

N° d'identification :



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 enfant à 2 ans



|

La croissance de votre enfant depuis l'âge de 1 an

Merci de reporter les mesures du poids, de la taille et du périmètre crânien de votre enfant effectuées par votre médecin ou pédiatre lors de l'examen obligatoire du 24^{ème} mois

| | | | |
|------------------------|---|---|---|
| date (jj/mm/aa) | <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"/> <input type="text"/> | 1 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| poids (kg) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| taille (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 3 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| périmètre crânien (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Merci de reporter aussi les autres mesures du poids, de la taille et du périmètre crânien de votre enfant qui ont été notées dans son carnet de santé depuis l'âge de 1 an (si plus de 4 mesures ont été notées, choisir la dernière mesure de chaque trimestre)

| | | | | |
|-------------------|------------------------|---|---|---|
| <u>Mesure 1 :</u> | date (jj/mm/aa) | <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"/> <input type="text"/> | 5 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | poids (kg) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 6 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | taille (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 7 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | périmètre crânien (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 8 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

| | | | | |
|-------------------|------------------------|---|----|---|
| <u>Mesure 2 :</u> | date (jj/mm/aa) | <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"/> <input type="text"/> | 9 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | poids (kg) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 10 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | taille (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | périmètre crânien (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 12 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

| | | | | |
|-------------------|------------------------|---|----|---|
| <u>Mesure 3 :</u> | date (jj/mm/aa) | <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"/> <input type="text"/> | 13 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | poids (kg) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 14 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | taille (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 15 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | périmètre crânien (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 16 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

| | | | | |
|-------------------|------------------------|---|----|---|
| <u>Mesure 4 :</u> | date (jj/mm/aa) | <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"/> <input type="text"/> | 17 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | poids (kg) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 18 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | taille (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 19 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | périmètre crânien (cm) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 20 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

La santé de votre enfant depuis l'âge de 1 an

- | | |
|---|---|
| <p>1. <u>Depuis sa naissance</u>, votre enfant a-t-il déjà eu des convulsions ?</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></p> <p>si oui, . combien de fois ? <input type="checkbox"/>1 fois <input type="checkbox"/>2 fois <input type="checkbox"/>3 fois ou +</p> <p style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></p> <p><u>Depuis l'âge de 1 an</u>, votre enfant a-t-il présenté l'un des problèmes de santé suivants :</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>2. Otite :</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></p> <p>si oui, . combien de fois ? <input type="checkbox"/>1 fois <input type="checkbox"/>2 fois <input type="checkbox"/>3 fois ou +</p> <p style="text-align: right;">4 <input type="checkbox"/></p> <p>. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p style="text-align: right;">5 <input type="checkbox"/></p> <p>. 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</p> <p style="text-align: right;">6 <input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>3. Bronchiolite ou bronchite :</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p style="text-align: right;">7 <input type="checkbox"/></p> <p>si oui, . combien de fois ? <input type="checkbox"/>1 fois <input type="checkbox"/>2 fois <input type="checkbox"/>3 fois ou +</p> <p style="text-align: right;">8 <input type="checkbox"/></p> <p>. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p style="text-align: right;">9 <input type="checkbox"/></p> <p>. 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</p> <p style="text-align: right;">10 <input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>4. Strabisme (yeux qui louchent) :</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p style="text-align: right;">11 <input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. <u>Depuis l'âge de 1 an</u>, votre enfant a-t-il eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché alors qu'il n'avait pas d'infection respiratoire (ni rhume, ni rhino-pharyngite, ni grippe...) ? <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p style="text-align: right;">12 <input type="checkbox"/></p> <p>si oui, <u>durant les 12 derniers mois</u>, ces problèmes de nez étaient-ils accompagnés de larmoiements (pleurs) ou de démangeaisons (envie de se gratter) des yeux ? <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p style="text-align: right;">13 <input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>6. <u>Depuis l'âge de 1 an</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</p> <p style="text-align: right;">14 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Si vous avez répondu NON passez directement à la question 9</p> | <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>7. Combien de fois a-t-il eu des crises de sifflements?</p> <p><input type="checkbox"/>1 1 à 3 fois</p> <p><input type="checkbox"/>2 4 à 12 fois</p> <p><input type="checkbox"/>3 plus de 12 fois</p> <p style="text-align: right;">15 <input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>8. Combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements l'ont-il réveillé la nuit ?</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 | jamais réveillé avec des sifflements | |
| <input type="checkbox"/> 1 | moins d'une nuit par semaine | |
| <input type="checkbox"/> 2 | une ou plusieurs nuits par semaine | 16 <input type="checkbox"/> |
| 9. Depuis l'âge de 1 an, votre enfant a-t-il eu une crise d'asthme? | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 17 <input type="checkbox"/> |
| si oui, . 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 | 18 <input type="checkbox"/> |
| . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une visite aux urgences ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 19 <input type="checkbox"/> |
| . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une hospitalisation ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 20 <input type="checkbox"/> |
| 10. Votre enfant a-t-il déjà eu un diagnostic médical d'asthme ? | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1 ou | 21 <input type="checkbox"/> |
| 11. Depuis l'âge de 1 an, votre enfant a-t-il, eu sur la peau une éruption (plaques rouges, boutons, ...) qui démange (envie de se gratter), et qui apparaît et disparaît par intermittence ? | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 22 <input type="checkbox"/> |
| Si vous avez répondu NON passez directement à la question 15 (sur l'intolérance au lait) | | |
| 12. 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 ? | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 23 <input type="checkbox"/> |
| 13. Combien de fois cette éruption qui démange a-t-elle empêché votre enfant de dormir ? | | |
| <input type="checkbox"/> 0 | jamais | |
| <input type="checkbox"/> 1 | moins d'une nuit par semaine | |
| <input type="checkbox"/> 2 | plusieurs nuits par semaine | 24 <input type="checkbox"/> |
| 14. Votre enfant a-t-il déjà eu un diagnostic médical d'eczéma ? | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1 oui | 25 <input type="checkbox"/> |
| 15. Depuis l'âge de 1 an, votre enfant a-t-il eu un diagnostic médical d'intolérance au lait ? | | |
| | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 26 <input type="checkbox"/> |
| 16. Depuis l'âge de 1 an, votre enfant a-t-il eu 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 | 27 <input type="checkbox"/> |
| si oui, . pour quel aliment ? | ..... |  |
| . quelle réaction ? | ..... |  |
| . combien de temps après l'ingestion ? | <input type="text"/> h <input type="text"/> mn | 28 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-----|--|---|--------------------------|--|
| 17. | Un médecin a-t-il déjà posé un diagnostic d'allergie alimentaire à votre enfant ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 29 | <input type="checkbox"/> |
| | si oui, . pour quel aliment ? | | | |
| | . 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 | 30 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Votre enfant a-t-il déjà eu une ou plusieurs réactions anormales après une piqûre d'insecte (guêpe, abeille), après avoir pris un médicament ou après un vaccin (cochez la case correspondante)? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 31 | <input type="checkbox"/> |
| | si oui, type de réaction : | après piqûre d'insecte | après médicament | |
| | - gonflement exagéré au point de piqûre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32 <input type="checkbox"/> |
| | - gonflement du visage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33 <input type="checkbox"/> |
| | - urticaire généralisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34 <input type="checkbox"/> |
| | - vomissements ou diarrhée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35 <input type="checkbox"/> |
| | - étouffement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36 <input type="checkbox"/> |
| | - malaise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37 <input type="checkbox"/> |
| | - perte de connaissance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38 <input type="checkbox"/> |
| | - oedème de Quincke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39 <input type="checkbox"/> |
| 19. | <u>Depuis l'âge de 1 an</u> , votre enfant a-t-il eu un ou plusieurs accident(s), que ce soit à la maison, dans la voiture, dehors ... ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 40 | <input type="checkbox"/> |
| | si oui, précisez le(s) type(s) d'accident(s) (cochez la case correspondante) : | | | |
| | . chute avec traumatisme crânien | <input type="checkbox"/> | 41 | <input type="checkbox"/> |
| | . brûlure | <input type="checkbox"/> | 42 | <input type="checkbox"/> |
| | . électrocution | <input type="checkbox"/> | 43 | <input type="checkbox"/> |
| | . intoxication | <input type="checkbox"/> | 44 | <input type="checkbox"/> |
| | . accident de la circulation | <input type="checkbox"/> | 45 | <input type="checkbox"/> |
| | . autre | <input type="checkbox"/> | 46 | <input type="checkbox"/> |
| | si autre, précisez : | | | |
| | suite à cet accident, votre enfant a-t-il eu une radio du crâne ou des os ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 47 | <input type="checkbox"/> |
| 20. | <u>Depuis l'âge de 1 an</u> , votre enfant a-t-il ou a-t-il eu, d'autre(s) problème(s) de santé que ceux des questions précédentes (1 à 22) qui ont nécessité une consultation médicale en dehors des rhinopharyngites ou rhumes (vous pouvez vous aider de son carnet de santé) : | | | |
|  | ..... |  | 48 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|  | ..... |  | 49 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|  | ..... |  | 50 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

| | | |
|--|----|--|
| ..... | 51 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ..... | 52 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21. Votre enfant a-t-il pris <u>depuis l'âge de 1 an</u> : | | |
| . un traitement antibiotique (par injection ou par la bouche) ? | | |
| | | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui |
| si oui, combien de fois ? | | <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois ou + |
| . un sirop pour dormir | | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui |
| si oui, combien de fois ? | | <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois ou + |
| 22. <u>Depuis l'âge de 1 an</u> , avez-vous donné 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 |
| . Fer (Fumafer, Ferrostrane, ...) : | | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| 23. Avez-vous déjà donné des gouttes ou des comprimés de fluor à votre enfant ? | | |
| | | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui |
| si oui, à quel âge avez-vous commencé ? | | <input type="checkbox"/> an <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois |
| En prend-il toujours ? | | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui |
| si non, à quel âge avez-vous arrêté de lui en donner ? | | <input type="checkbox"/> an <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois |
| 24. Les dents de votre enfant sont-elles brossées ? | | |
| <input type="checkbox"/> 1 2 fois par jour ou plus | | |
| <input type="checkbox"/> 2 1 fois par jour | | |
| <input type="checkbox"/> 3 tous les 2-3 jours | | |
| <input type="checkbox"/> 4 moins souvent | | |
| <input type="checkbox"/> 5 jamais | 63 | <input type="checkbox"/> |
| Le brossage est-il fait par : | | |
| <input type="checkbox"/> 1 l'enfant | | |
| <input type="checkbox"/> 2 un adulte | | |
| <input type="checkbox"/> 5 les deux | 64 | <input type="checkbox"/> |
| Le brossage est-il fait avec du dentifrice ? | | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui |
| 25. Votre enfant est-il déjà allé chez le dentiste ? | | |
| | | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui |
| si oui, pour quelle(s) raison(s) ? | | |
| <input type="checkbox"/> 1 contrôle | 67 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 douleurs | 68 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3 traumatisme | 69 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 4 carie | 70 | <input type="checkbox"/> |

71 | |

72 | |

73 | |

Les activités de votre enfant

Voici une liste d'activités qui apparaissent à des âges variables selon les enfants : il y a des activités que votre enfant fait déjà et d'autres qu'il n'a pas commencé à faire.

Mettez « oui » si votre enfant a fait déjà au moins une fois cette activité et « non » s'il ne l'a jamais fait.

- | | | | | |
|-----|---|--|----|---|
| 1. | Il/elle marche tout seul(e) | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | si oui, depuis quel âge : | <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. | Il/elle court | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Il/elle donne un coup de pied dans un ballon | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Il/elle monte et descend seul(e) un escalier (même sans alterner les pieds) | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Il/elle monte les escaliers seul(e) en alternant les pieds | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Il/elle pédale sur un tricycle ou un vélo avec des roulettes | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 7 | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Il/elle tiend sur un pied au moins une seconde sans aide | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 8 | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Il/elle saute sur place | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 9 | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Il/elle saisit un petit objet comme une pièce entre le pouce et l'index | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Il/elle tourne les pages d'un livre | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Il/elle gribouille sur une feuille avec un crayon ou un stylo, après que vous lui ayez montré comment faire (s'il/elle gribouille déjà seul(e), cochez « oui ») | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Il/elle gribouille sur une feuille sans que vous lui montriez comment faire | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 13 | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Il/elle utilise sa main pour maintenir le papier quand on lui demande de gribouiller sur une feuille | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 14 | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Il/elle imite un trait avec un crayon quand vous lui montrez | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 15 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Il/elle copie un rond | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 16 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Il/elle boit seul(e) au verre ou a la tasse | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 17 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Il/elle mange seul(e) a la cuillère | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 18 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Il/elle se lave les mains et essaie de les essuyer | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 19 | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-----|--|--|----|---|
| 19. | Il/elle s'habille avec de l'aide ou participe à son habillage | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 20 | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Il/elle enfille ses vêtements sans aide | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 21 | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Il/elle sait boutonner un vêtement | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 22 | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Il/elle enfille seul(e) ses chaussons ou ses chaussettes | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 23 | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Il/elle essaie d'imiter les adultes (par exemple « répondre au téléphone, essuyer la poussière, lire le journal ») | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 24 | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Il/elle utilise son prénom quand il/elle parle de lui-même ou d'un objet qui lui appartient | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 25 | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Il/elle fait des phrases de 3 mots | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 26 | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Il/elle dit son nom et son prénom quand on le lui demande | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 27 | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Il/elle utilise un des pronoms « je, tu, il, elle » | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 28 | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Il/elle sait dire : | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 zéro à deux mots | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 trois ou quatre mots différents | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 cinq à 14 mots différents | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 15 mots différents ou plus | | 29 | <input type="checkbox"/> |
| 29. | Il/elle montre son nez, ses yeux ou sa bouche quand vous lui demandez | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 30 | <input type="checkbox"/> |
| 30. | Quand vous lui montrez des images dans un livre, il/elle sait nommer : | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 une image | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 deux à cinq images | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 six images différentes ou plus | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 aucune image | | 31 | <input type="checkbox"/> |
| 31. | Il/elle comprend un ordre simple comme « viens ici », « donne le moi », « remets-le à sa place » sans que vous utilisiez de gestes | <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. oui | 32 | <input type="checkbox"/> |
| 32. | Quelle(s) langue(s) son(t) parlée(s) à la maison ? | | | |
| | | | | |
|  | ..... |  | 33 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 33. | A quelle(s) langue(s) votre enfant est-il/elle le plus exposé ? | | | |
| | | | | |
|  | ..... |  | 34 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----|---|-----------------------------|
| 34. | Est-ce que votre enfant combine des mots pour faire une phrase (exemple : gâteau, encore) ? <input type="checkbox"/> 0. pas encore <input type="checkbox"/> 1. quelquefois <input type="checkbox"/> 2. souvent | 35 <input type="checkbox"/> |
|-----|---|-----------------------------|

35. Cochez les mots que votre enfant produit actuellement de manière spontanée (hors imitation). Si sa prononciation est différente de celle des adultes, cochez tout de même le mot.

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 aïe | <input type="checkbox"/> 2 allô | <input type="checkbox"/> 3 assiette | 36 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 4 attention | <input type="checkbox"/> 5 au revoir | <input type="checkbox"/> 6 a/avoir peur | 37 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 7 ballon | <input type="checkbox"/> 8 bateau | <input type="checkbox"/> 9 beau/belle | 38 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 10 bébé | <input type="checkbox"/> 11 bête bête | <input type="checkbox"/> 12 biberon/bibi | 39 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 13 bois/boire | <input type="checkbox"/> 14 bon/ne | <input type="checkbox"/> 15 bonbons | 40 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 16 bonjour | <input type="checkbox"/> 17 bottes | <input type="checkbox"/> 18 bouche | 41 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 19 bras | <input type="checkbox"/> 20 ça | <input type="checkbox"/> 21 cache/r | 42 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 22 cadeau | <input type="checkbox"/> 23 caillou | <input type="checkbox"/> 24 canard | 43 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 25 casse/r | <input type="checkbox"/> 26 chaise | <input type="checkbox"/> 27 chat | 44 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 28 chaud/e | <input type="checkbox"/> 29 chaussure/soulier | <input type="checkbox"/> 30 cheval | 45 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 31 cheveux | <input type="checkbox"/> 32 chien/toutou | <input type="checkbox"/> 33 chocolat | 46 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 34 chut | <input type="checkbox"/> 35 cochon | <input type="checkbox"/> 36 coin-coin | 47 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 37 compote | <input type="checkbox"/> 38 couche/linge | <input type="checkbox"/> 39 coucou | 48 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 40 cuillère | <input type="checkbox"/> 41 dame | <input type="checkbox"/> 42 dehors | 49 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 43 eau | <input type="checkbox"/> 44 école/crèche | <input type="checkbox"/> 45 écris/écrire | 50 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 46 éléphant | <input type="checkbox"/> 47 encore | <input type="checkbox"/> 48 fais/faire un bisou | 51 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 49 ferme/r | <input type="checkbox"/> 50 fleur | <input type="checkbox"/> 51 froid/e | 52 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 52 fromage | <input type="checkbox"/> 53 ici | <input type="checkbox"/> 54 là | 53 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 55 lait | <input type="checkbox"/> 56 lapin | <input type="checkbox"/> 57 lit | 54 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 58 livre | <input type="checkbox"/> 59 lumière | <input type="checkbox"/> 60 lune | 55 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 61 main | <input type="checkbox"/> 62 maison | <input type="checkbox"/> 63 maman | 56 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 64 mange/r | <input type="checkbox"/> 65 merci | <input type="checkbox"/> 66 meuh | 57 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 67 miaou | <input type="checkbox"/> 68 moi | <input type="checkbox"/> 69 monsieur | 58 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 70 moto | <input type="checkbox"/> 71 musique | <input type="checkbox"/> 72 nez | 59 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 73 nom de l'enfant | <input type="checkbox"/> 74 oreille | <input type="checkbox"/> 75 où | 60 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 76 ouaf-ouaf | <input type="checkbox"/> 77 pain | <input type="checkbox"/> 78 pantalon | 61 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 79 papa | <input type="checkbox"/> 80 pars/partir/parti | <input type="checkbox"/> 81 pas | 62 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 82 pâtes | <input type="checkbox"/> 83 pleure/r | <input type="checkbox"/> 84 pluie | 63 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 85 poisson | <input type="checkbox"/> 86 pomme | <input type="checkbox"/> 87 porte | 64 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 88 pot | <input type="checkbox"/> 89 poubelle | <input type="checkbox"/> 90 pyjama | 65 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 91 quoi | <input type="checkbox"/> 92 sale | <input type="checkbox"/> 93 s'il te plaît | 66 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 94 télé | <input type="checkbox"/> 95 tombe/r | <input type="checkbox"/> 96 verre | 67 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 97 voiture/auto | <input type="checkbox"/> 98 vroum | <input type="checkbox"/> 99 yaourt/yogourt | 68 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 100 yeux | | | 69 <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----|--|--|
| 36. | Votre enfant s'est-il réveillé la nuit au cours du dernier mois ? | |
| | <input type="checkbox"/> 1 toutes les nuits ou presque | |
| | <input type="checkbox"/> 2 souvent | |
| | <input type="checkbox"/> 3 une nuit sur deux | |
| | <input type="checkbox"/> 4 parfois | |
| | <input type="checkbox"/> 5 jamais ou presque jamais | 70 <input type="checkbox"/> |
| 37. | Au cours du dernier mois, quand vous couchez votre enfant le soir, a-t-il 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 | 71 <input type="checkbox"/> |
| 38. | Votre enfant a-t-il l'habitude de s'endormir le soir ? | |
| | <input type="checkbox"/> 1 seul dans son lit | |
| | <input type="checkbox"/> 2 dans le lit des parents | |
| | <input type="checkbox"/> 3 dans un autre lieu | 72 <input type="checkbox"/> |
| | précisez : | |
| 39. | Le plus souvent, à quelle heure votre enfant se couche-t-il le soir ? | |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> heures <input type="text"/> <input type="text"/> minutes | 73 <input type="text"/> h <input type="text"/> m |
| | <input type="checkbox"/> ne se couche pas régulièrement à la même heure | 74 <input type="checkbox"/> |
| 40. | Le plus souvent, à quelle heure votre enfant se réveille-t-il le matin ? | |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> heures <input type="text"/> <input type="text"/> minutes | 75 <input type="text"/> h <input type="text"/> m |
| | <input type="checkbox"/> ne se réveille pas régulièrement à la même heure | 76 <input type="checkbox"/> |
| 41. | Votre enfant fait-il régulièrement la sieste ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 77 <input type="checkbox"/> |
| | si oui, quelle est la durée moyenne d'une sieste ? <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> mn | 78 <input type="text"/> h <input type="text"/> m |

Le comportement actuel de votre enfant

*Nous vous demandons de remplir cette partie en entourant pour chaque question le chiffre correspondant au comportement habituel de votre enfant pendant **les 3 derniers mois***

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 1. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant n'a pu rester en place, a été agité ou hyperactif ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 1----- 2----- 3----- </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> jamais à l'occasion souvent </div> | 1 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 2. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a essayé d'aider quelqu'un qui s'était blessé ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 1----- 2----- 3----- </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> jamais à l'occasion souvent </div> | 2 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 3. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a été rebelle ou a refusé d'obéir ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 1----- 2----- 3----- </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> jamais à l'occasion souvent </div> | 3 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 4. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a semblé malheureux ou triste ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 1----- 2----- 3----- </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> jamais à l'occasion souvent </div> | 4 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 5. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant s'est bagarré ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 1----- 2----- 3----- </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> jamais à l'occasion souvent </div> | 5 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 6. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a été facilement distrait, a eu de la difficulté à poursuivre une activité quelconque ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 1----- 2----- 3----- </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> jamais à l'occasion souvent </div> | 6 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 7. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant n'a pas semblé avoir de remords après s'être mal conduit ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 1----- 2----- 3----- </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> jamais à l'occasion souvent </div> | 7 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 8. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a remué sans cesse ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 1----- 2----- 3----- </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> jamais à l'occasion souvent </div> | 8 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| 9. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant n'a pu se concentrer, ou maintenir son attention pour une longue période ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 1----- 2----- 3----- </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> jamais à l'occasion souvent </div> | 9 | <input style="width: 20px;" type="text"/> |

- | | | | | |
|-----|---|---|----|----------|
| 10. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a été trop craintif ou anxieux ? | 1-----2-----3 jamais à l'occasion souvent | 10 | \|_\| |
| 11. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant n'a pas changé sa conduite après avoir été puni ? | 1-----2-----3 jamais à l'occasion souvent | 11 | \|_\| |
| 12. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a été inquiet ? | 1-----2-----3 jamais à l'occasion souvent | 12 | \|_\| |
| 13. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a eu de la difficulté à attendre son tour dans un jeu ? | 1-----2-----3 jamais à l'occasion souvent | 13 | \|_\| |
| 14. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a attaqué physiquement les autres ? | 1-----2-----3 jamais à l'occasion souvent | 14 | \|_\| |
| 15. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a consolé un enfant (ami, frère ou soeur) qui pleurait ou était bouleversé ? | 1-----2-----3 jamais à l'occasion souvent | 15 | \|_\| |
| 16. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a frappé, mordu, donné des coups de pied à d'autres enfants ? | 1-----2-----3 jamais à l'occasion souvent | 16 | \|_\| |
| 17. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant a été inattentif ? | 1-----2-----3 jamais à l'occasion souvent | 17 | \|_\| |
| 18. | Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que votre enfant est venu en aide à d'autres enfants (amis, frère ou soeur) qui ne se sentaient pas bien ? | 1-----2-----3 jamais à l'occasion souvent | 18 | \|_\| |
| 19. | Actuellement, dans une semaine habituelle, combien de temps en moyenne votre enfant passe-t-il à regarder la télévision, jouer à des jeux vidéos ou d'ordinateur ? | un jour de semaine \|_\| heure(s) \|_\|_\| minute(s) | 19 | \|_\|h \|_\|m |

- | | | | | |
|---------------------|-------------|----------------|----|----------|
| le mercredi | \|_\| heure(s) | \|_\|_\| minute(s) | 20 | \|_\|h \|_\|m |
| un jour de week-end | \|_\| heure(s) | \|_\|_\| minute(s) | 21 | \|_\|h \|_\|m |
20. Actuellement, dans une semaine habituelle, combien de temps en moyenne votre enfant passe-t-il en promenade ou à jouer dehors (dans un jardin, un parc, une cour de récréation, ...)
- | | | | | |
|---------------------|-------------|----------------|----|----------|
| un jour de semaine | \|_\| heure(s) | \|_\|_\| minute(s) | 22 | \|_\|h \|_\|m |
| le mercredi | \|_\| heure(s) | \|_\|_\| minute(s) | 23 | \|_\|h \|_\|m |
| un jour de week-end | \|_\| heure(s) | \|_\|_\| minute(s) | 24 | \|_\|h \|_\|m |
21. Lorsque vous emmenez votre enfant en promenade, est-il le plus souvent :
 |_|1 à pied |_|2 en poussette |_|3 autant à pied qu'en poussette
- 25 |_|

Les questions suivantes 22 à 41 doivent être remplies par la mère de l'enfant

Nous vous demandons de remplir cette partie en entourant pour chaque question le chiffre correspondant sur une échelle de 1 (pas du tout vrai) à 9 (totalement vrai)

22. Quand vous le lui demandez, l'enfant accepte volontiers de partager ou de vous donner un objet
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
- pas du tout vraitotalement vrai
- 26 |_|
23. Lorsque l'enfant revient vers vous après un moment de jeu, il peut être capricieux, sans raison apparente
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
- pas du tout vraitotalement vrai
- 27 |_|
24. Si l'enfant vous montre qu'il veut être posé à terre, tout de suite après il veut être repris dans les bras ou fait des caprices
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
- pas du tout vraitotalement vrai
- 28 |_|
25. Lorsque l'enfant est contrarié parce que vous le quittez, il s'assied et pleure. Il ne cherche pas à vous suivre
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
- pas du tout vraitotalement vrai
- 29 |_|
26. Si l'enfant s'éloigne de vous pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers vous, puis repart à nouveau
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
- pas du tout vraitotalement vrai
- 30 |_|
27. L'enfant est impatient et exigeant avec vous. Il fait des caprices et insiste jusqu'à ce que vous fassiez ce qu'il désire
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
- pas du tout vraitotalement vrai
- 31 |_|
28. Lorsque vous demandez à votre enfant de vous suivre, il obéit
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9
- pas du tout vraitotalement vrai
- 32 |_|

| | | | | | | |
|-----|--|---|------------------|-------------------|----|--------------------------|
| 29. | L'enfant se rend compte lorsque vous êtes inquiète ou préoccupée, il se fait sage, s'inquiète, essaie de vous réconforter, vous demande ce qui ne va pas | 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9 | pas du tout vrai | totalelement vrai | 33 | <input type="checkbox"/> |
| 30. | L'enfant vous aide lorsque vous le soulevez, (en mettant les bras autour de votre cou, en se tenant à vous, etc) | 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9 | pas du tout vrai | totalelement vrai | 34 | <input type="checkbox"/> |
| 31. | Lorsque vous voulez simplement l'aider, l'enfant réagit comme si vous vouliez le déranger | 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9 | pas du tout vrai | totalelement vrai | 35 | <input type="checkbox"/> |
| 32. | Si l'enfant est craintif à l'égard d'un objet et que vous le rassurez, il ose s'en approcher et jouer avec | 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9 | pas du tout vrai | totalelement vrai | 36 | <input type="checkbox"/> |
| 33. | Lorsque l'enfant joue de façon vive avec vous, il peut cogner, griffer ou mordre | 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9 | pas du tout vrai | totalelement vrai | 37 | <input type="checkbox"/> |
| 34. | L'enfant est déconcerté ou mécontent lorsque vous lui faites changer d'activité (même s'il s'agit de quelque chose qu'il aime bien) | 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9 | pas du tout vrai | totalelement vrai | 38 | <input type="checkbox"/> |
| 35. | Lorsqu'il entre dans une pièce où vous vous trouvez, l'enfant vous salue, vous fait un sourire, vous montre un jouet, vous appelle, etc | 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9 | pas du tout vrai | totalelement vrai | 39 | <input type="checkbox"/> |
| 36. | Après avoir été effrayé ou bouleversé, l'enfant se console si vous le prenez dans vos bras | 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9 | pas du tout vrai | totalelement vrai | 40 | <input type="checkbox"/> |
| 37. | A la maison, l'enfant se trouble ou pleure lorsque vous sortez de la pièce où il se trouve (qu'il vous suive ou non) | 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9 | pas du tout vrai | totalelement vrai | 41 | <input type="checkbox"/> |
| 38. | L'enfant se met facilement en colère contre vous | 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9 | pas du tout vrai | totalelement vrai | 42 | <input type="checkbox"/> |

39. L'enfant observe vos expressions pour savoir que faire lorsque quelque chose lui semble risqué ou menaçant

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

pas du tout vrai

totalelement vrai

43 |

40. L'enfant utilise les pleurs comme un moyen pour obtenir quelque chose de vous

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

pas du tout vrai

totalelement vrai

44 |

41. Lorsque quelque chose le perturbe fortement, l'enfant reste là où il se trouve et pleure

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

pas du tout vrai

totalelement vrai

45 |

L'environnement de votre enfant

*Si vous avez déménagé depuis le premier anniversaire de votre enfant, répondez aux questions suivantes sinon, passez à la **question 8** sur les travaux*

1. Habitez-vous :

☐1 une maison particulière

☐2 un petit immeuble collectif

☐3 un grand immeuble collectif

☐4 autre, précisez :

1 ☐

A quel étage se trouve le logement, s'il est situé dans un immeuble ? ☐☐

2 ☐☐

2. Votre logement a-t-il été construit :

☐1 avant 1948 ☐2 après 1948 ☐3 ne sait pas

3 ☐

3. Actuellement, habitez-vous à moins de 200 mètres d'une route avec trafic important ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

4 ☐

si oui, s'agit-il : (indiquer le numéro pour une route nationale ou une autoroute)

. d'une route nationale ☐0. non ☐1. oui

5 ☐

si oui, route nationale RN ☐

6 ☐

. d'une autoroute ☐0. non ☐1. oui

7 ☐

si oui, autoroute A ☐

8 ☐

. d'un boulevard périphérique ☐0. non ☐1. oui

9 ☐

. autre, ☐0. non ☐1. oui

10 ☐

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

11 ☐

. 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

12 ☐

4. Actuellement, avez-vous des problèmes d'humidité ou de condensation dans votre logement (pièces non habitées du grenier et du sous-sol excluses) ?

☐0 jamais

☐1 oui, rarement

☐2 oui, quelquefois

☐3 oui, souvent

☐4 oui, en permanence

|_|5 ne sait pas

13 |_|

si oui, dans quelles pièces rencontrez-vous souvent des problèmes d'humidité ou de condensation ?

| | | | |
|-------------------------|---|----|--------------------------|
| cuisine | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 14 | <input type="checkbox"/> |
| salle de bain | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 15 | <input type="checkbox"/> |
| toilettes séparées | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 16 | <input type="checkbox"/> |
| couloir | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 17 | <input type="checkbox"/> |
| salon/living | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 18 | <input type="checkbox"/> |
| votre chambre à coucher | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 19 | <input type="checkbox"/> |
| chambre de votre enfant | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 20 | <input type="checkbox"/> |

5. Actuellement, 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 | 21 | <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 | 22 | <input type="checkbox"/> |
| salle de bain | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 23 | <input type="checkbox"/> |
| toilettes séparées | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 24 | <input type="checkbox"/> |
| couloir | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 25 | <input type="checkbox"/> |
| salon/living | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 26 | <input type="checkbox"/> |
| votre chambre à coucher | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 27 | <input type="checkbox"/> |
| chambre de votre enfant | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 28 | <input type="checkbox"/> |

6. Dans votre logement, la peinture s'écaille-t-elle ? ☐0. non ☐1. oui 29 ☐

7. Quel est votre mode **principal** 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 | 30 | <input type="checkbox"/> |
| | précisez : | | |

| | | |
|-----|--|---|
| 8. | <p><u>Depuis la naissance de votre enfant, Avez-vous fait des travaux dans votre logement ?</u></p> <p style="text-align: right;">\|_\|0. non \|_\|1. oui</p> <p style="text-align: center;">si oui, répondez aux questions suivantes, sinon passez la question 9 sur le ménage</p> <p>- destruction de cloisons : \|_\|0. non \|_\|1. oui</p> <p>- avez-vous réalisé ou fait réaliser des constructions ou aménagement ayant entraîné des manipulations : <i>(cochez les cases correspondantes)</i></p> <p> . de colles : \|_\|0. non \|_\|1. oui</p> <p> si oui, de quel(s) type(s) de colle(s) s'agit-il ?</p> <p> . pour papiers peints : \|_\|</p> <p> . de revêtements de sols : \|_\|</p> <p> . de carrelages : \|_\|</p> <p> . de colles à bois : \|_\|</p> <p> . de peintures : \|_\|0. non \|_\|1. oui</p> <p> si oui, de quel(s) type(s) de peinture(s) s'agit-il ?</p> <p> . acryliques (solubles à l'eau) : \|_\|</p> <p> . glycérophthaliques (solubles en solvants organiques) : \|_\|</p> <p> . ne connaît pas le type de peinture : \|_\|</p> | <p>31 \|_\|</p> <p>32 \|_\|</p> <p>33 \|_\|</p> <p>34 \|_\|</p> <p>35 \|_\|</p> <p>36 \|_\|</p> <p>37 \|_\|</p> <p>38 \|_\|</p> <p>39 \|_\|</p> <p>40 \|_\|</p> <p>41 \|_\|</p> |
| 9. | <p>Est-ce que votre enfant s'est déjà trouvé dans une pièce où l'on fait le ménage ou utilise de l'eau de javel ?</p> <p>\|_\|0 ne sait pas</p> <p>\|_\|1 jamais/non</p> <p>\|_\|2 rarement</p> <p>\|_\|3 quelquefois</p> <p>\|_\|4 souvent</p> | <p>42 \|_\|</p> |
| 10. | <p>Depuis la naissance de votre enfant, l'un des membres de la famille a-t-il exercé à <u>l'intérieur du logement</u> l'une des activités suivantes :</p> <p>modélisme, activités d'art, bricolage, peinture, teinture, labo photographie, jardinage sur plantes en pot</p> <p>\|_\|0 jamais</p> <p>\|_\|1 rarement</p> <p>\|_\|2 souvent</p> <p>si oui, combien de ces différentes activités : \|_\|1. une \|_\|2. ou plus</p> <p>si oui, cette activité nécessite-t-elle la manipulation de :</p> <p>- colles : \|_\|0. jamais \|_\|1 rarement \|_\|2. souvent</p> <p>- vernis : \|_\|0. jamais \|_\|1 rarement \|_\|2. souvent</p> <p>- solvants : \|_\|0. jamais \|_\|1 rarement \|_\|2. souvent</p> <p>- peintures : \|_\|0. jamais \|_\|1 rarement \|_\|2. souvent</p> | <p>42 \|_\|</p> <p>44 \|_\|</p> <p>45 \|_\|</p> <p>46 \|_\|</p> <p>47 \|_\|</p> <p>48 \|_\|</p> |

| | | | |
|------------------|--|----|--------------------------|
| - herbicides : | <input type="checkbox"/> 0. jamais <input type="checkbox"/> 1 rarement <input type="checkbox"/> 2. souvent | 49 | <input type="checkbox"/> |
| - insecticides : | <input type="checkbox"/> 0. jamais <input type="checkbox"/> 1 rarement <input type="checkbox"/> 2. souvent | 50 | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-----|---|---|----|--------------------------|
| 11. | Depuis que votre enfant a 1 an, y-a-t-il eu des changements dans la chambre et/ou la literie dans laquelle votre enfant dort le plus longtemps? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 51 | <input type="checkbox"/> |
| | si non, passer à la question 12 sur les animaux si oui, | | | |
| | la chambre à coucher 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 | 52 | <input type="checkbox"/> |
| | des doubles vitrages | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 53 | <input type="checkbox"/> |
| | doubles rideaux ou tissus aux murs | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 54 | <input type="checkbox"/> |
| | le matelas sur lequel votre enfant dort est : | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. neuf (acheté il y a moins d'1 an) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. acheté entre il y a 1 à 3 ans | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. acheté il y a plus de 3 ans | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. je ne sais pas | | 55 | <input type="checkbox"/> |
| | quel type d'oreiller ou de traversin a votre enfant ? | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. synthétique | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. duvet ou plumes | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. laine | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. autre | | | |
| | <input type="checkbox"/> 5. n'utilise pas d'oreiller | | 56 | <input type="checkbox"/> |
| | quel type de couverture utilise l'enfant ? | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. synthétique | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. duvet ou plumes | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. laine | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. autre | | | |
| | <input type="checkbox"/> 5. n'utilise pas de couverture | | 57 | <input type="checkbox"/> |
| | combien de fois par semaine la chambre de votre enfant est-elle aérée ? | | | |
| | <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 | | 58 | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Depuis que votre enfant a 1 an, un nouvel animal est-il arrivé au domicile ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 59 | <input type="checkbox"/> |
| | si oui, quel animal ? | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. chat | | 60 | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 2. chien | | 61 | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 3. rongeur | | 62 | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 4. oiseaux | | 63 | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 5. animaux de la ferme | | 64 | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|----|---|
| <input type="checkbox"/> 6. autre(s) | 65 | <input type="checkbox"/> |
| . laissez-vous le ou les animaux rentrer dans la chambre à coucher de l'enfant ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 66 | <input type="checkbox"/> |
| si oui, cochez la (les) case(s) correspondante(s), | | |
| <input type="checkbox"/> 1. chat | 67 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. chien | 68 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3. rongeur | 69 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 4. oiseaux | 70 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 5. animaux de la ferme | 71 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 6. autre(s) | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 13. Depuis l'âge de 1 an, est-ce que votre enfant a été, au moins 1 fois par semaine, en contact avec un ou plusieurs animaux à l'extérieur de votre logement (chez la nourrice, grand-parents...) ? <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 73 | <input type="checkbox"/> |
| si oui, cochez la (les) case(s) correspondante(s), | | |
| <input type="checkbox"/> 1. chat | 74 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. chien | 75 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3. rongeur | 76 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 4. oiseaux | 77 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 5. animaux de la ferme | 78 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 6. autre(s) | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 14. Depuis l'âge de 1 an, est-ce que votre enfant a séjourné, dans, 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 | 80 | <input type="checkbox"/> |
| si oui, cochez la (les) case(s) correspondante(s), | | |
| <input type="checkbox"/> 1 vache | 81 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 chèvre | 82 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3 cheval | 83 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 4 porc | 84 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 5 mouton | 85 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 6 autre(s) | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 15. Depuis que votre enfant a 1 an, avez-vous fait un (des) changement(s) suivant(s) pour sa santé, 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 | 87 | <input type="checkbox"/> |
| si oui, quel âge avait l'enfant ? <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 88 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| . arrêt ou réduction du tabagisme <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 89 | <input type="checkbox"/> |
| si oui, quel âge avait l'enfant ? <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 90 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| . changement de literie (matelas, oreiller...) <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 91 | <input type="checkbox"/> |
| si oui, quel âge avait l'enfant ? <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 92 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| . enlèvement de moquette ou de tapis <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 93 | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-----------------------------------|---|----|---|
| si oui, quel âge avait l'enfant ? | <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 94 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| . autre modification | <input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui | 95 | <input type="text"/> |
| si oui, quel âge avait l'enfant ? | <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 96 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| si autre, préciser : | | | |

L'alimentation de votre enfant

- | | | | |
|----|--|---|--|
| 1. | Depuis la naissance de votre enfant, quel type d'eau avez-vous utilisé le plus régulièrement pour faire ses biberons : | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. eau du robinet non filtrée | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. eau du robinet filtrée | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. eau minérale | 1 | <input type="text"/> |
| | Précisez la ou les marques que vous avez le plus utilisé (maximum 3) : | | |
|  | ..... | 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|  | ..... | 3 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|  | ..... | 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. | Dans une semaine ordinaire actuellement, quel sont les lieux où votre enfant prend régulièrement ses 3 repas et son goûter ? | | |
| | à la maison : | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 5 <input type="text"/> |
| | à la crèche, en garderie ou à l'école : | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 6 <input type="text"/> |
| | chez la nourrice : | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 7 <input type="text"/> |
| | dans la famille ou chez des amis : | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 8 <input type="text"/> |
| | dans un autre lieu : | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 9 <input type="text"/> |
| | précisez : | | |
| 3. | A la maison, votre enfant prend-il le plus souvent ses principaux repas : | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. seul sans les autres membres de la famille | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. avec d'autres membres de la famille mais sans les parents | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. avec au moins un des parents et éventuellement les autres membres de la famille | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. autre | 10 | <input type="text"/> |
| | précisez : | | |
| 4. | La télévision est-elle allumée dans la pièce pendant que l'enfant prend ses repas à la maison ? | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. jamais | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. parfois | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. souvent | | |
| | <input type="checkbox"/> 4. toujours | 11 | <input type="text"/> |
| 5. | Allaitiez-vous encore votre enfant à 1 an : | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 12 <input type="text"/> |

(ne répondez aux 2 questions suivantes que si vous allaitiez toujours à 1 an)

- continuez-vous à allaiter actuellement ? ☐ 0. non ☐ 1. oui

- si non, il y a combien de temps que vous avez arrêté ?

semaines mois

13 ☐

14

6. Depuis que votre enfant a 1 an, est-ce que vous lui avez donné régulièrement :
- A. du lait de suite ou de croissance ☐0. non ☐1. oui 15 ☐
- si oui, pendant combien de temps ?
- ☐1. 1 mois ou moins
- ☐2. plus d'1 mois mais moins de 3 mois
- ☐3. plus de 3 mois mais moins de 6 mois
- ☐4. plus de 6 mois mais moins de 9 mois
- ☐5. plus de 9 mois 16 ☐
- B. du lait de vache ordinaire ? ☐0. non ☐1. oui 17 ☐
- si oui, pendant combien de temps ?
- ☐1. 1 mois ou moins
- ☐2. plus d'1 mois mais moins de 3 mois
- ☐3. plus de 3 mois mais moins de 6 mois
- ☐4. plus de 6 mois mais moins de 9 mois
- ☐5. plus de 9 mois 18 ☐
- C. un autre type de lait ? ☐0. non ☐1. oui 19 ☐
- si oui, lequel (si plusieurs réponses possibles, répondez pour le plus fréquent) ?
- pendant combien de temps ?
- ☐1. 1 mois ou moins
- ☐2. plus d'1 mois mais moins de 3 mois
- ☐3. plus de 3 mois mais moins de 6 mois
- ☐4. plus de 6 mois 20 ☐
7. Si votre enfant a bu ou boit du lait de vache ordinaire (y compris sous forme de lait concentré ou en poudre), est-ce du lait : (*plusieurs réponses possibles*)
- ☐1. entier
- ☐2. 1/2 écrémé
- ☐4. écrémé 21 ☐
8. Actuellement, quelle quantité de lait votre enfant boit-il par jour en moyenne ?
- ☐0. ne boit pas de lait
- ☐1. 1 biberon plein ou un grand bol/jour (250 ml) ou moins
- ☐2. entre 1 et 2 biberons pleins ou grands bols/jour
- ☐3. entre 2 et 3 biberons pleins ou grands bols/jour

☐ 4. plus de 3 biberons pleins ou grands bols/jour

22 ☐

9. Actuellement, avec quelle fréquence votre enfant consomme-t-il les aliments suivants dans une semaine habituelle (comptez les repas à la maison et en dehors de la maison). *Entourez un chiffre entre 1 et 7.*

- laitages (yaourts, petit-suisse..)

| | |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 | |
| jamais moins d'1 fois 1 à 3 fois 1 à 3 fois 4 à 6 fois 1 fois plusieurs fois | 23 <input type="text"/> |
| par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour | |

- desserts lactés (crème, glaces)

| | |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 | |
| jamais moins d'1 fois 1 à 3 fois 1 à 3 fois 4 à 6 fois 1 fois plusieurs fois | 24 <input type="text"/> |
| par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour | |

- fromage

| | |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 | |
| jamais moins d'1 fois 1 à 3 fois 1 à 3 fois 4 à 6 fois 1 fois plusieurs fois | 25 <input type="text"/> |
| par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour | |

- pâtes, riz, semoule

| | |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 | |
| jamais moins d'1 fois 1 à 3 fois 1 à 3 fois 4 à 6 fois 1 fois plusieurs fois | 26 <input type="text"/> |
| par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour | |

- pommes de terre (à l'eau ou en purée)

| | |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 | |
| jamais moins d'1 fois 1 à 3 fois 1 à 3 fois 4 à 6 fois 1 fois plusieurs fois | 27 <input type="text"/> |
| par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour | |

- frites, pommes de terre sautées

| | |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 | |
| jamais moins d'1 fois 1 à 3 fois 1 à 3 fois 4 à 6 fois 1 fois plusieurs fois | 28 <input type="text"/> |
| par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour | |

- quiches, pizzas, tourtes

| | |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 | |
| jamais moins d'1 fois 1 à 3 fois 1 à 3 fois 4 à 6 fois 1 fois plusieurs fois | 29 <input type="text"/> |
| par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour | |

- légumes secs (lentilles, haricots blancs)

| | |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 | |
| jamais moins d'1 fois 1 à 3 fois 1 à 3 fois 4 à 6 fois 1 fois plusieurs fois | 30 <input type="text"/> |
| par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour | |

- légumes cuits (y compris soupes), en dehors des pommes de terre

| | |
|--|---------------------------|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 | |
| jamais moins d'1 fois 1 à 3 fois 1 à 3 fois 4 à 6 fois 1 fois plusieurs fois | 31 <input type="text"/> |
| par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour | |

- crudités, salade

| | |
|---------------------------------------|--|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 | |
|---------------------------------------|--|

| | | | | | | | | |
|--------|----------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------|----|--------------------------|
| jamais | moins d'1 fois par mois | 1 à 3 fois par mois | 1 à 3 fois par semaine | 4 à 6 fois par semaine | 1 fois par jour | plusieurs fois par jour | 32 | <input type="checkbox"/> |
|--------|----------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------|----|--------------------------|

- volaille ou jambon

| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7 | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 33 <input type="checkbox"/> |

- viande type bœuf mouton porc

| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7 | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 34 <input type="checkbox"/> |

- charcuterie (sauf jambon)

| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7 | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 35 <input type="checkbox"/> |

- poisson gras : type maquereau, sardines, saumon, thon, hareng, ...

| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7 | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 36 <input type="checkbox"/> |

- poisson blanc : type cabillaud, colin, merlan, ...

| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7 | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 37 <input type="checkbox"/> |

- œufs

| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7 | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 38 <input type="checkbox"/> |

- fruits frais

| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7 | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 39 <input type="checkbox"/> |

- compotes

| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7 | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 40 <input type="checkbox"/> |

- jus de fruits

| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7 | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 41 <input type="checkbox"/> |

- sodas ordinaires/sirop

| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7 | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------------------------|
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 42 <input type="checkbox"/> |

- soda « light »

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
|--------------|----------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------|
| jamais | moins d'1 fois par mois | 1 à 3 fois par mois | 1 à 3 fois par semaine | 4 à 6 fois par semaine | 1 fois par jour | plusieurs fois par jour | 43 <input type="text"/> |

- céréales petit déjeuner dans le bol ou le biberon

| | | | | | | | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-------------------------|
| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7----- | |
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 44 <input type="text"/> |

- pain

| | | | | | | | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-------------------------|
| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7----- | |
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 45 <input type="text"/> |

- viennoiseries, biscuits, gâteaux

| | | | | | | | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-------------------------|
| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7----- | |
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 46 <input type="text"/> |

- bonbons, chocolat

| | | | | | | | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-------------------------|
| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7----- | |
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 47 <input type="text"/> |

- chips, biscuits apéritifs

| | | | | | | | |
|--------|----------------|------------|-------------|-------------|----------|----------------|-------------------------|
| 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5----- | 6----- | 7----- | |
| jamais | moins d'1 fois | 1 à 3 fois | 1 à 3 fois | 4 à 6 fois | 1 fois | plusieurs fois | |
| | par mois | par mois | par semaine | par semaine | par jour | par jour | 48 <input type="text"/> |

10. Parmi **les aliments spécifiques bébé**, vendus dans le commerce, lesquels utilisez-vous encore parmi ces catégories ?

| | | |
|--|---|-------------------------|
| céréales | <input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui | 49 <input type="text"/> |
| petits pots ou coupelles fruits et dessert | <input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui | 50 <input type="text"/> |
| petits pots ou plats salés | <input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui | 51 <input type="text"/> |
| potages en brique | <input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui | 52 <input type="text"/> |
| purée en brique | <input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui | 53 <input type="text"/> |

Pour **les aliments spécifiques bébé**, que vous utilisez toujours, pouvez-vous nous préciser pour chacune de ces catégories, combien de fois/semaine

| | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------|
| céréales | <input type="text"/> fois/semaine | 54 <input type="text"/> |
| petits pots ou coupelles fruits et dessert | <input type="text"/> fois/semaine | 55 <input type="text"/> |
| petits pots ou plats salés | <input type="text"/> fois/semaine | 56 <input type="text"/> |
| potages en brique | <input type="text"/> fois/semaine | 57 <input type="text"/> |
| purée en brique | <input type="text"/> fois/semaine | 58 <input type="text"/> |

Pour **les aliments spécifiques bébé**, que vous utilisez pas ou plus, à quel âge avez-vous arrêté ? (répondez 0 si vous n'en avez jamais utilisé).

| | | |
|--|--|-------------------------|
| céréales | <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 59 <input type="text"/> |
| petits pots ou coupelles fruits et dessert | <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 60 <input type="text"/> |
| petits pots ou plats salés | <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 61 <input type="text"/> |

| | | | |
|---|---|---------|---|
| potages en brique | <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 62 | <input type="text"/> |
| purée en brique | <input type="text"/> <input type="text"/> mois | 63 | <input type="text"/> |
| 11. Quelle est/sont la ou les boissons habituelles de votre enfant lors des repas du midi ou du soir ? (cochez les cases correspondantes) | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. eau du robinet non filtrée | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. eau du robinet filtrée | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. eau minérale | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. lait | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. soda | | | |
| <input type="checkbox"/> 6. jus de fruit | | | |
| <input type="checkbox"/> 7. autre | | 64 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| précisez : | | | |
| 12. Actuellement, votre enfant prend-t-il tous les jours ou presque ? | | | |
| - un petit-déjeuner (même limité à un biberon ou une tétée) | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 65 | <input type="text"/> |
| - un biberon (ou une tétée) et/ou une collation dans la matinée | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 66 | <input type="text"/> |
| - un biberon (ou une tétée) et/ou une collation au goûter | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 67 | <input type="text"/> |
| - un biberon (ou une tétée) avant de s'endormir | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 68 | <input type="text"/> |
| si oui, le biberon contient-il autre chose que de l'eau (exemple : lait, jus de fruits...) ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 69 | <input type="text"/> |
| - un ou plusieurs biberons (ou tétées) au cours de la nuit | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 70 | <input type="text"/> |
| si oui, le biberon contient-il autre chose que de l'eau (exemple : lait, jus de fruits...) ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 71 | <input type="text"/> |
| laissez-vous le biberon à côté de lui pendant la nuit ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 72 | <input type="text"/> |
| Pour les questions 13 à 39 (entourez le chiffre correspondant à votre réponse) | | | |
| 13. Lorsque votre enfant fait des caprices, avez-vous tendance à lui donner quelque chose à boire ou à manger ? | | | |
| 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| jamais | rarement | parfois | souvent |
| | | | toujours |
| | | | 73 <input type="text"/> |
| 14. Vous arrive-t-il de donner à boire ou à manger à votre enfant quand il s'ennuie, même si vous pensez qu'il n'a pas faim ? | | | |
| 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| jamais | rarement | parfois | souvent |
| | | | toujours |
| | | | 74 <input type="text"/> |

15. Quand votre enfant est contrarié, vous arrive-t-il de lui proposer quelque chose à boire ou à manger pour le réconforter ?
- 1-----2-----3-----4-----5
jamais rarement parfois souvent toujours 75
16. Je sers à mon enfant ses aliments préférés s'il me promet d'être gentil
- 1-----2-----3-----4-----5
jamais rarement parfois souvent toujours 76
17. Il m'arrive de priver mon enfant de dessert s'il s'est montré désobéissant ou désagréable
- 1-----2-----3-----4-----5
jamais rarement parfois souvent toujours 77
18. Je donne à mon enfant des aliments sucrés pour le remercier d'avoir été gentil (bonbons, biscuits, chocolat...)
- 1-----2-----3-----4-----5
jamais rarement parfois souvent toujours 78
19. Votre enfant peut-il choisir ce qu'il va manger parmi les aliments servis à table ?
- 1-----2-----3-----4-----5
jamais rarement parfois souvent toujours 79
20. Si votre enfant n'aime pas ce qui est servi, lui préparez-vous autre chose ?
- 1-----2-----3-----4-----5
jamais rarement parfois souvent toujours 80
21. Autorisez-vous votre enfant à sortir de table lorsqu'il n'a plus faim, même si le reste de la famille n'a pas fini de manger ?
- 1-----2-----3-----4-----5
jamais rarement parfois souvent toujours 81
22. Je dois faire attention à ce que mon enfant ne mange pas trop d'aliments sucrés (bonbons, glaces, gâteaux, biscuits, pâtisseries)
- 1-----2-----3-----4-----5
pas du tout peu vrai moyennement plutôt vrai très vrai
vrai vrai 82
23. Je dois faire attention à ce que mon enfant ne mange pas trop de ses aliments préférés
- 1-----2-----3-----4-----5
pas du tout peu vrai moyennement plutôt vrai très vrai
vrai vrai 83
24. Je dois faire attention à ce que mon enfant ne mange pas trop d'aliments riches en graisse
- 1-----2-----3-----4-----5
pas du tout peu vrai moyennement plutôt vrai très vrai
vrai vrai 84

85

| |
|--|
| |
|--|

86 87

88 | |

89 | |

90 | |

91 | |

92 | |

1-----2-----3-----4-----5

| | | | | | | |
|---|--------------------|---------------------|-------------------------|-----------|----|----------------------|
| pas du tout vrai | peu vrai | moyennement vrai | plutôt vrai | très vrai | 93 | <input type="text"/> |
| 34. Mon enfant doit finir tout son plat pour avoir un dessert | | | | | | |
| 1-----2-----3-----4-----5 | | | | | | |
| pas du tout vrai | peu vrai | moyennement vrai | plutôt vrai | très vrai | 94 | <input type="text"/> |
| 35. J'encourage mon enfant à manger plus pour être sûr qu'il grandisse bien | | | | | | |
| 1-----2-----3-----4-----5 | | | | | | |
| pas du tout vrai | peu vrai | moyennement vrai | plutôt vrai | très vrai | 95 | <input type="text"/> |
| 36. Votre enfant est particulièrement difficile à nourrir | | | | | | |
| 1-----2-----3-----4 | | | | | | |
| tout à fait d'accord | un peu d'accord | peu d'accord | pas du tout d'accord | | 96 | <input type="text"/> |

