type="checkbox"/> 1. très bien <input type="checkbox"/> 2. assez bien <input type="checkbox"/> 3. assez mal <input type="checkbox"/> 4. très mal		1	<input type="checkbox"/>
et sur le plan moral ? <input type="checkbox"/> 1. très bien <input type="checkbox"/> 2. assez bien <input type="checkbox"/> 3. assez mal <input type="checkbox"/> 4. très mal		2	<input type="checkbox"/>
2. <u>Au cours du dernier mois,</u> avez-vous pris les médicaments suivants ? . aspirine, paracétamol (effergal, dafalgan, doliprane) ou ibuprofène (advil, ...) : <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas . des somnifères : <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas . des tranquillisants ou anxiolytiques : <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas . des antidépresseurs : <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas . des fortifiants : <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas		3	<input type="checkbox"/>
		4	<input type="checkbox"/>
		5	<input type="checkbox"/>
		6	<input type="checkbox"/>
		7	<input type="checkbox"/>
3. <u>Dans les 4 derniers mois,</u> avez-vous été hospitalisée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui si oui, combien de jours au total : <input type="text"/> <input type="text"/>		8	<input type="checkbox"/>
		9	<input type="text"/> <input type="text"/>
		code CIM	
pour quelles raisons :		10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....		11	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. <u>Dans les 4 derniers mois,</u> Avez-vous consulté un médecin généraliste <u>pour vous</u> ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui si oui, combien de fois au total : <input type="text"/> <input type="text"/>		12	<input type="checkbox"/>
		13	<input type="text"/> <input type="text"/>
Avez-vous consulté un gynécologue ou un obstétricien ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui si oui, combien de fois au total : <input type="text"/> <input type="text"/>		14	<input type="checkbox"/>
		15	<input type="text"/> <input type="text"/>
Avez-vous consulté un psychiatre ou un psychologue ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui si oui, combien de fois au total : <input type="text"/> <input type="text"/>		16	<input type="checkbox"/>
		17	<input type="text"/> <input type="text"/>
Avez-vous consulté d'autres médecins spécialistes <u>pour vous</u> ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui		18	<input type="checkbox"/>

si oui, quels spécialistes :	19	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

5. Souhaitez-vous avoir un autre enfant ?

☐0. non

☐1. oui, plus tard

☐2. oui, maintenant

☐3. je ne sais pas

☐4. je suis enceinte

20 ☐

si enceinte, de combien de semaines

21

6. Si vous n'êtes pas enceinte, utilisez-vous actuellement, vous ou votre partenaire, une méthode pour éviter d'être enceinte ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. Je n'ai pas eu de rapports depuis l'accouchement
si oui, quelle(s) méthode(s) ?

22 ☐

☐1. la pilule

☐2. le stérilet

☐3. les préservatifs masculins

☐4. les crèmes, tampons ou ovules spermicides

☐5. un diaphragme ou une autre méthode locale

☐6. le retrait, l'abstinence périodique, la méthode
des températures ou méthode Ogino, Billings

23 ☐ ☐

☐7. une autre méthode, précisez :
.....

depuis quelle date, après votre accouchement, utilisez-vous cette
méthode ?

(jour, mois, année)

25

Votre moral

Ces questions sur votre moral portent sur la semaine qui vient de s'écouler (c'est-à-dire sur les 7 derniers jours) et pas seulement sur aujourd'hui.

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse

☐|0. non, pas du tout

☐|1. non, pas très souvent

☒|2. oui, la plupart du temps

☐|3. oui, tout le temps

ceci signifiera « je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler »

Durant la semaine qui vient de s'écouler :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

☐|0. absolument pas

☐|1. vraiment beaucoup moins ces jours-ci qu'habituellement

☐|2. pas tout à fait autant que d'habitude

☐|3. aussi souvent que d'habitude

1 ☐

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

☐|0. pratiquement pas

☐|1. vraiment moins que d'habitude

☐|2. plutôt moins que d'habitude

☐|3. autant que d'habitude

2 ☐

3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

☐|0. non, jamais

☐|1. pas très souvent

☐|2. oui, parfois

☐|3. oui, la plupart du temps

3 ☐

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

☐|0. non, pas du tout

☐|1. presque jamais

☐|2. oui, parfois

☐|3. oui, très souvent

4 ☐

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

☐|0. non, pas du tout

☐|1. non, pas très souvent

<input type="checkbox"/> 2.	oui, parfois		
<input type="checkbox"/> 3.	oui, vraiment souvent	5	<input type="checkbox"/>
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements			
<input type="checkbox"/> 0.	non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude		
<input type="checkbox"/> 1.	non, j'ai pu faire face à la plupart des situations		
<input type="checkbox"/> 2.	oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude		
<input type="checkbox"/> 3.	oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations	6	<input type="checkbox"/>
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil			
<input type="checkbox"/> 0.	non, pas du tout		
<input type="checkbox"/> 1.	pas très souvent		
<input type="checkbox"/> 2.	oui, parfois		
<input type="checkbox"/> 3.	oui, la plupart du temps	7	<input type="checkbox"/>
8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse			
<input type="checkbox"/> 0.	non, pas du tout		
<input type="checkbox"/> 1.	pas très souvent		
<input type="checkbox"/> 2.	oui, très souvent		
<input type="checkbox"/> 3.	oui, la plupart du temps	8	<input type="checkbox"/>
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré			
<input type="checkbox"/> 0.	non, jamais		
<input type="checkbox"/> 1.	seulement de temps en temps		
<input type="checkbox"/> 2.	oui, très souvent		
<input type="checkbox"/> 3.	oui, la plupart du temps	9	<input type="checkbox"/>
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal			
<input type="checkbox"/> 0.	jamais		
<input type="checkbox"/> 1.	presque jamais		
<input type="checkbox"/> 2.	parfois		
<input type="checkbox"/> 3.	oui, très souvent	10	<input type="checkbox"/>

Votre mode de vie

<p>1. Actuellement, fumez-vous du tabac ? |_|0. non |_|1. oui</p> <p style="padding-left: 40px;">si oui, . combien de cigarettes par jour ? |_|_|</p> <p style="padding-left: 40px;">. fumiez-vous pendant la grossesse ? |_|0. non |_|1. oui</p> <p style="padding-left: 40px;">si vous ne fumiez pas pendant votre grossesse et que vous fumez actuellement, quel âge avait votre enfant quand vous avez (re)commencé à fumer ? |_|_| mois |_|_| semaines</p>	1	|_|
	2	|_|_|
	3	|_|
	4	|_|_||_|_|
<p>2. Votre partenaire, fume-t-il du tabac ? |_|0. non |_|1. oui</p> <p style="padding-left: 40px;">si oui, combien de cigarettes par jour ? |_|_|</p>	5	|_|
	6	|_|_|
<p>3. Depuis la naissance de votre enfant, vous est-il arrivé de prendre du cannabis (hachish, marijuana, joint, shit) |_|0. non |_|1. oui</p> <p style="padding-left: 40px;">si oui, avec quel fréquence : |_|0. moins d'1 fois par mois</p> <p style="padding-left: 80px;">|_|1. 1 à 4 fois par mois</p> <p style="padding-left: 80px;">|_|2. 1 à 4 fois par semaine</p> <p style="padding-left: 80px;">|_|3. tous les jours ou presque</p>	7	|_|
	8	|_|
<p>4. Actuellement combien de verres de boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs, digestifs, etc) buvez-vous en moyenne par jour ?</p> <p>|_|_|1. les jours de semaine</p> <p>|_|_|2. les samedi et dimanche</p>	9	|_|_|
	10	|_|_|
<p>5. Avez-vous un siège ou un lit auto pour votre enfant dans votre voiture ?</p> <p>|_|0. non |_|1. oui |_|2. vous n'avez pas de voiture</p> <p style="padding-left: 40px;">si oui, vous arrive-t-il, pour un <u>trajet court</u>, de ne pas mettre votre enfant dedans ? |_|0. non |_|1. oui</p> <p>en voiture, quand votre enfant n'est pas dans le siège ou le lit auto, où est-il ?</p> <p>|_|1. dans les bras</p> <p>|_|2. dans un couffin</p> <p>|_|3. dans une nacelle de poussette ou de landau</p> <p>|_|4. autre</p>	11	|_|
	12	|_|
	13	|_|
<p>6. Vivez-vous avec le père de l'enfant ?</p> <p>|_|0. non, vous vivez seule</p> <p>|_|1. non, vous vivez avec un autre compagnon</p> <p>|_|2. non, vous vivez avec d'autres personnes adultes</p> <p>|_|3. oui</p>	14	|_|
<p>7. Quelle est votre situation familiale, d'un point de vue légal ?</p> <p>|_|1. mariée</p> <p>|_|2. célibataire</p> <p>|_|3. divorcée</p> <p>|_|4. séparée</p>		

☐ 5. PACS

☐ 6. autre

si autre, précisez :

15 ☐

Partage des tâches de soins au bébé

Actuellement, qui accomplit les tâches suivantes qui concernent votre enfant de 8 mois, à la maison ?

8. Préparer son repas

- ☐0. mon bébé est exclusivement nourri au sein
- ☐1. vous toujours
- ☐2. vous le plus souvent
- ☐3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble
- ☐4. votre partenaire le plus souvent
- ☐5. votre partenaire toujours
- ☐6. une autre personne le plus souvent

16 ☐

9. Donner le biberon ou le repas

- ☐0. mon bébé est exclusivement nourri au sein
- ☐1. vous toujours
- ☐2. vous le plus souvent
- ☐3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble
- ☐4. votre partenaire le plus souvent
- ☐5. votre partenaire toujours
- ☐6. une autre personne le plus souvent

17 ☐

10. Se lever la nuit pour le bébé

- ☐1. vous toujours
- ☐2. vous le plus souvent
- ☐3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble
- ☐4. votre partenaire le plus souvent
- ☐5. votre partenaire toujours
- ☐6. une autre personne le plus souvent

18 ☐

11. Changer les couches

- ☐1. vous toujours
- ☐2. vous le plus souvent
- ☐3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble
- ☐4. votre partenaire le plus souvent
- ☐5. votre partenaire toujours
- ☐6. une autre personne le plus souvent

19 ☐

12. Donner le bain

- ☐1. vous toujours
- ☐2. vous le plus souvent
- ☐3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble
- ☐4. votre partenaire le plus souvent
- ☐5. votre partenaire toujours

|_|6. une autre personne le plus souvent

20 |_|

13.	L'accompagner chez le médecin		
	<input type="checkbox"/> 1. vous toujours		
	<input type="checkbox"/> 2. vous le plus souvent		
	<input type="checkbox"/> 3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble		
	<input type="checkbox"/> 4. votre partenaire le plus souvent		
	<input type="checkbox"/> 5. votre partenaire toujours		
	<input type="checkbox"/> 6. une autre personne le plus souvent	21	<input type="checkbox"/>
Reprise du travail et mode de garde			
14.	Depuis la naissance de votre bébé, avez-vous repris le travail ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. Je ne travaillais pas avant ma grossesse	22	<input type="checkbox"/>
	si oui, à quelle date avez-vous repris le travail ? (jour, mois, année)		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15.	Y a-t-il eu des changements dans votre travail depuis votre reprise?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	24	<input type="checkbox"/>
	si oui,		
	changement d'employeur <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	25	<input type="checkbox"/>
	changement de poste ou d'activité <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	26	<input type="checkbox"/>
	réduction du nombre d'heures travaillées <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	27	<input type="checkbox"/>
	augmentation du nombre d'heures travaillées <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	28	<input type="checkbox"/>
	horaires plus fixes <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	29	<input type="checkbox"/>
	horaires plus variables <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30	<input type="checkbox"/>
16.	Actuellement, si vous travaillez, quel est le <u>principal</u> mode de garde de votre enfant pendant vos heures de travail ?		
	<input type="checkbox"/> 1. crèche collective		
	<input type="checkbox"/> 2. crèche familiale		
	<input type="checkbox"/> 3. assistante maternelle		
	<input type="checkbox"/> 4. voisine, nourrice non agréée		
	<input type="checkbox"/> 5. membre de votre famille (mère, belle-mère, sœur, ...)		
	<input type="checkbox"/> 6. employée, baby-sitter qui vient à votre domicile		
	<input type="checkbox"/> 7. halte garderie		
	<input type="checkbox"/> 8. votre partenaire		
	<input type="checkbox"/> 9. vous-même	31	<input type="checkbox"/>
17.	Si votre enfant est gardé par une assistante maternelle ou une voisine ou nourrice non agréée (réponses 3 ou 4) avec combien d'autres enfants est-il gardé (à temps plein ou à temps partiel) ? <input type="text"/> <input type="text"/>	32	<input type="text"/> <input type="text"/>
18.	Combien de frères et soeurs ou autres enfants vivent à la maison ? <input type="text"/> <input type="text"/>	33	<input type="text"/> <input type="text"/>
19.	Ce questionnaire a été rempli par :		
	<input type="checkbox"/> 1. la mère seule		
	<input type="checkbox"/> 2. la mère avec quelqu'un précisez :		
	<input type="checkbox"/> 4. quelqu'un d'autre précisez :	34	<input type="text"/> <input type="text"/>

Merci beaucoup d'avoir rempli ce questionnaire