



Etude des D^{terminants} pr^{et} et post natsls
EDEN
du d^{veloppement} et de la sant^{de} de l^{IO}ENfant

Inserm

Institut national
de la sant^{et} et de la recherche m^dicale



Auto-questionnaire EDEN "à 2 ans"

Questions pour le papa,

(Si le père de l'enfant ne vit pas au domicile familial,
merci de lui demander de remplir ce questionnaire,
dans la mesure du possible)



l'emmener se promener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
jeux physiques (ballon...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
3. Souhaiteriez-vous que la mère de l'enfant s'occupe davantage de votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui					13	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que le partage des tâches liées à votre enfant représente une source de tension ou de dispute avec la mère ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui					14	<input type="checkbox"/>
5. Avec quelle fréquence votre enfant voit-il vos parents, ou au moins l'un d'entre eux ?							
<input type="checkbox"/> 1. il est gardé par eux ou vit avec eux							
<input type="checkbox"/> 2. au moins 1 fois par semaine							
<input type="checkbox"/> 3. 2 à 4 fois par mois							
<input type="checkbox"/> 4. plus rarement							
<input type="checkbox"/> 5. seulement au moment des vacances							
<input type="checkbox"/> 6. jamais ou presque						15	<input type="checkbox"/>
si jamais ou presque							
<input type="checkbox"/> 1. vos parents sont décédés							
<input type="checkbox"/> 2. vos parents habitent très loin							
<input type="checkbox"/> 3. vous n'avez pas de relation avec vos parents							
<input type="checkbox"/> 4. autre situation :						16	<input type="checkbox"/>
si autre, précisez :							
La santé de votre famille							
1. Votre père est-il :							
<input type="checkbox"/> 0. décédé <input type="checkbox"/> 1. vivant <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas						1	<input type="checkbox"/>
s'il est décédé, quelle est la cause du décès (si connue) ?						Code CIM	
.....						2	<input type="text"/>
2. Votre père a-t-il déjà été traité ou hospitalisé pour :							
une hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sait pas			3	<input type="checkbox"/>
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			4	<input type="checkbox"/>
un diabète	<input type="checkbox"/> 0. non	<input type="checkbox"/> 1. oui	<input type="checkbox"/> 2. ne sait pas			5	<input type="checkbox"/>
3. Votre mère est-elle :							
<input type="checkbox"/> 0. décédée <input type="checkbox"/> 1. vivante <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas						6	<input type="checkbox"/>
si elle est décédée, quelle est la cause du décès (si connue) ?						Code CIM	
.....						7	<input type="text"/>

4.	Votre mère a-t-elle déjà été traitée ou hospitalisée pour :			
	une hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	8	<input type="checkbox"/>
	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	9	<input type="checkbox"/>
	un diabète	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	10	<input type="checkbox"/>

Votre mode de vie

- | | | | | |
|----|---|--------------------|---|-----|
| 1. | Actuellement, fumez-vous du tabac ? | _ 0. non _ 1. oui | 1 | _ |
| | si oui, combien de cigarettes par jour ? | _ _ | 2 | _ _ |
| 2. | Actuellement combien de verres de boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs, digestifs, etc) buvez-vous en moyenne par jour ? | | | |
| | _ _ 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. | Avez-vous un siège auto pour votre enfant dans votre voiture ? | | | |
| | _ 0. non _ 1. oui _ 2. vous n'avez pas de voiture | | 7 | _ |
| | si oui, vous arrive-t-il, pour un <u>trajet court</u> , de ne pas mettre votre enfant dedans ? | | | |
| | _ 0. non _ 1. oui | | 8 | _ |

Votre comportement alimentaire

1. A table, je prends délibérément de petites parts comme moyen de contrôler mon poids.

☐1. entièrement vrai
☐2. assez vrai
☐3. assez faux
☐4. complètement faux

1 ☐

2. Quand je me sens anxieux, je me surprends à manger.

☐1. entièrement vrai
☐2. assez vrai
☐3. assez faux
☐4. complètement faux

2 ☐

3. Parfois, lorsque je commence à manger, j'ai l'impression que je ne vais pas pouvoir m'arrêter.

☐1. entièrement vrai
☐2. assez vrai
☐3. assez faux
☐4. complètement faux

3 ☐

4. Quand j'ai le cafard, il m'arrive souvent de manger trop

☐1. entièrement vrai
☐2. assez vrai
☐3. assez faux
☐4. complètement faux

4 ☐

5. J'évite de manger certains aliments car ils me font grossir.

☐1. entièrement vrai
☐2. assez vrai
☐3. assez faux
☐4. complètement faux

5 ☐

6. Lorsque je suis avec quelqu'un qui mange, cela me donne souvent assez faim pour manger aussi.

☐1. entièrement vrai
☐2. assez vrai
☐3. assez faux
☐4. complètement faux

6 ☐

7. Quand je me sens tendu ou crispé, je ressens souvent le besoin de manger

☐1. entièrement vrai
☐2. assez vrai
☐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 seul, 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 nerveux, j'essaie de me calmer en mangeant.	
<input type="checkbox"/> 1. entièrement vrai	
<input type="checkbox"/> 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 obligé de manger tout de suite.
- ☐1. entièrement vrai
- ☐2. assez vrai
- ☐3. assez faux
- ☐4. complètement faux
- 15 ☐
16. Quand je me sens déprimé, 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		
---	---	---	---	---	---	---	---	----	--	--

- | | | | | |
|-----|---|---|----|--------------------------|
| 22. | Depuis que votre enfant a eu un an, vous est-il arrivé un événement particulièrement difficile ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 22 | <input type="checkbox"/> |
| | si oui, lequel : | | | |
| 23. | Depuis que votre enfant a eu un an, vous est-il arrivé un événement particulièrement heureux ou positif ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 23 | <input type="checkbox"/> |
| | si oui, lequel : | | | |

Merci beaucoup d'avoir rempli ce questionnaire