



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

**Inserm**  
Institut national  
de la sant<sup>é</sup> et de la recherche m<sup>é</sup>dicale



# Auto-questionnaire EDEN "2 ans"

## Questions pour la maman,



Nom de la mère : ..... Prénom de la mère : .....

Nom de jeune fille 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*

Si vous avez déménagé depuis la naissance de votre enfant, merci de nous indiquer votre nouvelle adresse :

.....  
.....  
.....

la date du déménagement : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

1 |\_|\_|\_|

Votre numéro de téléphone fixe : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Votre numéro de téléphone portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Votre adresse Email : .....@.....

## Votre santé

### 1. Au cours du dernier mois,

comment vous êtes-vous sentie sur le plan physique ?

- |\_|1. très bien  
|\_|2. assez bien  
|\_|3. assez mal  
|\_|4. très mal

2 |\_|

et sur le plan moral ?

- |\_|1. très bien  
|\_|2. assez bien  
|\_|3. assez mal  
|\_|4. très mal

3 |\_|

### 2. Au cours du dernier mois, avez-vous pris les médicaments suivants ?

. aspirine, paracétamol (efferalgan, dafalgan, doliprane) ou

ibuprofène (advil, ...) : |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. ne sait pas 4 |\_|

. des somnifères : |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. ne sait pas 5 |\_|

. des tranquillisants ou anxiolytiques : |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. ne sait pas 6 |\_|

. des antidépresseurs : |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. ne sait pas 7 |\_|

. des fortifiants : |\_|0. non |\_|1. oui |\_|2. ne sait pas 8 |\_|

3.	<u>Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisée ?</u>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	9	<input type="checkbox"/>
	si oui, combien de jours au total :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	si oui, dans lequel des services suivants :			
	. urgences	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	11	<input type="checkbox"/>
	. médecine	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	12	<input type="checkbox"/>
	. psychiatrie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	13	<input type="checkbox"/>
	. chirurgie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	14	<input type="checkbox"/>
	précisez pour quelle intervention : .....			
	. autre	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	15	<input type="checkbox"/>
	si autre, précisez : .....			
4.	<u>Au cours de la dernière année,</u>			
	Avez-vous consulté un médecin généraliste <u>pour vous</u> ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	16	<input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	17	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Avez-vous consulté un gynécologue ou un obstétricien ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	18	<input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	19	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Avez-vous consulté un psychiatre ou un psychologue ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	20	<input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois au total :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	21	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Avez-vous consulté d'autres médecins spécialistes <u>pour vous</u> ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	22	<input type="checkbox"/>
	si oui, quels spécialistes : .....		23	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5.	<b>Depuis la naissance de votre enfant il y a deux ans, avez-vous été</b>			
	<b>enceinte, quelle que soit l'issue de la grossesse (naissance, fausse-couche,</b>			
	<b>IVG, ...)</b> ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	24	<input type="checkbox"/>
	. Etes-vous enceinte actuellement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. peut être	25	<input type="checkbox"/>
	si non, quel est votre poids actuel ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	26	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. Avez-vous eu une fausse-couche spontanée ou une grossesse extra-			
	utérine ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	27	<input type="checkbox"/>
	si oui, à quelle(s) date(s) :	<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"/>	28	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	29	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. Avez-vous accouché d'un nouvel enfant	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30	<input type="checkbox"/>
	si oui, à quelle(s) date(s) :	<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"/>	31	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	32	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. Avez-vous eu une IVG ou une interruption thérapeutique de grossesse ?			

si oui, à quelle(s) date(s) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	33	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6. Au cours du mois dernier, combien de rapports sexuels avez-vous eu approximativement ?
- ☐0. aucun
- ☐1. 1 à 3
- ☐2. environ 1 par semaine
- ☐3. 2 à 3 par semaine
- ☐4. 4 à 6 par semaine
- ☐5. 1 par jour
- ☐6. plus de 1 par jour
- 36 ☐
7. Dans les deux dernières années, avez-vous eu un traitement parce que vous pensiez avoir des difficultés pour obtenir une grossesse ?
- ☐0. non ☐1. oui
- 37 ☐
- si oui, était-ce :**
- des inducteurs d'ovulation : ☐0. non ☐1. oui
- 38 ☐
- si oui, précisez à partir de quelle date :     20
- 39
- une fécondation in-vitro (FIV) ou ICSI (injection de spermatozoïdes intra-cytoplasmique) : ☐0. non ☐1. oui
- 40 ☐
- si oui, précisez à partir de quelle date :     20
- 41
- une insémination artificielle avec sperme du conjoint (ou IAC) :
- ☐0. non ☐1. oui
- 42 ☐
- si oui, précisez à partir de quelle date :     20
- 43
- une insémination artificielle avec sperme de donneur (ou IAD) :
- ☐0. non ☐1. oui
- 44 ☐
- si oui, précisez à partir de quelle date :     20
- 45
- un autre traitement : ☐0. non ☐1. oui
- 46 ☐
- si oui, quel traitement : .....
- si oui, précisez à partir de quelle date :     20
- 47

**Si vous avez été enceinte depuis la naissance de votre enfant participant à l'étude répondez aux questions ci-dessous (si vous avez eu plusieurs grossesses, répondez pour la dernière), si non passez à la question n° 10**

8. Quelle était la dernière méthode permettant d'éviter une grossesse que vous ou votre partenaire avez utilisé avant cette grossesse ?		
la pilule	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	48 <input type="checkbox"/>
le stérilet	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	49 <input type="checkbox"/>
les préservatifs masculins	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	50 <input type="checkbox"/>
les crèmes, tampons ou ovules spermicides	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	51 <input type="checkbox"/>
un diaphragme ou une autre méthode locale	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	52 <input type="checkbox"/>
le retrait, l'abstinence périodique, la méthode des températures ou méthode Ogino, Billings	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	53 <input type="checkbox"/>
une autre méthode permettant d'éviter une grossesse, y compris une méthode naturelle	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	54 <input type="checkbox"/>
précisez quelle méthode : .....		
la pilule du lendemain	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	55 <input type="checkbox"/>
aucune méthode depuis la précédente grossesse	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	56 <input type="checkbox"/>
Après avoir arrêté d'utiliser cette méthode, au bout de combien de temps êtes-vous tombée enceinte ?		
<input type="checkbox"/> 1. je suis tombée enceinte alors que j'utilisais cette méthode		
<input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas		
<input type="checkbox"/> 3. dès le 1 <sup>er</sup> cycle		57 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. au bout de <input type="text"/> <input type="text"/> mois et <input type="text"/> <input type="text"/> semaines		58 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Souhaitez-vous un autre enfant ?		
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. je ne sais pas		59 <input type="checkbox"/>
<b>Si vous avez été enceinte dans les 2 dernières années, passez maintenant au chapitre suivant sur les « Troubles urinaires » page 8.</b>		
<b>Si vous n'avez pas été enceinte depuis la naissance de l'enfant participant à l'étude, répondez aux questions suivantes.</b>		
10. Après la naissance de votre enfant il y a deux ans, avez-vous, vous ou votre partenaire, utilisé :		
la pilule	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	60 <input type="checkbox"/>
le stérilet	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	61 <input type="checkbox"/>
les préservatifs masculins	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	62 <input type="checkbox"/>
les crèmes, tampons ou ovules spermicides	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	63 <input type="checkbox"/>
un diaphragme ou une autre méthode locale	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	64 <input type="checkbox"/>
le retrait, l'abstinence périodique, la méthode des températures ou méthode Ogino, Billings	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	65 <input type="checkbox"/>
une autre méthode permettant d'éviter une grossesse, y compris une méthode naturelle	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	66 <input type="checkbox"/>
précisez quelle méthode : .....		

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

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

67 ☐

. au bout de   mois et   semaines après la naissance

68

11. **Et actuellement**, utilisez-vous, vous ou votre partenaire...

la pilule ☐0. non ☐1. oui

69 ☐

le stérilet ☐0. non ☐1. oui

70 ☐

les préservatifs masculins ☐0. non ☐1. oui

71 ☐

les crèmes, tampons ou ovules spermicides ☐0. non ☐1. oui

72 ☐

un diaphragme ou une autre méthode locale ☐0. non ☐1. oui

73 ☐

le retrait, l'abstinence périodique, la méthode des températures ou méthode Ogino, Billings ☐0. non ☐1. oui

74 ☐

une autre méthode permettant d'éviter une grossesse, y compris une méthode naturelle ☐0. non ☐1. oui

75 ☐

précisez quelle méthode : .....

la pilule du lendemain ☐0. non ☐1. oui

76 ☐

aucune méthode ☐0. non ☐1. oui

77 ☐

si vous n'utilisez aucune méthode, depuis combien de temps est-ce le cas ?

. depuis ma précédente grossesse : ☐0. non ☐1. oui

78 ☐

. depuis   mois   an(s)

79

vous pouvez aussi donner une date :

80

. vous n'avez jamais utilisé de méthode permettant d'éviter la grossesse

☐0. non ☐1. oui

81 ☐

12. Est-ce que vous cherchez actuellement à être enceinte ?

☐1. oui, actuellement

☐2. non, mais vous pensez commencer à chercher à **être enceinte** dans les 3 prochains mois

☐3. non, mais vous pensez commencer à chercher à **être enceinte** dans les 6 prochains mois

☐4. non, ce n'est pas prévu

☐5. ne sait pas

82 ☐

13. Actuellement, vos cycles menstruels sont-ils réguliers ? (il s'agit de la durée entre le début des règles et le début des règles suivantes)

☐1. oui, ils ont toujours la même durée à 2 jours près

☐2. oui, à peu près (variations de 3 à 4 jours d'un cycle à l'autre)

☐3. ils sont plutôt irréguliers (variations de 5 jours ou plus d'un cycle à l'autre)

|\_|4. Je n'ai pas de règles en ce moment

83 |\_|



15. Quelle est actuellement la durée moyenne de vos cycles menstruels ? (il s'agit de la durée entre le début des règles et le début des règles suivantes) :

|\_|\_| jours

84 |\_|\_|

ou vous préférez donner une fourchette (exemple, *entre 25 et 35* jours) :  
*entre* |\_|\_| *et* |\_|\_| jours

85 |\_|\_| |\_|\_|

## Troubles urinaires

Ces questions sur vos troubles urinaires portent sur ces deux dernières années.

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. Avez-vous éprouvé des fuites involontaires d'urine ? <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui<br/> <b>si oui,</b><br/> a) depuis quand ?<br/> <input type="checkbox"/>1. avant votre dernière grossesse<br/> <input type="checkbox"/>2. pendant votre dernière grossesse<br/> <input type="checkbox"/>3. dans la semaine après votre dernier accouchement<br/> <input type="checkbox"/>4. plus tard</p> | <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p>   |
| <p>b) pour ces fuites d'urine :<br/> avez-vous consulté ? <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui<br/> avez-vous été opérée ? <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui<br/> avez-vous pris un médicament ? <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui<br/> avez-vous fait de la rééducation ? <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p>      | <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p> |
| <p>c) quelle a été l'évolution de vos fuites d'urine ?<br/> <input type="checkbox"/>1. aggravées<br/> <input type="checkbox"/>2. inchangées<br/> <input type="checkbox"/>3. améliorées<br/> <input type="checkbox"/>4. guéries</p>   | <p>7 <input type="checkbox"/></p>   |
| <p><b>Pour les questions 2 à 12 pensez <u>aux quatre dernières semaines</u></b></p>  |   |
| <p>2. Avez-vous eu des fuites involontaires d'urine, dans les quatre dernières semaines ? <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p>  | <p>8 <input type="checkbox"/></p>   |
| <p><b>si non, passez au chapitre suivant « Antécédents familiaux » page 11.</b><br/> <b>si oui,</b></p>  |   |
| <p>3. quelle est la fréquence habituelle de ces fuites d'urine ?<br/> <input type="checkbox"/>0. jamais<br/> <input type="checkbox"/>1. moins d'une fois par mois<br/> <input type="checkbox"/>2. quelques fois par mois<br/> <input type="checkbox"/>3. quelques fois par semaine<br/> <input type="checkbox"/>4. tous les jours ou nuits</p>   | <p>9 <input type="checkbox"/></p>   |
| <p>4. quelle est la quantité d'urine habituellement perdue ?<br/> <input type="checkbox"/>0. aucune<br/> <input type="checkbox"/>1. des gouttes<br/> <input type="checkbox"/>2. une petite quantité<br/> <input type="checkbox"/>3. plus</p>   | <p>10 <input type="checkbox"/></p>  |

|

<p>5. ces fuites involontaires d'urine sont-elles une gêne pour vous ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. pas du tout</p> <p><input type="checkbox"/>1. un peu</p> <p><input type="checkbox"/>2. moyennement</p> <p><input type="checkbox"/>3. beaucoup</p>	<p>11 <input type="checkbox"/></p>
<p>6. avez-vous des fuites d'urine à l'effort physique, la toux ou l'éternuement ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. jamais</p> <p><input type="checkbox"/>1. parfois</p> <p><input type="checkbox"/>2. quelquefois</p> <p><input type="checkbox"/>3. souvent</p> <p><input type="checkbox"/>4. tout le temps</p>	<p>12 <input type="checkbox"/></p>
<p>7. avez-vous des fuites d'urine précédées d'un besoin urgent ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. jamais</p> <p><input type="checkbox"/>1. parfois</p> <p><input type="checkbox"/>2. quelquefois</p> <p><input type="checkbox"/>3. souvent</p> <p><input type="checkbox"/>4. tout le temps</p>	<p>13 <input type="checkbox"/></p>
<p>8. avez-vous des fuites d'urine dans d'autres circonstances ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. jamais</p> <p><input type="checkbox"/>1. parfois</p> <p><input type="checkbox"/>2. quelquefois</p> <p><input type="checkbox"/>3. souvent</p> <p><input type="checkbox"/>4. tout le temps</p> <p>si oui, précisez : .....</p>	<p>14 <input type="checkbox"/></p>
<p>9. <b>la semaine dernière</b>, combien de jours avez-vous eu des fuites d'urine ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. aucun</p> <p><input type="checkbox"/>1. 1 à 2</p> <p><input type="checkbox"/>2. 3 à 4</p> <p><input type="checkbox"/>3. 5 à 6</p> <p><input type="checkbox"/>4. tous les jours</p>	<p>15 <input type="checkbox"/></p>
<p>10. utilisez-vous des garnitures ou des protections pour ces fuites d'urine ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. aucune</p> <p><input type="checkbox"/>1. 1 à 3 par semaine</p> <p><input type="checkbox"/>2. 4 à 6 par semaine</p> <p><input type="checkbox"/>3. 1 à 4 par jour</p>	

□4. plus de 4 par jour

16 □

11. <b>Au cours du dernier mois</b> , vous est-il arrivé d'avoir des pertes involontaires de gaz ou de selles ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	17 <input type="checkbox"/>
si oui, avez-vous :		
des pertes involontaires de gaz ?		
<input type="checkbox"/> 0. jamais		
<input type="checkbox"/> 1. moins d'1 fois par semaine		
<input type="checkbox"/> 2. 1 fois par semaine ou plus		
<input type="checkbox"/> 3. tous les jours		18 <input type="checkbox"/>
des pertes involontaires de selles liquides ?		
<input type="checkbox"/> 0. jamais		
<input type="checkbox"/> 1. moins d'1 fois par semaine		
<input type="checkbox"/> 2. 1 fois par semaine ou plus		
<input type="checkbox"/> 3. tous les jours		19 <input type="checkbox"/>
des pertes involontaires de selles solides ?		
<input type="checkbox"/> 0. jamais		
<input type="checkbox"/> 1. moins d'1 fois par semaine		
<input type="checkbox"/> 2. 1 fois par semaine ou plus		
<input type="checkbox"/> 3. tous les jours		20 <input type="checkbox"/>
12. Depuis combien de temps avez-vous ces pertes involontaires de gaz ou de selles ?		
avant la dernière grossesse :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	21 <input type="checkbox"/>
pendant la dernière grossesse :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	22 <input type="checkbox"/>
depuis le dernier accouchement :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	23 <input type="checkbox"/>

## Antécédents familiaux

<p>1. Votre père est-il :  <input type="checkbox"/>0. décédé <input type="checkbox"/>1. vivant <input type="checkbox"/>2. ne sait pas</p> <p>s'il est décédé, quelle est la cause du décès (si connue) ?          .....</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>Code CIM</p> <p>2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>2. Votre père a-t-il déjà été traité ou hospitalisé pour :</p> <p>    une hypertension artérielle      <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui <input type="checkbox"/>2. ne sait pas</p> <p>    une maladie cardiovasculaire (angine de poitrine, infarctus, artérite, accident vasculaire cérébral)      <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui <input type="checkbox"/>2. ne sait pas</p> <p>    un diabète                              <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui <input type="checkbox"/>2. ne sait pas</p>	<p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Votre mère est-elle :  <input type="checkbox"/>0. décédée <input type="checkbox"/>1. vivante <input type="checkbox"/>2. ne sait pas</p> <p>si elle est décédée, quelle est la cause du décès (si connue) ?          .....</p>	<p>6 <input type="checkbox"/></p> <p>Code CIM</p> <p>7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>4. Votre mère a-t-elle déjà été traitée ou hospitalisée pour :</p> <p>    une hypertension artérielle      <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui <input type="checkbox"/>2. ne sait pas</p> <p>    une maladie cardiovasculaire (angine de poitrine, infarctus, artérite, accident vasculaire cérébral)      <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui <input type="checkbox"/>2. ne sait pas</p> <p>    un diabète                              <input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui <input type="checkbox"/>2. ne sait pas</p>	<p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>9 <input type="checkbox"/></p> <p>10 <input type="checkbox"/></p>

## Votre comportement alimentaire

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <p>1. A table, je prends délibérément de petites parts comme moyen de contrôler mon poids.</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. complètement faux</p>           | <p>1    <input type="checkbox"/></p> |
| <p>2. Quand je me sens anxieuse, je me surprends à manger.</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. complètement faux</p>   | <p>2    <input type="checkbox"/></p> |
| <p>3. Parfois, lorsque je commence à manger, j'ai l'impression que je ne vais pas pouvoir m'arrêter.</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. complètement faux</p> | <p>3    <input type="checkbox"/></p> |
| <p>4. Quand j'ai le cafard, il m'arrive souvent de manger trop</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. complètement faux</p>                                       | <p>4    <input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. J'évite de manger certains aliments car ils me font grossir.</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. complètement faux</p>                                   | <p>5    <input type="checkbox"/></p> |
| <p>6. Lorsque je suis avec quelqu'un qui mange, cela me donne souvent assez faim pour manger aussi.</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. complètement faux</p>  | <p>6    <input type="checkbox"/></p> |
| <p>7. Quand je me sens tendue ou crispée, je ressens souvent le besoin de manger</p> <p><input type="checkbox"/>1. entièrement vrai</p> <p><input type="checkbox"/>2. assez vrai</p>  |                                      |



<input type="checkbox"/> 3. assez faux <input type="checkbox"/> 4. complètement faux		7	<input type="checkbox"/>
8. J'ai si faim que j'ai souvent l'impression que mon estomac est un puits sans fond. <input type="checkbox"/> 1. entièrement vrai <input type="checkbox"/> 2. assez vrai <input type="checkbox"/> 3. assez faux <input type="checkbox"/> 4. complètement faux		8	<input type="checkbox"/>
9. Comme j'ai toujours faim, il m'est difficile d'arrêter de manger avant d'avoir terminé mon assiette. <input type="checkbox"/> 1. entièrement vrai <input type="checkbox"/> 2. assez vrai <input type="checkbox"/> 3. assez faux <input type="checkbox"/> 4. complètement faux		9	<input type="checkbox"/>
10. Lorsque je me sens seule, je me console en mangeant. <input type="checkbox"/> 1. entièrement vrai <input type="checkbox"/> 2. assez vrai <input type="checkbox"/> 3. assez faux <input type="checkbox"/> 4. complètement faux		10	<input type="checkbox"/>
11. A table, je me retiens volontairement de manger pour ne pas prendre de poids. <input type="checkbox"/> 1. entièrement vrai <input type="checkbox"/> 2. assez vrai <input type="checkbox"/> 3. assez faux <input type="checkbox"/> 4. complètement faux		11	<input type="checkbox"/>
12. Quand je sens une odeur de grillade ou que je vois un morceau de viande juteux, je trouve très difficile de me retenir de manger même si je viens de terminer un repas. <input type="checkbox"/> 1. entièrement vrai <input type="checkbox"/> 2. assez vrai <input type="checkbox"/> 3. assez faux <input type="checkbox"/> 4. complètement faux		12	<input type="checkbox"/>
13. J'ai toujours assez faim pour manger à n'importe quelle heure. <input type="checkbox"/> 1. entièrement vrai <input type="checkbox"/> 2. assez vrai <input type="checkbox"/> 3. assez faux <input type="checkbox"/> 4. complètement faux		13	<input type="checkbox"/>
14. Si je me sens nerveuse, j'essaie de me calmer en mangeant. <input type="checkbox"/> 1. entièrement vrai			

- ☐2. assez vrai
- ☐3. assez faux
- ☐4. complètement faux

14 ☐

15. La vue d'un aliment appétissant me donne souvent tellement faim que je suis obligée de manger tout de suite.
- ☐1. entièrement vrai
- ☐2. assez vrai
- ☐3. assez faux
- ☐4. complètement faux
- 15 ☐
16. Quand je me sens déprimée, je veux manger.
- ☐1. entièrement vrai
- ☐2. assez vrai
- ☐3. assez faux
- ☐4. complètement faux
- 16 ☐
17. Vous arrive-t-il d'éviter de « faire des provisions » d'aliments qui vous tentent ?
- ☐1. jamais ou presque
- ☐2. rarement
- ☐3. souvent
- ☐4. presque toujours
- 17 ☐
18. Avez-vous tendance à manger volontairement moins que vous n'en avez envie ?
- ☐1. pas du tout
- ☐2. un peu
- ☐3. modérément
- ☐4. fortement
- 18 ☐
19. Vous arrive-t-il de vous « empiffrer » bien que vous n'ayez pas faim ?
- ☐1. jamais
- ☐2. rarement
- ☐3. parfois
- ☐4. au moins une fois par semaine
- 19 ☐
20. A quels moments avez-vous une sensation de faim ?
- ☐1. uniquement à l'heure des repas
- ☐2. parfois entre les repas
- ☐3. souvent entre les repas
- ☐4. presque tout le temps
- 20 ☐
21. Sur une échelle allant de 1 à 8, où :
- 1 signifie « pas de restriction du tout sur l'alimentation » (c'est-à-dire que vous mangez ce que vous voulez, quand vous le voulez)
  - et 8 « une restriction importante » (c'est-à-dire que vous limitez en permanence la prise alimentaire sans jamais craquer), quel chiffre

vous donnez-vous ? (*Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre cas*)

1	2	3	4	5	6	7	8	21	<input type="text"/>
---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

## Votre mode de vie

- |    |   |                    |    |     |
|----|---|--------------------|----|-----|
| 1. | Actuellement, fumez-vous du tabac ?   | _ 0. non  _ 1. oui | 1  | _   |
|    | si oui, combien de cigarettes par jour ?  | _ _                | 2  | _ _ |
| 2. | Actuellement combien de verres de boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs, digestifs, etc) buvez-vous en moyenne par jour ? ( <i>si vous buvez moins d'un verre/j coder 0</i> ) |                    |    |     |
|    | _ _ 1. les jours de semaine   |                    | 3  | _ _ |
|    | _ _ 2. les samedi et dimanche   |                    | 4  | _ _ |
| 3. | Au cours de la dernière année, vous est-il arrivé de prendre du cannabis ?  |                    |    |     |
|    | _ 0. non  _ 1. oui  |                    | 5  | _   |
|    | si oui, avec quelle fréquence ?   |                    |    |     |
|    | _ 0. moins d'1 fois par mois  |                    |    |     |
|    | _ 1. 1 à 4 fois par mois  |                    |    |     |
|    | _ 2. 1 à 4 fois par semaine   |                    |    |     |
|    | _ 3. tous les jours ou presque  |                    | 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. | Le père de l'enfant 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  |                    |    |     |
|    | _ 4. ne sait pas  |                    | 9  | _   |
|    | si oui, a-t-il le même emploi qu'avant la naissance ?  _ 0. non  _ 1. oui   |                    |    |     |
|    |   |                    | 10 | _   |

7. si non, 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. profession intermédiaire, cadre moyen (instituteur, infirmier, technicien)
- ☐5. employé de bureau, administratif 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 ?

- ☐0. non, femme au foyer
- ☐1. non, congé maternité
- ☐2. non, congé parental
- ☐3. non, étudiante
- ☐4. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi
- ☐5. non, autre situation (invalidité, pension, ...)
- ☐6. oui

12 ☐

si vous avez un emploi actuellement, est-ce le même emploi que durant la grossesse ? ☐0. non ☐1. oui

13 ☐

si non, quelle est votre profession actuelle ? (*Préciser en clair et cochez la case correspondante*)

précisez : .....

- ☐1. agricultrice exploitante
- ☐2. commerçante, artisan
- ☐3. cadre (profession libérale, professeur, ingénieur)
- ☐4. profession intermédiaire, cadre moyen (instituteur, infirmier, technicien)
- ☐5. employée de bureau, administrative de la fonction publique
- ☐6. employée de commerce
- ☐7. personnel de service aux particuliers
- ☐8. ouvrière qualifiée, chauffeur
- ☐9. ouvrière non qualifiée, manutentionnaire

14 ☐

Travaillez-vous :

- ☐1. à temps plein
- ☐2. à temps partiel

15 ☐



9. Que vous ayez ou non un emploi, depuis 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 ?
- |   |   |    |                          |
|---|---|----|--------------------------|
| votre partenaire                            | <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        |  |                             |
| <input type="checkbox"/> 7. de 3801 à 4500 euros        |  |                             |
| <input type="checkbox"/> 8. plus de 4500 euros          |  | 21 <input type="checkbox"/> |
11. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour nourrir votre famille ?
- |  |    |                          |
|--|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui, un peu <input type="checkbox"/> 2. oui, des difficultés importantes | 22 | <input type="checkbox"/> |
|--|----|--------------------------|
12. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour les besoins en vêtements de votre famille ?
- |  |    |                          |
|--|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui, un peu <input type="checkbox"/> 2. oui, des difficultés importantes | 23 | <input type="checkbox"/> |
|--|----|--------------------------|
13. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour payer le loyer, les frais de chauffage ou d'électricité de votre logement ?
- |  |    |                          |
|--|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui, un peu <input type="checkbox"/> 2. oui, des difficultés importantes | 24 | <input type="checkbox"/> |
|--|----|--------------------------|
14. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour payer des soins médicaux ou des médicaments pour vous ou votre famille ?
- |  |    |                          |
|--|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui, un peu <input type="checkbox"/> 2. oui, des difficultés importantes | 25 | <input type="checkbox"/> |
|--|----|--------------------------|
15. Au cours de l'année écoulée, est-il arrivé que votre compte bancaire ou postal soit à découvert ?
- |  |    |                          |
|--|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0. non                              |    |                          |
| <input type="checkbox"/> 1. oui, de façon exceptionnelle     |    |                          |
| <input type="checkbox"/> 2. oui, c'est arrivé plusieurs fois |    |                          |
| <input type="checkbox"/> 3. oui, c'est arrivé fréquemment    | 26 | <input type="checkbox"/> |
16. Avez-vous une mutuelle complémentaire ? ☐0. non ☐1. oui
- |  |    |                          |
|--|----|--------------------------|
|  | 27 | <input type="checkbox"/> |
|--|----|--------------------------|



17. Bénéficiez-vous de la couverture médicale universelle (CMU) ?  
|\_|0. non |\_|1. oui

28 |\_|

## Mode de garde

1. Votre enfant va-t-il à l'école ?  
☐0. non  
☐1. oui, à temps partiel  
☐2. oui, à temps plein 1 ☐
  
2. Quel est, en dehors de l'école, **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 question 3 »*)  
☐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 2 ☐
  
3. Depuis que votre enfant a eu un an, avez-vous changé de mode de garde ?  

☐0. non ☐1. oui 3 ☐

si oui, . combien de fois ☐ 4 ☐

. 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 5 ☐
  
4. Depuis sa naissance, votre enfant a-t-il été gardé pendant au moins 6 mois chez une nourrice ? ☐0. non ☐1. oui 7 ☐  

si oui, combien d'enfants y avait-il en même temps chez la nourrice la plupart du temps ? ☐ 8 ☐
  
5. Combien de personnes vivent actuellement avec l'enfant au domicile familial ?  

. adultes d'au moins 18 ans ☐ 9 ☐

. enfants de moins 18 ans ☐ 10 ☐
  
6. Combien de personnes partagent actuellement la chambre à coucher de l'enfant ?  

. adultes d'au moins 18 ans ☐ 11 ☐

. enfants de moins 18 ans ☐ 12 ☐

## Jeux et soins de l'enfant

1. Avec quelle fréquence, vous la maman, faites-vous ces activités avec votre enfant ?

	1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5 -----		
	chaque jour ou presque	3-5 fois par semaine	1 à 2 fois par semaine	moins d'1 fois par semaine	jamais ou presque jamais		
le laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
lui donner le repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
le coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
chanter avec lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
lire une histoire ou montrer des images dans un livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
jouer avec des jeux à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
l'emmener se promener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
jeux physiques (ballon...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>

2. Souhaiteriez-vous que le père de votre enfant s'occupe davantage de votre enfant ? ☐0. non ☐1. oui

9 ☐

3. Est-ce que le partage des tâches liées à votre enfant représente une source de tension ou de dispute avec le père ? ☐0. non ☐1. oui

10 ☐

4. Avez-vous un siège auto pour votre enfant dans votre voiture ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. vous n'avez pas de voiture

11 ☐

si oui, vous arrive-t-il, pour un trajet court, de ne pas mettre votre enfant dedans ?

☐0. non ☐1. oui

12 ☐

5. Votre enfant fréquente-t-il ou a-t-il fréquenté une piscine de façon régulière ? ☐0. non ☐1. oui

13 ☐

6. Avec quelle fréquence votre enfant voit-il vos parents, ou au moins l'un d'entre eux ?

☐1. il est gardé par eux ou vit avec eux

☐2. au moins 1 fois par semaine

☐3. 2 à 4 fois par mois

☐4. plus rarement

☐5. seulement au moment des vacances

☐6. jamais ou presque

14 ☐

si jamais ou presque

☐1. vos parents sont décédés

☐2. vos parents habitent très loin

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3. vous n'avez pas de relation avec vos parents<br><input type="checkbox"/> 4. autre situation :<br>si autre, précisez : .....   | 15 <input type="checkbox"/> |
| 7. Depuis que votre enfant a eu un an, vous est-il arrivé un événement particulièrement difficile ?<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>0. non    <input type="checkbox"/>1. oui</div> si oui, lequel : .....          | 15 <input type="checkbox"/> |
| 8. Depuis que votre enfant a eu un an, vous est-il arrivé un événement particulièrement heureux ou positif ?<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>0. non    <input type="checkbox"/>1. oui</div> si oui, lequel : ..... | 27 <input type="checkbox"/> |

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