



Etude des D<sup>terminants</sup> pr<sup>et</sup> et post nats  
**EDEN**  
du d<sup>veloppement</sup> et de la sant<sup>de</sup> de l'ÖNfant

**Inserm**  
Institut national  
de la sant<sup>et</sup> et de la recherche m<sup>d</sup>icale



# Auto-questionnaire EDEN

## Votre enfant à 1 an



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 : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

*Ne rien inscrire  
dans cette colonne*

## Partie 1 : Votre enfant

### Le suivi médical de votre enfant dans les 4 derniers mois (depuis l'âge de 9 mois)

1. Votre enfant a-t-il été hospitalisé dans les 4 derniers mois (y compris les hospitalisations de jour) ? |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui

si oui, . combien de fois ? |\_|\_|

. combien de jours au total ? |\_|\_|\_|

indiquez la ou les raison(s) de son ou (de ses) hospitalisation(s) :

.....

.....

.....

1 |\_|\_|

2 |\_|\_|

3 |\_|\_|\_|

(code CIM)

4 |\_|\_|\_|

5 |\_|\_|\_|

6 |\_|\_|\_|

### Les consultations médicales pour votre enfant en dehors des hospitalisations :

2. Dans les 4 derniers mois, avez-vous consulté pour votre enfant aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique ? |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui

si oui, combien de fois ? |\_|\_|

7 |\_|\_|

8 |\_|\_|

3. Dans les 4 derniers mois, avez-vous consulté pour votre enfant en PMI ?

|\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui

si oui, combien de fois ? |\_|\_|

9 |\_|\_|

10 |\_|\_|

4. Dans les 4 derniers mois, avez-vous consulté un généraliste pour votre enfant ? |\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui

si oui, combien de fois ? |\_|\_|

11 |\_|\_|

12 |\_|\_|

5. Dans les 4 derniers mois, avez-vous consulté un pédiatre ou un autre médecin spécialiste (à son cabinet ou à l'hôpital) pour votre enfant ?

|\_|\_|0. non |\_|\_|1. oui

si oui : . combien de fois au total ? |\_|\_|

. combien de spécialistes différents ? |\_|\_|

13 |\_|\_|

14 |\_|\_|

15 |\_|\_|

6. 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 ?

si oui, environ combien de fois ?

0. non 1. oui  
 16 17

## La croissance de votre enfant dans les 4 derniers mois (depuis l'âge de 9 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)	16 17
	poids (kg)	1 2
	taille (cm)	3 4
	périmètre crânien (cm)	
<u>Mesure 2 :</u>	date (jj/mm/aa)	5 6
	poids (kg)	7 8
	taille (cm)	
	périmètre crânien (cm)	
<u>Mesure 3 :</u>	date (jj/mm/aa)	9 10
	poids (kg)	11 12
	taille (cm)	
	périmètre crânien (cm)	
<u>Mesure 4 :</u>	date (jj/mm/aa)	13 14
	poids (kg)	15 16
	taille (cm)	
	périmètre crânien (cm)	

## La santé de votre enfant dans les 4 derniers mois (depuis l'âge de 9 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 ?                          | _ 0. non  _ 1. oui                | 20 | _ |

- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? ☐0. non ☐1. oui 21 ☐
6. Strabisme (yeux qui louchent) : ☐0. non ☐1. oui 22 ☐
7. Dans les 4 derniers mois, votre enfant a-t-il eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque ? ☐0. non ☐1. oui 23 ☐

**Si vous avez répondu NON passez directement à la question 10**

8. Combien de fois a-t-il eu des crises de sifflements?  
☐1 1 à 3 fois  
☐2 4 à 12 fois  
☐3 plus de 12 fois 24 ☐
9. 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 25 ☐
10. Votre enfant a-t-il eu dans les 4 derniers mois une crise d'asthme du nourrisson ? ☐0. non ☐1. oui 26 ☐  
si oui,  
. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? ☐0. non ☐1. oui 27 ☐  
. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une visite aux urgences ? ☐0. non ☐1. oui 28 ☐  
. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une hospitalisation ? ☐0. non ☐1. oui 29 ☐
11. Votre enfant a-t-il eu dans les 4 derniers mois, un diagnostic d'asthme du nourrisson ☐0. non ☐1. oui 30 ☐
12. Votre enfant a-t-il, dans les 4 derniers mois, 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 31 ☐

**Si vous avez répondu NON passez directement à la question 20  
(sur les accidents)**

13. Cette éruption qui démange, a-t-elle, 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 32 ☐

14. 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

33 ☐

15.	Votre enfant a-t-il eu <u>dans les 4 derniers mois</u> un diagnostic d'eczéma ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	34	<input type="checkbox"/>
16.	Votre enfant a-t-il eu <u>dans les 4 derniers mois</u> une intolérance au lait ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	35	<input type="checkbox"/>
17.	Votre enfant a-t-il eu <u>dans les 4 derniers mois</u> des réactions exagérées (gonflement des lèvres, du visage, problèmes gastro-intestinaux) après avoir consommé un aliment ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	36	<input type="checkbox"/>
	si oui, . pour quel aliment ? .....			
	. quelle réaction ? .....			
18.	Un médecin a-t-il <u>déjà</u> posé un diagnostic d'allergie alimentaire à votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	37	<input type="checkbox"/>
	si oui, pour quel aliment ? .....			
19.	Est-ce que vous avez éliminé un aliment particulier ou une boisson en raison de cette allergie ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	38	<input type="checkbox"/>
20.	<u>Dans les 4 derniers mois</u> , votre enfant a-t-il eu un accident, que ce soit à la maison, dans la voiture, dehors ... ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	39	<input type="checkbox"/>
	si oui, précisez le type d'accident et la blessure : .....			
	.....			
	.....			
21.	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)
	.....		40	<input type="text"/>
	.....		41	<input type="text"/>
	.....		42	<input type="text"/>
	.....		43	<input type="text"/>
	.....		44	<input type="text"/>
22.	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	45	<input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois ? <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois ou +		46	<input type="checkbox"/>
23.	Actuellement, donnez-vous à votre enfant des vitamines ou des minéraux ?			
	. Vitamine D (Stérogyl, Zyma D2, ZymaDuo, Uvestérol, Uvédose, ...) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	47	<input type="checkbox"/>
	. Fer (Fumafer, Ferrostrane, ...) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	48	<input type="checkbox"/>

. Fluor (Zymafluor, ZymaDuo, ...) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	49	<input type="checkbox"/>
. Autres :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	50	<input type="checkbox"/>
si oui, précisez : .....			

24. Pensez-vous que votre enfant est actuellement :

<input type="checkbox"/> 1	beaucoup plus maigre que la moyenne		
<input type="checkbox"/> 2	un peu plus maigre que la moyenne		
<input type="checkbox"/> 3	un peu plus gros que la moyenne		
<input type="checkbox"/> 4	beaucoup plus gros que la moyenne		
<input type="checkbox"/> 5	ni trop gros, ni trop maigre	51	<input type="checkbox"/>



## 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 et « non » ou  
 « pas encore » quand vous ne l'avez jamais observée. Merci de répondre à toutes les  
 questions.

- |  |    |                          |
|--|----|--------------------------|
| 1. Votre enfant mange-t-il/elle seul(e) un biscuit ou un gâteau ? (répondre « pas encore » si vous ne lui en avez jamais donné)<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>   | 1  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Votre enfant joue-t-il/elle aux marionnettes ou fait-il au revoir avec la main sans que vous l'aidiez ?<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>  | 2  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Votre enfant fait-il/elle la différence entre vous et un étranger ?<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>  | 3  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Il/elle comprend quand vous lui défendez de faire quelque chose ?<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>  | 4  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Il/elle boit seul son biberon en le tenant ?<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>   | 5  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Il/elle refait les mimiques qui vous ont fait rire ?<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>   | 6  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Quand vous l'habillez, est-ce que votre enfant pousse son bras dans la manche quand vous commencez à l'enfiler ?<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>   | 7  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quand vous l'habillez, est-ce que votre enfant lève le pied pour vous aider quand vous lui présentez sa chaussure ou une chaussette ?<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>  | 8  | <input type="checkbox"/> |
| 9. Quand vous tendez la main et lui demandez son jouet, est-ce que votre enfant vous le tend ? (cochez « oui » que votre enfant lâche ou non l'objet qu'il vous tend)<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>   | 9  | <input type="checkbox"/> |
| 10. Quand vous tendez la main et lui demandez son jouet, est-ce que votre enfant vous le donne ?<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>  | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Si vous envoyez un ballon ou une balle au bébé en le faisant rouler, vous le renvoie-t-il/elle en le faisant rouler ou en le lançant ? (répondre « pas encore » si le bébé vient vous le donner ou vous n'avez jamais essayé)<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div> | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12. Votre enfant joue-t-il/elle avec une poupée ou un animal en peluche en le serrant dans ses bras ?<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>   | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13. Il/elle montre du doigt ce qu'il/elle veut<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>  | 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14. Il/elle boit seul au verre ou à la tasse sans que vous lui teniez<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>0. pas encore    <input type="checkbox"/>1. oui                 </div>   | 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15. Votre enfant s'est-il/elle réveillé(e) la nuit au cours du dernier mois :<br><div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <input type="checkbox"/>1    toujours ou presque toujours                 </div>   |    |                          |

<input type="checkbox"/>  2	souvent	
<input type="checkbox"/>  3	une fois sur deux	
<input type="checkbox"/>  4	parfois	
<input type="checkbox"/>  5	jamais ou presque jamais	15 <input type="checkbox"/>
16.	Quand vous couchez votre enfant le soir, a-t-il/elle du mal à s'endormir :	
<input type="checkbox"/>  1	tous les soirs ou presque tous les soirs	
<input type="checkbox"/>  2	souvent	
<input type="checkbox"/>  3	un soir sur deux	
<input type="checkbox"/>  4	parfois	
<input type="checkbox"/>  5	jamais ou presque jamais	16 <input type="checkbox"/>
17.	Votre enfant a-t-il/elle besoin de prendre un biberon ou une tétée supplémentaire le soir pour s'endormir ?	
<input type="checkbox"/>  1	tous les soirs ou presque tous les soirs	
<input type="checkbox"/>  2	souvent	
<input type="checkbox"/>  3	un soir sur deux	
<input type="checkbox"/>  4	parfois	
<input type="checkbox"/>  5	jamais ou presque jamais	17 <input type="checkbox"/>
	si oui, s'agit-il le plus souvent :	
<input type="checkbox"/>  1	d'un biberon d'eau	
<input type="checkbox"/>  2	d'un biberon de lait	
<input type="checkbox"/>  3	d'un biberon de lait et farine (céréales)	
<input type="checkbox"/>  4	autre	18 <input type="checkbox"/>
	si autre, préciser : .....	

## Le comportement actuel de votre enfant

Nous vous demandons de remplir cette partie du questionnaire en entourant pour chaque question le chiffre correspondant au comportement habituel de votre enfant : 1 pas du tout vrai, 2 peu vrai, 3 moyennement vrai, 4 plutôt vrai, 5 très vrai

1. Votre enfant est plutôt timide

1-----2-----3-----4-----5
pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très
vrai      vrai      vrai      vrai      vrai

1

2. Il/elle pleure facilement

1-----2-----3-----4-----5
pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très
vrai      vrai      vrai      vrai      vrai

2

3. Il/aime être avec les autres

1-----2-----3-----4-----5
pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très
vrai      vrai      vrai      vrai      vrai

3

4. Il/elle est toujours en mouvement

1-----2-----3-----4-----5
pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très
vrai      vrai      vrai      vrai      vrai

4

5. Il/elle préfère jouer avec d'autres enfants plutôt que seul(e)

1-----2-----3-----4-----5
pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très
vrai      vrai      vrai      vrai      vrai

5

6. Il/elle est plutôt sensible

1-----2-----3-----4-----5
pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très
vrai      vrai      vrai      vrai      vrai

6

7. Il/elle bouge ou se déplace lentement

1-----2-----3-----4-----5
pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très
vrai      vrai      vrai      vrai      vrai

7

8. Il/elle aime être avec d'autres enfants

1-----2-----3-----4-----5
pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très
vrai      vrai      vrai      vrai      vrai

8

9. Dès le réveil, il/elle est d'attaque et bouge ou remue

1-----2-----3-----4-----5
pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très
vrai      vrai      vrai      vrai      vrai

9

10. Il/elle préfère la compagnie des autres plus qu'autre chose

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
pas du tout	peu	moyennement	plutôt	très
vrai	vrai	vrai	vrai	vrai

10 |

11. Il lui arrive souvent de s'énervé pour un rien et de pleurer
- |   |
|---|
| 1-----2-----3-----4-----5                                   |
| pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très |
| vrai      vrai      vrai      vrai      vrai                |
- 11
12. Il/elle aime beaucoup être en groupe
- |   |
|---|
| 1-----2-----3-----4-----5                                   |
| pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très |
| vrai      vrai      vrai      vrai      vrai                |
- 12
13. Il/elle a plein d'énergie
- |   |
|---|
| 1-----2-----3-----4-----5                                   |
| pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très |
| vrai      vrai      vrai      vrai      vrai                |
- 13
14. Il lui faut beaucoup de temps pour s'habituer à des personnes qu'il/elle ne connaît pas
- |   |
|---|
| 1-----2-----3-----4-----5                                   |
| pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très |
| vrai      vrai      vrai      vrai      vrai                |
- 14
15. Il/elle est facilement énervé(e)
- |   |
|---|
| 1-----2-----3-----4-----5                                   |
| pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très |
| vrai      vrai      vrai      vrai      vrai                |
- 15
16. Il/elle a plutôt tendance à rester seul(e)
- |   |
|---|
| 1-----2-----3-----4-----5                                   |
| pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très |
| vrai      vrai      vrai      vrai      vrai                |
- 16
17. Il/elle préfère les jeux calmes, sans mouvements plutôt que les activités physiques
- |   |
|---|
| 1-----2-----3-----4-----5                                   |
| pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très |
| vrai      vrai      vrai      vrai      vrai                |
- 17
18. Si il/elle est seul(e), il/elle se sent à l'écart
- |   |
|---|
| 1-----2-----3-----4-----5                                   |
| pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très |
| vrai      vrai      vrai      vrai      vrai                |
- 18
19. Si il/elle est contrarié(e), il/elle réagit vivement
- |   |
|---|
| 1-----2-----3-----4-----5                                   |
| pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très |
| vrai      vrai      vrai      vrai      vrai                |
- 19
20. Il/elle est amical(e) avec les personnes qu'il/elle ne connaît pas
- |   |
|---|
| 1-----2-----3-----4-----5                                   |
| pas du tout      peu      moyennement      plutôt      très |
| vrai      vrai      vrai      vrai      vrai                |
- 20

|

## L'environnement de votre enfant

- |    |   |    |   |
|----|---|----|---|
| 1. | Actuellement, habitez-vous à moins de 200 mètres d'une route avec trafic important ? <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui  _ 2. ne sait pas</span> | 1  | _ |
|    | si oui, s'agit-il : <i>(indiquer le numéro pour une route nationale ou une autoroute)</i>   |    |   |
|    | . d'une route nationale <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>  | 2  | _ |
|    | si oui, route nationale RN  _   | 3  | _ |
|    | . d'une autoroute <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>  | 4  | _ |
|    | si oui, autoroute A  _  | 5  | _ |
|    | . d'un boulevard périphérique <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>  | 6  | _ |
|    | . autre, <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>   | 7  | _ |
|    | si autre, préciser : .....  |    |   |
|    | . à quelle distance minimale de votre domicile se trouve cette route ?  |    |   |
|    | _ 1 moins de 20 m   |    |   |
|    | _ 2 de 20 à 50 m  |    |   |
|    | _ 3 de 50 à 100 m   |    |   |
|    | _ 4 de 100 à 200 m  | 8  | _ |
|    | . entendez-vous le bruit des voitures circulant sur ce grand axe depuis votre domicile quand vos fenêtres sont ouvertes ?                                     |    |   |
|    | _ 0. non  _ 1. oui  _ 2. ne sait pas  | 9  | _ |
| 2. | Depuis la naissance de votre enfant, avez-vous des problèmes d'humidité ou de condensation dans votre logement (pièces du grenier et du sous-sol exclues) ?   |    |   |
|    | _ 0 jamais/non  |    |   |
|    | _ 1 jamais ou presque jamais  |    |   |
|    | _ 2 oui, rarement   |    |   |
|    | _ 3 oui, quelquefois  |    |   |
|    | _ 4 oui, souvent  |    |   |
|    | _ 5 oui, en permanence  | 10 | _ |
|    | si oui, dans quelles pièces rencontrez-vous souvent des problèmes d'humidité ou de condensation ?   |    |   |
|    | cuisine <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>  | 11 | _ |
|    | salle de bain <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>  | 12 | _ |
|    | toilettes séparées <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>   | 13 | _ |
|    | couloir <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>  | 14 | _ |
|    | salon/living <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>   | 15 | _ |
|    | votre chambre à coucher <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>  | 16 | _ |
|    | chambre de votre enfant <span style="float: right;"> _ 0. non  _ 1. oui</span>  | 17 | _ |

3.	Depuis la naissance de votre enfant, avez-vous des moisissures visibles dans votre logement ?		
	<input type="checkbox"/> 0	ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> 1	jamais/non	
	<input type="checkbox"/> 2	oui, rarement	
	<input type="checkbox"/> 3	oui, quelquefois	
	<input type="checkbox"/> 4	oui, souvent	
	<input type="checkbox"/> 5	oui, en permanence	18 <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	19 <input type="checkbox"/>
	salle de bain	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	20 <input type="checkbox"/>
	toilettes séparées	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	21 <input type="checkbox"/>
	couloir	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	22 <input type="checkbox"/>
	salon/living	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	23 <input type="checkbox"/>
	votre chambre à coucher	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	24 <input type="checkbox"/>
	chambre de votre enfant	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	25 <input type="checkbox"/>
4.	Est-ce que vous faites le ménage ou est-ce que vous utilisez de l'eau de javel en présence de votre enfant ?		
	<input type="checkbox"/> 0	ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> 1	jamais/non	
	<input type="checkbox"/> 2	rarement	
	<input type="checkbox"/> 3	quelquefois	
	<input type="checkbox"/> 4	souvent	26 <input type="checkbox"/>
5.	Quel est votre mode <b>principal</b> de chauffage ? (une seule réponse)		
	<input type="checkbox"/> 1	chauffage collectif (gaz, fioul ou autre)	
	<input type="checkbox"/> 2	chauffage individuel au gaz	
	<input type="checkbox"/> 3	chauffage individuel électrique	
	<input type="checkbox"/> 4	chauffage individuel au fioul	
	<input type="checkbox"/> 5	chauffage individuel au bois	
	<input type="checkbox"/> 6	énergie solaire	
	<input type="checkbox"/> 7	autre type de chauffage individuel	
		précisez : .....	
	<input type="checkbox"/> 8	autre	27 <input type="checkbox"/>
		précisez : .....	
6.	Est-ce que la pièce de la maison que <u>votre enfant a fréquenté le plus pendant la journée au cours des 4 derniers mois</u> a un des éléments suivants ? (Plusieurs réponses sont possibles, cochez les cases correspondantes)		
	une moquette ou des tapis	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	28 <input type="checkbox"/>
	des doubles vitrages	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	29 <input type="checkbox"/>
	doubles rideaux ou tissus aux murs	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30 <input type="checkbox"/>





7.	La chambre et /ou la literie dans laquelle l'enfant dort le plus longtemps a-t-elle été changée dans les 4 derniers mois (depuis l'âge de 9 mois) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	31	<input type="checkbox"/>
	<b>si oui</b>			
	la <u>chambre à coucher</u> où votre enfant dort actuellement le plus longtemps a-t-elle : ( <i>Plusieurs réponses sont possibles</i> )			
	une moquette ou des tapis	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	32	<input type="checkbox"/>
	des doubles vitrages	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	33	<input type="checkbox"/>
	doubles rideaux ou tissus aux murs	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	34	<input type="checkbox"/>
	le <u>matelas</u> 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		35	<input type="checkbox"/>
	quel <u>type d'oreiller</u> 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		36	<input type="checkbox"/>
	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		37	<input type="checkbox"/>
	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		38	<input type="checkbox"/>
8.	<u>Dans les 4 derniers mois</u> (depuis l'âge de 9 mois), un nouvel animal est-il arrivé au domicile ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	39	<input type="checkbox"/>
	si oui, . quel animal ?			
	<input type="checkbox"/> 1. chat		40	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 2. chien		41	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 3. rongeur		42	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 4. oiseaux		43	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 5. animaux de la ferme		44	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6. autre(s)		45	<input type="checkbox"/>

. laissez-vous le ou les animaux rentrer dans la chambre à coucher de l'enfant ? <i>cochez la (les) case(s) correspondante(s)</i>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	46	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1. chat		47	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. chien		48	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. rongeur		49	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. oiseaux		50	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. animaux de la ferme		51	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. autre(s)		52	<input type="checkbox"/>
9. 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> ,		53	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1. chat		54	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. chien		55	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. rongeur		56	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. oiseaux		57	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. animaux de la ferme		58	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. autre(s)		59	<input type="checkbox"/>
10. Est-ce que votre enfant a passé dans les 4 derniers mois au moins 1 mois d'affilée à la campagne en présence d'animaux de la ferme ?			
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui		60	<input type="checkbox"/>
si oui, <i>cochez la (les) case(s) correspondante(s)</i> , indiquant le type d'animal			
<input type="checkbox"/> 1 vache		61	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 chèvre		62	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 cheval		63	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4 porc		64	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5 brebis		65	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6 autre(s)		66	<input type="checkbox"/>
15. Dans les 4 derniers mois, 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	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	67	<input type="checkbox"/>
si oui, quel âge avait l'enfant ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mois	68	<input type="text"/>
. arrêt ou réduction du tabagisme	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	69	<input type="checkbox"/>
si oui, quel âge avait l'enfant ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mois	70	<input type="text"/>
. changement de literie (matelas, oreiller...)	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	71	<input type="checkbox"/>
si oui, quel âge avait l'enfant ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mois	72	<input type="text"/>
. enlèvement de moquette ou de tapis	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	73	<input type="checkbox"/>
si oui, quel âge avait l'enfant ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mois	74	<input type="text"/>
. autre modification	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	75	<input type="checkbox"/>
si oui, quel âge avait l'enfant ?	<input type="text"/> <input type="text"/> mois	76	<input type="text"/>

si autre, préciser : .....

|

## L'alimentation de votre enfant

1. A quel âge, avez-vous commencé à introduire régulièrement dans l'alimentation de votre enfant : **(mettre 0 si votre enfant ne consomme pas encore cet aliment ; mettre N si votre enfant en consomme depuis la naissance) ?**

. du lait en poudre ou en brique pour bébé	_ _ , _  mois	1	_ _ , _
. du lait de vache ordinaire (y compris du lait concentré ou en poudre)	_ _ , _  mois	2	_ _ , _
. de l'eau du robinet	_ _ , _  mois	3	_ _ , _
. de la viande	_ _ , _  mois	4	_ _ , _
. du poisson	_ _ , _  mois	5	_ _ , _
. des jaunes d'oeuf	_ _ , _  mois	6	_ _ , _
. des oeufs entiers	_ _ , _  mois	7	_ _ , _
  
2. Si votre enfant boit du lait de vache ordinaire (y compris sous forme de lait concentré ou en poudre), est-ce du lait :
 

_ 1. entier		
_ 2. 1/2 écrémé		
_ 3. écrémé		
_ 4. ne boit pas de lait ordinaire	8	_
  
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 9 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 : .....	9	_ _ _
Durée :  _ 1. moins d'1 semaine		
_ 2. entre 1 semaine et 1 mois		
_ 3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois		
_ 4. sans interruption	10	_
Lait 2 : .....	11	_ _ _
Durée :  _ 1. moins d'1 semaine		
_ 2. entre 1 semaine et 1 mois		
_ 3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois		
_ 4. sans interruption	12	_
Lait 3 : .....	13	_ _ _
Durée :  _ 1. moins d'1 semaine		
_ 2. entre 1 semaine et 1 mois		
_ 3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois		
_ 4. sans interruption	14	_



Lait 4 : .....		15	<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	16	<input type="text"/>
Lait 5 : .....		17	<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	18	<input type="text"/>
4.	Si vous allaitiez encore votre enfant à 8 mois, continuez-vous à allaiter actuellement ? <input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui	19	<input type="text"/>
	si non, il y a combien de temps que vous avez arrêté ?		
	<input type="text"/> <input type="text"/> semaines <input type="text"/> <input type="text"/> mois	20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5.	Actuellement, votre enfant prend-t-il tous les jours ou presque ?		
	un petit-déjeuner (même limité à un biberon ou une tétée)		
	<input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui	21	<input type="text"/>
	un biberon (ou une tétée) et/ou une collation dans la matinée		
	<input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui	22	<input type="text"/>
	un repas à midi		
	<input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui	23	<input type="text"/>
	un biberon (ou une tétée) et/ou un goûter dans l'après-midi		
	<input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui	24	<input type="text"/>
	un dîner		
	<input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui	25	<input type="text"/>
	un biberon (ou une tétée) avant de s'endormir		
	<input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui	26	<input type="text"/>
	un biberon (ou une tétée) au cours de la nuit		
	<input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui	27	<input type="text"/>
6.	Lorsque vous ne donnez pas vous-même à votre enfant son repas		
	<input type="text"/> 1. vous craignez qu'il mange trop		
	<input type="text"/> 2. vous craignez qu'il ne mange pas suffisamment		
	<input type="text"/> 3. vous savez qu'il mangera la quantité d'aliments dont il a besoin	28	<input type="text"/>
7.	Vous laissez à portée de votre enfant un biberon sucré lors de la sieste, lors de promenades, la nuit ...		
	<input type="text"/> 0. jamais		
	<input type="text"/> 1. de temps en temps		
	<input type="text"/> 2. souvent		
	<input type="text"/> 3. toujours	29	<input type="text"/>
8.	Vous veillez à ce que votre enfant ne mange pas trop d'aliments riches en matières grasses		
	<input type="text"/> 1. entièrement vrai		
	<input type="text"/> 2. assez vrai		

- ☐ 3. assez faux
- ☐ 4. entièrement faux

30 ☐



- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <p>9. En dehors des repas, vous donnez à votre enfant les aliments qu'il aime pour qu'il se tienne tranquille</p> <p><input type="checkbox"/>0. jamais</p> <p><input type="checkbox"/>1. de temps en temps</p> <p><input type="checkbox"/>2. souvent</p> <p><input type="checkbox"/>3. toujours</p>  | <p>31 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>10. Votre enfant doit toujours finir tous les aliments qui sont dans son assiette</p> <p><input type="checkbox"/>1. entièrement vrai</p> <p><input type="checkbox"/>2. assez vrai</p> <p><input type="checkbox"/>3. assez faux</p> <p><input type="checkbox"/>4. entièrement faux</p>   | <p>32 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>11. Vous faites spécialement attention à ce que votre enfant mange suffisamment</p> <p><input type="checkbox"/>1. entièrement vrai</p> <p><input type="checkbox"/>2. assez vrai</p> <p><input type="checkbox"/>3. assez faux</p> <p><input type="checkbox"/>4. entièrement faux</p>   | <p>33 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>12. Lorsque votre enfant ne termine pas son plat principal (viande, poisson, légumes)</p> <p><input type="checkbox"/>1. vous passez directement au fromage, laitage ou au dessert</p> <p><input type="checkbox"/>2. vous lui proposez un plat qu'il aime en remplacement</p> <p><input type="checkbox"/>3. vous terminez là son repas</p> <p><input type="checkbox"/>4. autre</p> <p>si autre, préciser : .....</p> | <p>34 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>13. Votre enfant prend un nouvel aliment sans faire d'histoires</p> <p><input type="checkbox"/>0. jamais</p> <p><input type="checkbox"/>1. de temps en temps</p> <p><input type="checkbox"/>2. souvent</p> <p><input type="checkbox"/>3. toujours</p>   | <p>35 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>14. Votre enfant n'aime vraiment pas un grand nombre d'aliments</p> <p><input type="checkbox"/>1. entièrement vrai</p> <p><input type="checkbox"/>2. assez vrai</p> <p><input type="checkbox"/>3. assez faux</p> <p><input type="checkbox"/>4. entièrement faux</p>   | <p>36 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>15. Lorsque votre enfant décide qu'il n'aime pas quelque chose, il n'y a pas moyen de le faire changer d'avis</p> <p><input type="checkbox"/>1. entièrement vrai</p> <p><input type="checkbox"/>2. assez vrai</p> <p><input type="checkbox"/>3. assez faux</p>  |                                    |

☐ 4. entièrement faux

37 ☐

16.	Votre enfant a des préférences ou des dégoûts alimentaires très prononcés	
	<input type="checkbox"/> 1. entièrement vrai	
	<input type="checkbox"/> 2. assez vrai	
	<input type="checkbox"/> 3. assez faux	
	<input type="checkbox"/> 4. entièrement faux	38 <input type="checkbox"/>
17.	Au terme de combien d'essais décidez-vous qu'un aliment n'est pas apprécié par l'enfant ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	39 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18.	Votre enfant accepte-t-il de prendre ses repas avec quelqu'un qu'il ne connaît pas, ou peu ?	
	<input type="checkbox"/> 0. jamais	
	<input type="checkbox"/> 1. de temps en temps	
	<input type="checkbox"/> 2. souvent	
	<input type="checkbox"/> 3. toujours	
	<input type="checkbox"/> 4. il connaît toujours la personne qui lui donne ses repas	40 <input type="checkbox"/>
19.	Votre enfant fait-il plus de caprices lorsqu'il prend son repas avec vous qu'avec une autre personne ?	
	<input type="checkbox"/> 0. jamais	
	<input type="checkbox"/> 1. de temps en temps	
	<input type="checkbox"/> 2. souvent	
	<input type="checkbox"/> 3. toujours	
	<input type="checkbox"/> 4. vous lui donnez toujours ses repas	41 <input type="checkbox"/>
20.	Votre enfant arrête de pleurer lorsque vous lui proposez un aliment pour le calmer	
	<input type="checkbox"/> 0. jamais	
	<input type="checkbox"/> 1. de temps en temps	
	<input type="checkbox"/> 2. souvent	
	<input type="checkbox"/> 3. toujours	
	<input type="checkbox"/> 4. vous le calmez d'une autre manière	42 <input type="checkbox"/>
21.	D'une façon générale, diriez-vous qu'actuellement votre enfant	
	<input type="checkbox"/> 1. a toujours faim, réclame toujours	
	<input type="checkbox"/> 2. réclame normalement pour un enfant de son âge	
	<input type="checkbox"/> 3. doit être stimulé pour manger	43 <input type="checkbox"/>
22.	Indiquez en cochant les cases correspondantes <b>les deux raisons principales</b> qui interviennent en général dans le choix des aliments que vous proposez à votre enfant :	
	<input type="checkbox"/> 1. aliments bons pour sa santé	
	<input type="checkbox"/> 2. aliments qui calment bien sa faim	
	<input type="checkbox"/> 3. aspect pratique : coût, temps de préparation, difficulté ou facilité de préparation, disponibilité	
	<input type="checkbox"/> 4. aliments qu'il/elle aime, qui lui font plaisir	

☐5. autre

42 ☐ ☐

23. Votre enfant a-t-il utilisé régulièrement une tétine au cours de sa première année ?

☐0. non, je ne lui en ai jamais proposé

☐1. non, il n'a jamais pu s'y habituer

☐2. oui, mais il ne l'utilise plus

☐3. oui, et il l'utilise encore

43 ☐

## Partie 2 : Votre santé

1. <b><u>Au cours du dernier mois,</u></b> 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. <b><u>Au cours du dernier mois,</u></b> avez-vous pris les médicaments suivants ?		
. aspirine, paracétamol (efferalgan, dafalgan, doliprane) ou ibuprofène (advil, ...) :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas 3 <input type="checkbox"/>
. des somnifères :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas 4 <input type="checkbox"/>
. des tranquillisants ou anxiolytiques :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas 5 <input type="checkbox"/>
. des antidépresseurs :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas 6 <input type="checkbox"/>
. des fortifiants :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas 7 <input type="checkbox"/>
3. <b><u>Dans les 4 derniers mois,</u></b> avez-vous été hospitalisée ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui		8 <input type="checkbox"/>
si oui, dans lequel des services suivants :		
. urgences	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	9 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de jours :	<input type="text"/>	10 <input type="text"/>
. médecine	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	11 <input type="checkbox"/>
. psychiatrie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	12 <input type="checkbox"/>
. chirurgie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	13 <input type="checkbox"/>
. autre	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	14 <input type="checkbox"/>
si autre, précisez : .....		
4. <b><u>Dans les 4 derniers mois,</u></b>		
Avez-vous consulté un médecin généraliste <u>pour vous</u> ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui		15 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/>	16 <input type="text"/>
Avez-vous consulté un gynécologue ou un obstétricien ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	17 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/>	18 <input type="text"/>
Avez-vous consulté un psychiatre ou un psychologue ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui		19 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/>	20 <input type="text"/>

Avez-vous consulté d'autres médecins spécialistes <u>pour vous</u> ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	21 <input type="checkbox"/>
si oui, quels spécialistes : .....		22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avez-vous vu un kinésithérapeute ?		23 <input type="checkbox"/>
Avez-vous rencontré une assistante sociale ?		24 <input type="checkbox"/>
si oui, combien de fois : <input type="text"/>		25 <input type="text"/>
5. <u>Dans les 4 derniers mois</u> avez-vous eu l'aide des personnes suivantes en raison de vos problèmes de santé éventuels ?		
infirmière à domicile	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	26 <input type="checkbox"/>
aide ménagère à domicile	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	27 <input type="checkbox"/>
autre	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	28 <input type="checkbox"/>
si autre, précisez : .....		
6. Depuis la naissance de votre enfant il y a un an, avez-vous été enceinte ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	29 <input type="checkbox"/>
. Etes-vous enceinte actuellement ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. peut être		30 <input type="checkbox"/>
. Avez-vous eu une fausse couche spontanée ou une grossesse extra-utérine ?		33 <input type="checkbox"/>
si oui, à quelle date :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	34 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
. Avez-vous accouché d'un nouvel enfant		35 <input type="checkbox"/>
si oui, à quelle date :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
. Avez-vous eu une IVG ou une interruption thérapeutique de grossesse ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	31 <input type="checkbox"/>
si oui, à quelle date :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	32 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Si vous n'êtes pas enceinte, pensez-vous être actuellement :		
<input type="checkbox"/> 1. maigre		
<input type="checkbox"/> 2. de poids normal		
<input type="checkbox"/> 3. légèrement en surpoids		
<input type="checkbox"/> 4. très en surpoids		37 <input type="checkbox"/>
8. <u>Au cours du mois dernier</u> , combien de rapports sexuels avez-vous eu approximativement ?		
<input type="checkbox"/> 0. aucun		
<input type="checkbox"/> 1. 1 à 3		
<input type="checkbox"/> 2. environ 1 par semaine		
<input type="checkbox"/> 3. 2 à 3 par semaine		
<input type="checkbox"/> 4. 4 à 6 par semaine		

☐ 5. 1 par jour

☐ 6. plus de 1 par jour

38 ☐

**Si vous avez été enceinte depuis la naissance de votre enfant participant à l'étude répondez aux questions ci-dessous, si non passez à la question n° 10 :**

9. Lorsque la grossesse est survenue, utilisiez-vous, vous ou votre partenaire, une méthode permettant d'éviter une grossesse, même une méthode naturelle telle que l'abstinence périodique ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

39 ☐

si oui, quelle(s) méthode(s) ?

☐1. pas de méthode depuis la précédente fois où j'étais enceinte

☐2. la pilule

☐3. le stérilet

☐4. les préservatifs masculins

☐5. les crèmes, tampons ou ovules spermicides

☐6. un diaphragme ou une autre méthode locale

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

☐8. la pilule du lendemain

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

40 ☐ ☐

Après avoir arrêté d'utiliser cette méthode, au bout de combien de temps êtes-vous tombée enceinte ?

. je ne sais pas

41 ☐

. dès le 1<sup>er</sup> cycle

42 ☐

. au bout de   mois et   semaines

43

**Si vous n'êtes pas enceinte actuellement, répondez aux questions suivantes.**

**Si vous êtes enceinte actuellement, passez à la question n° 14**

10. Après la naissance de votre enfant il y a un an, avez-vous, vous ou votre partenaire, utilisé une méthode permettant d'éviter la survenue d'une grossesse, y compris une méthode naturelle ? (*plusieurs réponses possibles*)

☐1. oui, la pilule

☐2. oui, le stérilet

☐3. oui, les préservatifs masculins

☐4. oui, les crèmes, tampons ou ovules spermicides

☐5. oui, un diaphragme ou une autre méthode locale

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

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

☐8. non, aucune de ces méthodes permettant d'éviter une grossesse

44 ☐ ☐

si vous avez répondu oui pour une de ces méthodes : combien de temps après la naissance de votre enfant il y a un an avez-vous commencé à utiliser cette méthode ? (*répondez pour la première méthode si vous avez coché plusieurs fois oui*)

. immédiatement après la naissance : ☐0. non ☐1. oui

45 ☐

. au bout de   mois et   semaines après la naissance

46



|

11.	Est-ce que vous cherchez actuellement à être enceinte ?	
<input type="checkbox"/> 1.	oui, actuellement	
<input type="checkbox"/> 2.	non, mais vous pensez commencer à chercher à être enceinte dans les 3 prochains mois	
<input type="checkbox"/> 3.	non, mais vous pensez commencer à chercher à être enceinte dans les 6 prochains mois	
<input type="checkbox"/> 4.	non, ce n'est pas prévu	
<input type="checkbox"/> 5.	ne sait pas	47 <input type="checkbox"/>
12.	Actuellement, vos cycles menstruels sont-ils réguliers ?	
<input type="checkbox"/> 1.	oui, ils ont toujours la même durée à 2 jours près	
<input type="checkbox"/> 2.	oui, à peu près (variations de 3 à 4 jours d'un cycle à l'autre)	
<input type="checkbox"/> 3.	ils sont plutôt irréguliers (variations de 5 jours ou plus d'un cycle à l'autre)	48 <input type="checkbox"/>
13.	Quelle est la durée moyenne de vos cycles menstruels ? (il s'agit de la durée entre le début des règles et le début des règles suivantes) :	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> jours	49 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	ou vous préférez donner une fourchette (exemple, entre 25 et 35 jours) :	
	entre <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> et <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> jours	50 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>Si vous n'êtes pas enceinte actuellement, vous pouvez passer maintenant au chapitre suivant « Votre moral »</b></p> <p><b>Si vous êtes enceinte actuellement, répondez aux questions suivantes.</b></p>		
14.	Dans quelle semaine de la grossesse vous trouvez-vous ? (comptez depuis vos dernières règles)	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ième semaine	51 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15.	Comment avez-vous confirmé que vous étiez enceinte ? (plusieurs réponses possibles)	
	par un test de grossesse acheté en pharmacie :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui 52 <input type="checkbox"/>
	par une prise de sang et un dosage hormonal :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui 53 <input type="checkbox"/>
	par une échographie :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui 54 <input type="checkbox"/>
	par une consultation médicale :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui 55 <input type="checkbox"/>
16.	Lorsque la grossesse a commencé, vous ou votre partenaire utilisiez-vous une méthode permettant d'éviter une grossesse ? Dites oui même dans le cas d'une méthode naturelle, telle que le retrait, l'abstinence périodique, la méthode des températures, etc...	
<input type="checkbox"/> 1.	oui, nous utilisions une méthode lorsque la grossesse a commencé	
<input type="checkbox"/> 2.	non, nous n'utilisions pas de méthode lorsque la grossesse a commencé	
<input type="checkbox"/> 3.	je ne sais pas	56 <input type="checkbox"/>

si oui (réponse 1), quelle était cette méthode :

- ☐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
- ☐7. la pilule du lendemain
- ☐8. une autre méthode, précisez : .....

57 ☐ ☐

si non (réponse 2), à quelle date aviez-vous (ou votre partenaire) arrêté d'utiliser une méthode permettant d'éviter une grossesse ?

. date d'arrêt de la méthode : ☐☐ mois ☐☐ année

58 ☐☐ ☐☐

. si pas de méthode depuis la précédente grossesse, cocher ici ☐

58 ☐

17. Souhaitez-vous un autre enfant, en plus de l'enfant à naître ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. je ne sais pas

60 ☐

## 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

☐|2. oui, parfois

☐|3. oui, vraiment souvent

5 ☐



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

1.	Actuellement, fumez-vous du tabac ?	_ 0. non  _ 1. oui	1	_
	si oui, combien de cigarettes par jour ?	_ _	2	_ _
2.	Votre partenaire, fume-t-il du tabac ?	_ 0. non  _ 1. oui	3	_
	si oui, combien de cigarettes par jour ?	_ _	4	_ _
3.	Actuellement combien de verres de boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs, digestifs, etc) buvez-vous en moyenne par jour ?			
	_ _ 1. les jours de semaine		5	_ _
	_ _ 2. les samedi et dimanche		6	_ _
4.	Vivez-vous avec le père de l'enfant ?			
	_ 0. non, vous vivez seule			
	_ 1. non, vous vivez avec un autre compagnon			
	_ 2. non, vous vivez avec d'autres personnes adultes			
	_ 3. oui		7	_
5.	Quelle est votre situation familiale, d'un point de vue légal ?			
	_ 1. mariée			
	_ 2. célibataire			
	_ 3. divorcée			
	_ 4. séparée			
	_ 5. PACS			
	_ 6. autre		8	_
	si autre, précisez : .....			
6.	Votre partenaire a-t-il un emploi ?			
	_ 0. non, étudiant			
	_ 1. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi			
	_ 2. non, autre situation (invalidité, pension, ...)			
	_ 3. oui		9	_
	si oui, a-t-il le même emploi qu'avant la naissance ?  _ 0. non  _ 1. oui		10	_
7.	Quelle est sa profession actuelle ? Préciser et cocher la case correspondante			
	préciser : .....			
	.....			
	_ 1. agriculteur exploitant			
	_ 2. commerçant, artisan			
	_ 3. cadre (profession libérale, professeur, ingénieur)			
	_ 4. professions intermédiaires, cadres moyens (instituteur, infirmier, technicien)			
	_ 5. employé de bureau, administratifs, de la fonction publique			
	_ 6. employé de commerce			
	_ 7. personnel de service aux particuliers			

- ☐8. ouvrier qualifié, chauffeur
- ☐9. ouvrier non qualifié, manutentionnaire

11 ☐



8.	Actuellement, avez-vous une activité professionnelle ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non, femme au foyer		
	<input type="checkbox"/> 1. non, congé parental		
	<input type="checkbox"/> 2. non, étudiante		
	<input type="checkbox"/> 3. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi		
	<input type="checkbox"/> 4. non, autre situation (invalidité, pension, ...)		
	<input type="checkbox"/> 5. oui	12	<input type="checkbox"/>
	si vous avez un emploi actuellement, est-ce le même emploi que durant la grossesse ?		
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	13	<input type="checkbox"/>
	si non, quelle est votre profession actuelle ? Préciser en clair et cochez la case correspondante		
	précisez : .....		
	<input type="checkbox"/> 1. agriculteur exploitant		
	<input type="checkbox"/> 2. commerçant, artisan		
	<input type="checkbox"/> 3. cadre (profession libérale, professeur, ingénieur)		
	<input type="checkbox"/> 4. professions intermédiaires, cadres moyens (instituteur, infirmier, technicien)		
	<input type="checkbox"/> 5. employé de bureau, administratifs, de la fonction publique		
	<input type="checkbox"/> 6. employé de commerce		
	<input type="checkbox"/> 7. personnel de service aux particuliers		
	<input type="checkbox"/> 8. ouvrier qualifié, chauffeur		
	<input type="checkbox"/> 9. ouvrier non qualifié, manutentionnaire	14	<input type="checkbox"/>
	Travaillez-vous :		
	<input type="checkbox"/> 1. à temps plein		
	<input type="checkbox"/> 2. à temps partiel	15	<input type="checkbox"/>
9.	Que vous ayez ou non un emploi, après la naissance, quelqu'un dans votre entourage vous a-t-il dit ou fait comprendre que ce serait mieux de ne pas travailler ou de reprendre plus tard ?		
	vos partenaires	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	16 <input type="checkbox"/>
	un membre de votre famille ou belle-famille	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	17 <input type="checkbox"/>
	le pédiatre ou un autre médecin	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	18 <input type="checkbox"/>
	vos collègues ou supérieurs	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	19 <input type="checkbox"/>
	une autre personne	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	20 <input type="checkbox"/>
10.	Quel est le montant des revenus mensuels de votre ménage (en incluant toutes les sources de revenus : salaires, allocations, pensions, etc.) ?		
	<input type="checkbox"/> 1. moins de 450 euros par mois		
	<input type="checkbox"/> 2. de 451 à 800 euros		
	<input type="checkbox"/> 3. de 801 à 1500 euros		
	<input type="checkbox"/> 4. de 1501 à 2300 euros		
	<input type="checkbox"/> 5. de 2301 à 3000 euros		
	<input type="checkbox"/> 6. de 3001 à 3800 euros		

☐7. de 3801 à 4500 euros

☐8. plus de 4500 euros

21 ☐

## Mode de garde

1. Quel est le **principal mode de garde** de votre enfant pendant vos heures de travail ? *(répondre uniquement si vous avez actuellement un emploi, sinon passez à la section « jeux et soins de l'enfant »)*
  - ☐1. crèche collective
  - ☐2. crèche familiale
  - ☐3. assistante maternelle
  - ☐4. voisine, nourrice non agréée
  - ☐5. membre de votre famille (mère, belle-mère, sœur)
  - ☐6. employée, baby-sitter qui vient à votre domicile
  - ☐7. votre partenaire
  - ☐8. vous-même

1 ☐
  
2. Depuis que vous avez repris le travail, avez-vous changé de mode de garde ? ☐0. non ☐1. oui
 

2 ☐

  
 si oui, . combien de fois ☐

3 ☐

  
 . ce changement (ou l'un d'entre eux) est-il dû à votre mécontentement ou insatisfaction vis-à-vis du mode de garde précédent ? ☐0. non ☐1. oui
 

4 ☐

  
 . combien de fois ☐

5 ☐
  
3. Actuellement, à propos du mode de garde êtes-vous
  - ☐1. très satisfaisante
  - ☐2. assez satisfaisante
  - ☐3. peu satisfaisante
  - ☐4. pas satisfaite du tout

6 ☐

## Jeux et soins de l'enfant

1. Est-ce que votre enfant prend un bain tous les jours ? ☐0. non ☐1. oui
 

1 ☐
  
2. Est-ce que vous jouez avec votre bébé ?
  - ☐1. tous les jours ou presque
  - ☐2. 3 à 5 fois par semaine
  - ☐3. 1 à 2 fois par semaine
  - ☐4. moins d'une fois par semaine
  - ☐5. jamais ou presque jamais

2 ☐
  
3. Est-ce que votre partenaire joue avec votre bébé ?
  - ☐1. tous les jours ou presque
  - ☐2. 3 à 5 fois par semaine
  - ☐3. 1 à 2 fois par semaine
  - ☐4. moins d'une fois par semaine
  - ☐5. jamais ou presque jamais

3 ☐
  
4. Souhaiteriez-vous que votre partenaire s'occupe davantage de votre enfant ? ☐0. non ☐1. oui
 

4 ☐

5. Est-ce que le partage des tâches liées à votre enfant représente une source de tension ou de dispute avec votre partenaire ? ☐0. non ☐1. oui 5 ☐
6. Avez-vous un siège ou un lit auto pour votre enfant dans votre voiture ?  
☐0. non ☐1. oui ☐2. vous n'avez pas de voiture 6 ☐
- si oui, vous arrive-t-il, pour un trajet court, de ne pas mettre votre enfant dedans ?  
☐0. non ☐1. oui ☐2. vous n'avez pas de voiture 7 ☐

### Événements de vie au cours de la première année de l'enfant

1. Depuis la naissance, vous est-il arrivé un des événements suivants et si oui comment l'avez-vous vécu ?
- Décès d'un proche : partenaire, parent, frère ou sœur  
☐0 pas survenu ☐1 moyennement éprouvant ☐2 très éprouvant ☐3 extrêmement éprouvant 1 ☐
- Séparation de votre couple  
☐0 pas survenu ☐1 moyennement éprouvant ☐2 très éprouvant ☐3 extrêmement éprouvant 2 ☐
- Difficultés financières  
☐0 pas survenu ☐1 moyennement éprouvant ☐2 très éprouvant ☐3 extrêmement éprouvant 3 ☐
- Expulsion de votre logement, nécessité de vous reloger  
☐0 pas survenu ☐1 moyennement éprouvant ☐2 très éprouvant ☐3 extrêmement éprouvant 4 ☐
- Incendie, inondation ou désastre majeur dans votre logement  
☐0 pas survenu ☐1 moyennement éprouvant ☐2 très éprouvant ☐3 extrêmement éprouvant 5 ☐
- Accident de circulation sérieux, que vous soyez automobiliste, cycliste ou piéton  
☐0 pas survenu ☐1 moyennement éprouvant ☐2 très éprouvant ☐3 extrêmement éprouvant 6 ☐
- Problèmes sérieux de santé pour vous-même  
☐0 pas survenu ☐1 moyennement éprouvant ☐2 très éprouvant ☐3 extrêmement éprouvant 7 ☐
- Problèmes sérieux de santé pour un proche  
☐0 ☐1 ☐2 ☐3

	pas survenu	moyennement éprouvant	très éprouvant	extrêmement éprouvant		
- Perte de votre travail	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	8	<input type="checkbox"/>
pas survenu		moyennement éprouvant	très éprouvant	extrêmement éprouvant	9	<input type="checkbox"/>
- Perte du travail de votre partenaire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	10	<input type="checkbox"/>
pas survenu		moyennement éprouvant	très éprouvant	extrêmement éprouvant	11	<input type="checkbox"/>
- Vous avez eu des problèmes avec la justice	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	12	<input type="checkbox"/>
pas survenu		moyennement éprouvant	très éprouvant	extrêmement éprouvant	13	<input type="checkbox"/>
- Votre partenaire a eu des problèmes avec la justice, emprisonnement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	14	<input type="checkbox"/>
pas survenu		moyennement éprouvant	très éprouvant	extrêmement éprouvant	15	<input type="checkbox"/>
- Votre partenaire a eu des problèmes d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	16	<input type="checkbox"/>
pas survenu		moyennement éprouvant	très éprouvant	extrêmement éprouvant	17	<input type="checkbox"/>
- Votre partenaire vous a frappé ou a exercé d'autres brutalités physiques contre vous	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	18	<input type="checkbox"/>
pas survenu		moyennement éprouvant	très éprouvant	extrêmement éprouvant	19	<input type="checkbox"/>
- Votre partenaire a utilisé la force pour avoir des rapports sexuels avec vous	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	20	<input type="checkbox"/>
pas survenu		moyennement éprouvant	très éprouvant	extrêmement éprouvant	21	<input type="checkbox"/>
- Votre partenaire vous a harcelé ou a contrôlé toutes vos activités	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	22	<input type="checkbox"/>
pas survenu		moyennement éprouvant	très éprouvant	extrêmement éprouvant	23	<input type="checkbox"/>
- Autre événement éprouvant	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	24	<input type="checkbox"/>
pas survenu		moyennement éprouvant	très éprouvant	extrêmement éprouvant	25	<input type="checkbox"/>
si autre, lequel : .....						

2. Depuis la naissance de votre enfant, vous est-il arrivé un événement particulièrement heureux ou positif ? ☐0. non ☐1. oui 18 ☐

si oui, lequel : .....

3. Ce questionnaire a été rempli par :

☐1. la mère seule

☐2. la mère avec quelqu'un précisez : .....

☐4. quelqu'un d'autre

si autre, précisez : .....

19 ☐

**Merci beaucoup d'avoir rempli ce questionnaire**