

N° d'Identification : |_|_|_|_|_|

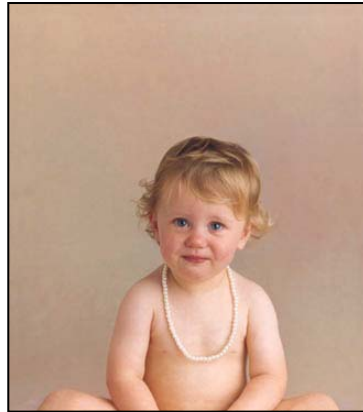


Etude des Déterminants pré et post natus
EDEN
du développement et de la santé de l'ENfant

Inserm
Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Maternité de Nancy



Auto-questionnaire EDEN

Votre enfant à 3 ans



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*

La croissance de votre enfant depuis l'âge de 2 ans

Merci de reporter les mesures du poids, de la taille et du périmètre crânien de votre enfant qui ont été notées dans son carnet de santé depuis l'âge de 2 ans (si plus de 4 mesures ont été notées, choisir la dernière mesure de chaque trimestre)

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

Le suivi médical de votre enfant depuis l'âge de 2 ans

(Répondez avec l'aide du carnet de santé)

1. Votre enfant a-t-il été hospitalisé depuis l'âge de 2 ans (y compris les hospitalisations de jour) ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 1 ☐
 si oui, . combien de fois ? ☐ ☐ 2 ☐ ☐
 . combien de jours au total ? ☐ ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐
 indiquez la ou les raison(s) de son ou (de ses) hospitalisation(s) : Code CIM
 4 ☐ ☐ ☐ ☐
 5 ☐ ☐ ☐ ☐
 6 ☐ ☐ ☐ ☐

Les consultations pour votre enfant en dehors des hospitalisations :

2. Depuis l'âge de 2 ans, avez-vous consulté pour votre enfant aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 7 ☐
 si oui, combien de fois ? ☐ ☐ 8 ☐ ☐
3. Depuis l'âge de 2 ans, avez-vous appelé un service d'urgences du type SOS médecin, pour votre enfant ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 9 ☐
 si oui, combien de fois ? ☐ ☐ 10 ☐ ☐
4. Depuis l'âge de 2 ans, avez-vous consulté pour votre enfant en PMI ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 11 ☐
 si oui, combien de fois ? ☐ ☐ 12 ☐ ☐
5. Depuis l'âge de 2 ans, avez-vous consulté un généraliste pour votre enfant ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 13 ☐
 si oui, combien de fois ? ☐ ☐ 14 ☐ ☐
6. Depuis l'âge de 2 ans, avez-vous consulté un homéopathe pour votre enfant ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 15 ☐
 si oui, combien de fois ? ☐ ☐ 16 ☐ ☐
7. Depuis l'âge de 2 ans, avez-vous consulté un ostéopathe pour votre enfant ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 17 ☐
 si oui, combien de fois ? ☐ ☐ 18 ☐ ☐
8. Depuis l'âge de 2 ans, avez-vous consulté un acupuncteur pour votre enfant ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 19 ☐
 si oui, combien de fois ? ☐ ☐ 20 ☐ ☐
9. Depuis l'âge de 2 ans, avez-vous consulté un pédiatre (à son cabinet ou à l'hôpital) pour votre enfant ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 21 ☐
 si oui, combien de fois ? ☐ ☐ 22 ☐ ☐

10.	<u>Depuis l'âge de 2 ans</u> , avez-vous consulté un autre médecin spécialiste (à son cabinet ou à l'hôpital) pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	23	<input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.	<u>Depuis sa naissance</u> , avez-vous consulté un psychologue ou psychiatre pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	25	<input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	pour quels motifs :			
	- à cause de difficultés de votre enfant (sommeil, alimentation, comportement)	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	27	<input type="checkbox"/>
	- pour faire des tests	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	28	<input type="checkbox"/>
	- pour une autre raison	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	29	<input type="checkbox"/>
12.	<u>Depuis sa naissance</u> , votre enfant a-t-il eu de la kinésithérapie ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30	<input type="checkbox"/>
	si oui, . kinésithérapie motrice	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	31	<input type="checkbox"/>
	. kinésithérapie respiratoire	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	32	<input type="checkbox"/>
13.	A-t-il/elle eu une rééducation orthophonique ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	33	<input type="checkbox"/>
La vision et l'audition de votre enfant				
14.	Une anomalie de la vision a-t-elle été recherchée chez votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	34	<input type="checkbox"/>
15.	Votre enfant a-t-il/elle des problèmes de vue suivant ?			
	. strabisme	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	35	<input type="checkbox"/>
	. myopie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	36	<input type="checkbox"/>
	. hypermétropie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	37	<input type="checkbox"/>
	. astigmatisme	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	38	<input type="checkbox"/>
	. autre	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	39	<input type="checkbox"/>
	si autre, précisez :			
16.	Est-ce qu'on lui a prescrit de lunettes ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	40	<input type="checkbox"/>
	Si oui, les porte-t-il régulièrement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	41	<input type="checkbox"/>
17.	A-t-il/elle eu(e) une rééducation orthoptique (rééducation des yeux) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	42	<input type="checkbox"/>
18.	Votre enfant a-t-il/elle des problèmes d'audition ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	43	<input type="checkbox"/>
	si oui, lesquels ?		44	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			45	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.	A-t-il/elle un appareil pour mieux entendre ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	46	<input type="checkbox"/>

Code CIM

La santé de votre enfant

Depuis l'âge de 2 ans, votre enfant a-t-il présenté l'un des problèmes de santé suivants :

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|----|---|
| 1. | Otite : | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 1 | \|_\| |
| | si oui, . combien de fois ? | \|_\|1 fois \|_\|2 fois \|_\|3 fois ou + | 2 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 3 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 4 | \|_\| |
| 2. | Bronchiolite ou bronchite : | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 5 | \|_\| |
| | si oui, . combien de fois ? | \|_\|1 fois \|_\|2 fois \|_\|3 fois ou + | 6 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 7 | \|_\| |
| | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? | \|_\|0. non \|_\|1. oui | 8 | \|_\| |
| 3. | <u>Depuis l'âge de 2 ans</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...) ? | | 9 | \|_\| |
| | 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 ? | | 10 | \|_\| |
| 4. | <u>Depuis l'âge de 2 ans</u> , votre enfant a-t-il eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque ? | | 11 | \|_\| |
| Si vous avez répondu NON passez directement à la question 7 | | | | |
| 5. | Combien de fois a-t-il eu des crises de sifflements? | | | |
|  | \|_\|1 | 1 à 3 fois | | |
|  | \|_\|2 | 4 à 12 fois | | |
|  | \|_\|3 | plus de 12 fois | 12 | \|_\| |
| 6. | Combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements l'ont-il réveillé la nuit ? | | | |
|  | \|_\|0 | jamais réveillé avec des sifflements | | |
|  | \|_\|1 | moins d'une nuit par semaine | | |
|  | \|_\|2 | une ou plusieurs nuits par semaine | 13 | \|_\| |

7.	<u>Depuis l'âge de 2 ans</u> , votre enfant a-t-il eu une crise d'asthme?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	14	<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	15	<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	16	<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	17	<input type="checkbox"/>
8.	Votre enfant a-t-il déjà eu un diagnostic médical d'asthme ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1 ou	18	<input type="checkbox"/>
9.	<u>Depuis l'âge de 2 ans</u> , 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	19	<input type="checkbox"/>
<p align="center">Si vous avez répondu NON passez directement à la question 13 (sur l'intolérance au lait)</p>				
10.	Cette éruption qui démange a-t-elle, touché <u>l'une des zones</u> 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	20	<input type="checkbox"/>
11.	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	21	<input type="checkbox"/>
12.	Votre enfant a-t-il déjà eu un diagnostic médical d'eczéma ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1 oui	22	<input type="checkbox"/>
13.	Votre enfant a-t-il déjà eu un diagnostic médical d'intolérance au lait ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	23	<input type="checkbox"/>
	si oui, s'agissait-il d'intolérance :			
	. aux protéines de lait de vache :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	24	<input type="checkbox"/>
	. au lactose :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	25	<input type="checkbox"/>
14.	<u>Depuis l'âge de 2 ans</u> , 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	26	<input type="checkbox"/>
	si oui, . pour quel aliment ?	.....		.....
	. quelle réaction ?	.....		.....
	. combien de temps après l'ingestion ?	<input type="text"/> h <input type="text"/> mn	27	<input type="text"/> <input type="text"/>

15.	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	28	<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	29	<input type="checkbox"/>		
16.	Depuis l'âge de 2 ans, 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	30	<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"/>	31	<input type="checkbox"/>
	- gonflement du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>
	- urticaire généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>
	- vomissements ou diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>
	- étouffement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>
	- malaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>
	- perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>
	- oedème de Quincke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>
17.	Depuis l'âge de 2 ans, 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	39	<input type="checkbox"/>		
	si oui, précisez le(s) type(s) d'accident(s) (cochez les cases correspondantes) :				
	. chute avec traumatisme crânien	<input type="checkbox"/>		40	<input type="checkbox"/>
	. chute avec fracture	<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 ou ces accident (s), 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"/>		
18.	Votre enfant a-t-il été opéré des végétations ?				
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	48	<input type="checkbox"/>		

19.	<u>Depuis l'âge de 2 ans</u> , si votre enfant a ou a eu, d'autre(s) problème(s) de santé que ceux des questions précédentes (1 à 17) qui ont nécessité une consultation médicale, merci de les lister ci-dessous : (en dehors des rhinopharyngites ou rhumes, vous pouvez vous aider de son carnet de santé) :		Code CIM
	.....	49	|_|_|_|_|
	.....	50	|_|_|_|_|
	.....	51	|_|_|_|_|
	.....	52	|_|_|_|_|
	.....	53	|_|_|_|_|
20.	<u>Depuis l'âge de 2 ans</u> , votre enfant a-t-il pris : un traitement antibiotique (par injection ou par la bouche) ?		
	|_|0. non |_|1. oui	54	|_|
	si oui, combien de fois ? |_|1 fois |_|2 fois |_|3 fois ou +	55	|_|
21.	<u>Depuis l'âge de 2 ans</u> , avez-vous donné à votre enfant des vitamines ou des minéraux ?		
	. Vitamine D (Stérogyl, Zyma D2, ZymaDuo, Uvestérol, Uvédose, ...) :		
	|_|0. non |_|1. oui |_|2. ne sait pas	56	|_|
	. Fer (Fumafer, Ferrostrane, ...) :		
	|_|0. non |_|1. oui |_|2. ne sait pas	57	|_|
22.	Votre enfant est-il déjà allé chez le dentiste ? |_|0. non |_|1. oui		58 |_|
	si oui, pour quelle(s) raison(s) ?		
	|_|1. contrôle		
	|_|2. douleur		
	|_|3. traumatisme		
	|_|4. carie		
	|_|5. autre : précisez :		59 |_| |_| |_|
23.	Votre enfant a-t-il eu un ou plusieurs traumatisme(s) sur ses dents ?		
	|_|0. non |_|1. oui		60 |_|
24.	Votre enfant a-t-il mal aux dents ?		
	|_|1. en permanence		
	|_|2. souvent		
	|_|3. parfois		
	|_|4. jamais		61 |_|
25.	Votre enfant a-t-il des caries, des trous dans les dents, ses dents sont-elles noires ou abîmées ?		
	|_|0. non |_|1. oui |_|2. ne sait pas		62 |_|
26.	A-t-on extrait ou "arrachées" des dents à votre enfant ?		
	|_|0. non |_|1. oui		63 |_|
	si oui, . combien de dents ? |_|_|		64 |_|
	. pour quelle(s) raison(s) : |_|1. un traumatisme		65 |_|
	|_|2. une carie		66 |_|
	|_|3. autre, précisez :		67 |_|

27.	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	68	<input type="checkbox"/>
	Le brossage est-il fait		
	<input type="checkbox"/> 1. par l'enfant		
	<input type="checkbox"/> 2. par un adulte		
	<input type="checkbox"/> 3. par les deux	69	<input type="checkbox"/>
	Le brossage est-il fait avec du dentifrice ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	70 <input type="checkbox"/>
28.	Votre enfant boit-il autre chose que de l'eau tout au long de la nuit ou pendant la sieste (ex : biberon rempli de lait, de jus d'orange, eau sucrée, etc.) ou sa tétine est-elle trempée dans autre chose que de l'eau (ex : sucre, miel, etc...) ?		
	<input type="checkbox"/> 1. toujours		
	<input type="checkbox"/> 2. souvent		
	<input type="checkbox"/> 3. de temps en temps		
	<input type="checkbox"/> 4. jamais	71	<input type="checkbox"/>
	si oui, précisez le type d'aliments ou de boissons :		
		
29.	En dehors des repas ou du goûter, votre enfant mange-t-il des bonbons ou des gâteaux, ou boit-il autre chose que de l'eau (ex : sodas, jus d'orange, etc...) ?		
	<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	72	<input type="checkbox"/>
30.	Vous a-t-on déjà parlé du Fluor :		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui
	si oui, qui vous en a parlé pour la 1 ^{ère} fois ?		
	<input type="checkbox"/> 1. le gynécologue-obstétricien		
	<input type="checkbox"/> 2. la sage-femme		
	<input type="checkbox"/> 3. le pédiatre		
	<input type="checkbox"/> 4. un autre médecin		
	<input type="checkbox"/> 5. le chirurgien-dentiste		
	<input type="checkbox"/> 6. autre, précisez :	74	<input type="checkbox"/>
31.	Avez-vous pris du Fluor pendant la grossesse ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	75 <input type="checkbox"/>

32.	Avez-vous déjà donné des gouttes ou des comprimés de Fluor à votre enfant ?	|_|0. non |_|1. oui	76 |_|
	si oui, qui a fait la prescription la 1 ^{ère} fois ?		
	|_|1. le pédiatre		
	|_|2. un autre médecin		
	|_|3. le chirurgien-dentiste		
	|_|4. autre, précisez :		77 |_|
	A quel âge a-t-il commencé ?	|_| ans |_|_| mois	78 |_| |_|
	En prend-il toujours ?	|_|0. non |_|1. oui	79 |_|
	S'il n'en prend plus, à quel âge a-t-il arrêté ?	|_| ans |_|_| mois	80 |_| |_|
33.	Pensez-vous que votre enfant est actuellement :		
	|_|1. beaucoup plus maigre que la moyenne		
	|_|2. un peu plus maigre que la moyenne		
	|_|3. un peu plus gros que la moyenne		
	|_|4. beaucoup plus gros que la moyenne		
	|_|5. ni plus gros, ni plus maigre que la moyenne		81 |_|
34.	Dans l'ensemble, considérez-vous la santé de votre enfant comme :		
	|_|1. excellente		
	|_|2. bonne		
	|_|3. moyenne		
	|_|4. mauvaise		82 |_|
35	Dans l'ensemble, considérez-vous le développement (éveil, progrès, langage) de votre enfant comme :		
	|_|1. en avance		
	|_|2. normal		
	|_|3. un peu en retard		
	|_|4. très en retard		83 |_|

Questionnaire sur les étapes du développement : Evaluation de l'enfant par les parents*.

Deuxième édition par Diane Bricker et Jane Squires avec la collaboration de Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twonbly et Jane Farrell.

Traduction et adaptation par Marthe Bonin, Philippe Robaey, Sylvie Vandaele, Georges L. Bastin et Véronique Lacroix,

Avec le soutien de la Fondation Invest in Kids.

Copyright © 2000 par Paul H. Brookes Publishing Co.

Vous trouverez dans les pages suivantes des questions portant sur les activités des enfants provenant d'un questionnaire standard.

Votre petite fille ou votre petit garçon est en mesure d'en exécuter un certain nombre ; par contre, il y en a d'autres que votre enfant n'a pas encore réalisées. A chaque question, veuillez cocher la case appropriée, selon que votre enfant fait l'activité souvent, parfois ou pas encore.

Voici quelques points importants à retenir :

Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant avant de cocher la case appropriée.

Essayez de faire du questionnaire un jeu amusant pour vous et pour votre enfant.

Assurez-vous que votre enfant est reposé, nourri et prêt à jouer.

Merci de répondre à toutes les questions.

OUI PARFOIS PAS ENCORE

COMMUNICATION *Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.*

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1. Quand vous demandez à votre enfant de montrer le nez, les yeux, les cheveux, les pieds, les oreilles et ainsi de suite, le fait-il/elle correctement pour au moins sept parties du corps (le sien, le vôtre ou celui d'une poupée) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> |
| 2. Votre enfant fait-il/elle des phrases de trois ou quatre mots ? Veuillez donner un exemple : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | |
| 3. Sans que vous l'aidiez en montrant du doigt ou en faisant des gestes, demandez à votre enfant, « Mets le livre <i>sur</i> la table » et « Mets la chaussure <i>sous</i> la chaise ». Suit-il/elle ces directives correctement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> |
| 4. Lorsqu'il/elle regarde un livre d'images, votre enfant vous explique-t-il/elle l'action ou l'événement qui est illustré par l'image ? (Par exemple, « japper », « courir », « manger », « pleurer »). Vous pouvez lui demander, « Que fait le chien (ou l'enfant) ? ». | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |
| 5. Montrez à votre enfant comment fonctionne une fermeture éclair et dites-lui, « Regarde, ça monte et ça descend ! ». Placez la fermeture éclair à mi-hauteur et demandez à votre enfant de la <i>descendre</i> . Remplacez-la à mi-hauteur et demandez-lui de la <i>monter</i> . Répétez cela plusieurs fois. Votre enfant réussit-il/elle à monter ou descendre la fermeture éclair quand vous lui dites de la monter ou de la descendre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> |
| 6. Lorsque vous demandez à votre enfant, « Comment t'appelles-tu ? », répond-il/elle en disant son prénom et son nom de famille ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. <input type="checkbox"/> |

*Translated from the English : Ages & Stages Questionnaires : A parent-Completed Child-Monitoring System, Second Editions, Bricker et al. Copyright © 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.

OUI PARFOIS PAS ENCORE


1. Sans recourir à aucun soutien, votre enfant donne-t-il/elle un coup de pied dans un ballon en lançant la jambe vers l'avant ?

☐
☐
☐

 7. ☐


2. Votre enfant saute-t-il/elle à pieds joints (en levant les deux pieds en même temps) ?

☐
☐
☐

 8. ☐


3. Votre enfant monte-t-il/elle des escaliers en posant un pied sur chaque marche, c'est-à-dire le pied gauche sur une marche et le pied droit sur la suivante ? Il/elle peut se tenir à la rampe ou au mur. (Vous pouvez essayer cette activité dans un magasin, au terrain de jeux ou à la maison).

☐
☐
☐

 9. ☐


4. Votre enfant se tient-il/elle sur un seul pied pendant environ 1 seconde sans se tenir à aucun support ?

☐
☐
☐

 10. ☐


5. En se tenant debout, votre enfant lance-t-il/elle une balle en levant le bras ? (Laisser tomber la balle ou la lancer sans lever le bras ne compte pas).

☐
☐
☐

 11. ☐


6. Votre enfant saute-t-il/elle vers l'avant sur une distance d'au moins 15 cm, les deux pieds quittant le sol en même temps ?

☐
☐
☐

 12. ☐

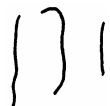
MOTRICITÉ FINE Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.

OUI PARFOIS PAS ENCORE

1. Une fois que votre enfant vous a vu tracer une ligne de haut en bas sur une feuille de papier avec un crayon, demandez-lui de faire la même chose. Ne le laissez pas tracer sa ligne par-dessus la vôtre. Votre enfant vous imite-t-il/elle et dessine-t-il/elle une ligne verticale ?

☐ ☐ ☐

13. ☐



Cochez « oui »



Cochez « pas encore »

2. Votre enfant enfle-t-il/elle une perle ou passe-t-il/elle un lacet dans l'œillet d'un soulier ?



☐ ☐ ☐

14. ☐

3. Une fois que votre enfant vous a vu tracer un cercle, demandez-lui de faire la même chose. Ne le laissez pas dessiner son cercle par-dessus le vôtre. Votre enfant vous imite-t-il/elle et trace-t-il/elle un cercle ?

☐ ☐ ☐

15. ☐



Cochez « pas encore »

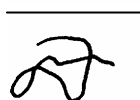


Cochez « oui »

4. Une fois que votre enfant vous a vu tracer une ligne horizontale d'un bord à l'autre d'une feuille de papier avec un crayon, demandez-lui de faire la même chose. Ne le laissez pas tracer sa ligne par-dessus la vôtre. Votre enfant vous imite-t-il/elle et dessine-t-il/elle une ligne horizontale ?



Cochez « oui »



Cochez « pas encore »

☐ ☐ ☐

16. ☐

5. Votre enfant essaie-t-il/elle de couper du papier avec des ciseaux pour enfants ? Il n'est pas nécessaire qu'il/elle arrive à couper le papier, mais il/elle doit pouvoir ouvrir et fermer les ciseaux tout en tenant le papier avec l'autre main. (Vous pouvez lui montrer comment utiliser les ciseaux).

☐ ☐ ☐

17. ☐



6. Lorsque votre enfant dessine, tient-il/elle son crayon entre le pouce et les autres doigts comme le fait un adulte ?

☐ ☐ ☐

18. ☐

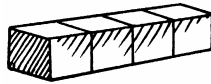


Questionnaire sur les étapes du développement, 2^e édition, Bricker et coll.

Copyright © 2000 par Paul H. Brookes Publishing Co.

RÉSOLUTION DE PROBLÈMES Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.

1. Sous les yeux de votre enfant, alignez et mettez côte à côte quatre objets (cubes ou petites voitures). Votre enfant vous imite-t-il/elle et fait-il/elle la même chose avec au moins *quatre* objets identiques ? (Vous pouvez utiliser aussi des bobines de fil, des petites boîtes ou d'autres jouets).



|_| |_| |_| 19. |_|

2. Si votre enfant veut quelque chose qu'il/elle ne peut pas atteindre, va-t-il/elle chercher une chaise ou une boîte et monter dessus pour attraper ce qu'il/elle désire ?

|_| |_| |_| 20. |_|

3. Lorsque vous lui montrez le dessin d'un personnage et que vous lui demandez, «Qu'est-ce que c'est ?», votre enfant répond-il/elle avec un mot qui désigne une personne ? Des réponses comme «bonhomme de neige», «garçon», «homme», «fille» et «papa» sont correctes. Veuillez écrire la réponse de votre enfant ci-dessous.

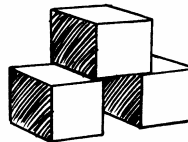


|_| |_| |_|

4. Lorsque vous dites, «Dis: sept, trois !», votre enfant répète-t-il/elle ces deux *seuls* chiffres dans le bon ordre ? *Ne répétez pas les chiffres*. Si nécessaire, essayez avec deux autres chiffres et dites, par exemple, «Dis: huit, deux !». Il suffit qu'il/elle répète correctement une seule série de deux chiffres pour que vous répondiez «oui» à la question.

|_| |_| |_| 22. |_|

5. Montrez à votre enfant comment construire un pont avec des cubes, des boîtes de conserve comme le montre l'exemple ci-contre. Votre enfant vous imite-t-il/elle en faisant un pont semblable au vôtre ?



|_| |_| |_| 23. |_|

6. Lorsque vous dites, «Dis: cinq, huit, trois!», votre enfant répète-t-il/elle ces trois *seuls* chiffres dans le bon ordre ? *Ne répétez pas les chiffres*. Si nécessaire, essayez avec une autre succession de chiffres et dites, par exemple, « Dis : six, neuf, deux ! ». Il suffit qu'il/elle répète correctement une seule série de trois chiffres pour que vous répondiez « oui » à la question.

|_| |_| |_| 24. |_|

APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES

Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant

1. Votre enfant mange-t-il/elle avec une cuillère sans trop renverser de nourriture ?

|_| |_| |_| 25. |_|

2. Votre enfant pousse-t-il/elle une poussette ou une voiturette ou un petit chariot de supermarché, contourne-t-il/elle les obstacles rencontrés et recule-t-il/elle avec la poussette s'il/elle ne peut pas tourner dans un coin ?

|_| |_| |_| 26. |_|

Questionnaire sur les étapes du développement, 2^e édition, Bricker et coll.

Copyright © 2000 par Paul H. Brookes Publishing Co.

APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES (suite)

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
3. Lorsque votre enfant se regarde dans un miroir et que vous lui demandez, «Qui est dans le miroir?», répond-il/elle en disant « moi » ou en prononçant son nom ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>
4. Votre enfant met-il/elle tout seul un manteau, une veste ou une chemise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/>
5. Si vous demandez à votre enfant dans les termes suivants « Est-ce que tu es une fille ou un garçon ? », vous répond-il/elle correctement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>
6. Au cours d'une activité où chacun doit attendre son tour, votre enfant attend-il/elle qu'un autre enfant ou qu'un adulte ait terminé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>

Questionnaire sur les étapes du développement, 2^e édition, Bricker et coll.
Copyright © 2000 par Paul H. Brookes Publishing Co.

Le comportement de votre enfant dans les 6 derniers mois

Pour chaque question entourez la réponse qui correspond le mieux à votre enfant :
 1 = Non pas vrai, 2 = Parfois ou un peu vrai ou 3 = Oui très vrai. Cela nous aiderait si vous répondiez à chaque question du mieux que vous pouvez, même si vous n'êtes pas absolument sûre ou si la question vous paraît inadéquate. Répondez en vous basant sur le comportement de votre enfant au cours des six derniers mois.

- | | | | |
|----|--|---------------|-------|
| 1. | Attentif aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 1 \|__\| |
| 2. | Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 2 \|__\| |
| 3. | Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 3 \|__\| |
| 4. | Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.) | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 4 \|__\| |
| 5. | Fait souvent des crises de colères, ou s'emporte facilement | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 5 \|__\| |
| 6. | Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e) | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 6 \|__\| |
| 7. | Est en général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes demandent | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 7 \|__\| |
| 8. | S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se) | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 8 \|__\| |
| 9. | Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 9 \|__\| |

10.	Ne tient pas en place ou se tortille constamment	1-----2-----3	
	non, parfois, ou oui,		
	pas vrai un peu vrai très vrai		10 |__|
11.	A au moins un(e) ami(e)	1-----2-----3	
	non, parfois, ou oui,		
	pas vrai un peu vrai très vrai		11 |__|
12.	Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise	1-----2-----3	
	non, parfois, ou oui,		
	pas vrai un peu vrai très vrai		12 |__|
13.	Souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent	1-----2-----3	
	non, parfois, ou oui,		
	pas vrai un peu vrai très vrai		13 |__|
14.	Généralement aimé(e) des autres enfants	1-----2-----3	
	non, parfois, ou oui,		
	pas vrai un peu vrai très vrai		14 |__|
15.	Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	1-----2-----3	
	non, parfois, ou oui,		
	pas vrai un peu vrai très vrai		15 |__|
16.	Anxieux ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens	1-----2-----3	
	non, parfois, ou oui,		
	pas vrai un peu vrai très vrai		16 |__|
17.	Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	1-----2-----3	
	non, parfois, ou oui,		
	pas vrai un peu vrai très vrai		17 |__|
18.	Souvent opposant(e) envers les adultes	1-----2-----3	
	non, parfois, ou oui,		
	pas vrai un peu vrai très vrai		18 |__|
19.	Harcelé ou tyrannisé(e) par les autres enfants	1-----2-----3	
	non, parfois, ou oui,		
	pas vrai un peu vrai très vrai		19 |__|

- | | | | |
|-----|---|---------------|--------|
| 20. | Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, maîtresse, autres enfants) | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 20 \|__\| |
| 21. | Peut s'arrêter et réfléchir avant d'agir | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 21 \|__\| |
| 22. | Peut être méchant(e) envers les autres | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 22 \|__\| |
| 23. | S'entend mieux avec les adultes qu'avec d'autres enfants | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 23 \|__\| |
| 24. | A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e) | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 24 \|__\| |
| 25. | Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention | 1-----2-----3 | |
| | non, parfois, ou oui, | | |
| | pas vrai un peu vrai très vrai | | 25 \|__\| |
| 26. | Votre enfant s'est-il réveillé la nuit au cours du dernier mois ? | | |
|  | \|__\|1. toutes les nuits ou presque | | |
|  | \|__\|2. souvent | | |
|  | \|__\|3. une nuit sur deux | | |
|  | \|__\|4. parfois | | |
|  | \|__\|5. jamais ou presque jamais | | 26 \|__\| |
| 27. | Au cours du dernier mois, quand vous couchez votre enfant le soir, a-t-il du mal à s'endormir ? | | |
|  | \|__\|1. tous les soirs ou presque tous les soirs | | |
|  | \|__\|2. souvent | | |
|  | \|__\|3. un soir sur deux | | |
|  | \|__\|4. parfois | | |
|  | \|__\|5. jamais ou presque jamais | | 27 \|__\| |

28.	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		28 <input type="checkbox"/>		
	précisez :					
29.	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	29 <input type="text"/> h <input type="text"/> m	
	<input type="checkbox"/>	ne se couche pas régulièrement à la même heure		30 <input type="checkbox"/>		
30.	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	31 <input type="text"/> h <input type="text"/> m	
	<input type="checkbox"/>	ne se réveille pas régulièrement à la même heure		32 <input type="checkbox"/>		
31.	Votre enfant fait-il régulièrement la sieste ?					
	<input type="checkbox"/> 0.	non		<input type="checkbox"/> 1. oui	33 <input type="checkbox"/>	
	si oui, quelle est la durée moyenne d'une sieste ?					
	<input type="text"/>	h	<input type="text"/> <input type="text"/>	mn	34 <input type="text"/> h <input type="text"/> m	
32.	Actuellement, combien de temps votre enfant passe-t-il habituellement à regarder la télévision, jouer à des jeux vidéos ou d'ordinateur ?					
	un jour de semaine	<input type="text"/> <input type="text"/>	heure(s)	<input type="text"/> <input type="text"/>	minute(s)	35 <input type="text"/> h <input type="text"/> m
	le mercredi	<input type="text"/> <input type="text"/>	heure(s)	<input type="text"/> <input type="text"/>	minute(s)	36 <input type="text"/> h <input type="text"/> m
	un jour de week-end	<input type="text"/> <input type="text"/>	heure(s)	<input type="text"/> <input type="text"/>	minute(s)	37 <input type="text"/> h <input type="text"/> m
33.	Actuellement, combien de temps votre enfant passe-t-il habituellement à jouer dehors (dans un jardin, un parc, une cour de récréation, ...)					
	un jour de semaine	<input type="text"/> <input type="text"/>	heure(s)	<input type="text"/> <input type="text"/>	minute(s)	38 <input type="text"/> h <input type="text"/> m
	le mercredi	<input type="text"/> <input type="text"/>	heure(s)	<input type="text"/> <input type="text"/>	minute(s)	39 <input type="text"/> h <input type="text"/> m
	un jour de week-end	<input type="text"/> <input type="text"/>	heure(s)	<input type="text"/> <input type="text"/>	minute(s)	40 <input type="text"/> h <input type="text"/> m
34.	Comparé à d'autres enfants du même âge, votre enfant est-il en général ?					
	<input type="checkbox"/> 1.	plus actif physiquement (court, remue beaucoup plus)				
	<input type="checkbox"/> 2.	aussi actif que les autres				
	<input type="checkbox"/> 3.	moins actif physiquement			41 <input type="checkbox"/>	
35.	Actuellement, dans une semaine habituelle, combien de temps votre enfant passe-t-il à <u>marcher</u> en promenade ou en trajet (pour se rendre à l'école, chez la nourrice, vous accompagner aux courses...) ?					
	un jour de semaine	<input type="text"/> <input type="text"/>	heure(s)	<input type="text"/> <input type="text"/>	minute(s)	42 <input type="text"/> h <input type="text"/> m
	le mercredi	<input type="text"/> <input type="text"/>	heure(s)	<input type="text"/> <input type="text"/>	minute(s)	43 <input type="text"/> h <input type="text"/> m
	un jour de week-end	<input type="text"/> <input type="text"/>	heure(s)	<input type="text"/> <input type="text"/>	minute(s)	44 <input type="text"/> h <input type="text"/> m

36.	Quelle est la surface habitable de votre logement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m ²	45	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	De combien de pièce est-il composé (en dehors de la cuisine et des sanitaires) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	46	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
37.	Votre résidence dispose-t-elle d'un jardin dans lequel votre enfant peut jouer ?	<input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui	47	<input type="text"/>
38.	Y a-t-il un parc facilement accessible de votre domicile où votre enfant peut jouer ?	<input type="text"/> 0. non <input type="text"/> 1. oui	48	<input type="text"/>
39.	Vous arrive-t-il de devoir limiter les jeux actifs de votre enfant, pour ne pas gêner les voisins ou les autres membres de la famille ? <input type="text"/> 0. jamais <input type="text"/> 1. parfois <input type="text"/> 1. souvent		49	<input type="text"/>
40.	Votre enfant fréquente-t-il la piscine ? <input type="text"/> 0. jamais <input type="text"/> 1. moins d'une fois par mois <input type="text"/> 2. au moins une fois par mois <input type="text"/> 3. entre 1 à 3 fois par mois <input type="text"/> 4. au moins une fois par semaine		50	<input type="text"/>
41.	Actuellement, au cours d'une semaine habituelle :			
	. Combien de bains votre enfant prend-t-il pour se laver?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	51	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. Quelle est la durée moyenne d'un bain ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minutes	52	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. Combien de douches votre enfant prend-il pour se laver?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	53	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. Quelle est la durée moyenne de la douche ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minutes	54	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

L'environnement de votre enfant

Si vous avez déménagé depuis le deuxième anniversaire de votre enfant, répondez aux questions suivantes sinon, passez à la **question 4**

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. Quel est votre mode **principal** de chauffage ? (une seule réponse)

- ☐|1 chauffage collectif (gaz, fioul ou autre)
☐|2 chauffage individuel au gaz
☐|3 chauffage individuel électrique
☐|4 chauffage individuel au fioul
☐|5 chauffage individuel au bois
☐|6 énergie solaire
☐|7 autre type de chauffage individuel
précisez :
☐|8 autre
précisez :

4 ☐|

4. Dans une semaine habituelle, combien de jours votre enfant EDEN habite-t-il dans votre logement ? ☐|

5 ☐|

5. Actuellement, habitez-vous à moins de 200 mètres d'une route avec trafic important ? ☐|0. non ☐|1. oui ☐|2. ne sait pas

6 ☐|

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

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

7 ☐|

si oui, route nationale RN ☐|

8 ☐|

. d'une autoroute ☐|0. non ☐|1. oui

9 ☐|

si oui, autoroute A ☐|

10 ☐|

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

11 ☐|

. autre, ☐|0. non ☐|1. oui

12 ☐|

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

13 ☐|

. 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		14 |_|
5.	Actuellement, avez-vous des problèmes d'humidité ou de condensation dans votre logement (pièces non habitées du grenier et du sous-sol exclues) ?	
	|_|0 jamais	
	|_|1 oui, rarement	
	|_|2 oui, quelquefois	
	|_|3 oui, souvent	
	|_|4 oui, en permanence	
	|_|5 ne sait pas	15 |_|
	si oui, dans quelles pièces rencontrez-vous souvent des problèmes d'humidité ou de condensation ?	
	cuisine |_|0. non |_|1. oui	16 |_|
	salle de bain |_|0. non |_|1. oui	17 |_|
	toilettes séparées |_|0. non |_|1. oui	18 |_|
	couloir |_|0. non |_|1. oui	19 |_|
	salon/living |_|0. non |_|1. oui	20 |_|
	votre chambre à coucher |_|0. non |_|1. oui	21 |_|
	chambre de votre enfant |_|0. non |_|1. oui	22 |_|
6.	Actuellement, avez-vous des moisissures visibles dans votre logement ?	
	|_|0 ne sait pas	
	|_|1 jamais/non	
	|_|2 oui, rarement	
	|_|3 oui, quelquefois	
	|_|4 oui, souvent	
	|_|5 oui, en permanence	23 |_|
	si oui, dans quelles pièces avez-vous déjà trouvé des traces de moisissures visibles ?	
	cuisine |_|0. non |_|1. oui	24 |_|
	salle de bain |_|0. non |_|1. oui	25 |_|
	toilettes séparées |_|0. non |_|1. oui	26 |_|
	couloir |_|0. non |_|1. oui	27 |_|
	salon/living |_|0. non |_|1. oui	28 |_|
	votre chambre à coucher |_|0. non |_|1. oui	29 |_|
	chambre de votre enfant |_|0. non |_|1. oui	30 |_|
7.	Dans votre logement, la peinture s'écaille-t-elle ? |_|0. non |_|1. oui	31 |_|

8.	Depuis que votre enfant a 2 ans, avez-vous fait des travaux dans votre logement ?				|__|0. non |__|1. oui	32	|__|
	si oui,						
	- destruction de cloisons :				|__|0. non |__|1. oui	33	|__|
	- avez-vous réalisé ou fait réaliser des constructions ou aménagement ayant entraîné des manipulations : <i>(cochez les cases correspondantes)</i>						
	. de colles :				|__|0. non |__|1. oui	34	|__|
	si oui, de quel(s) type(s) de colle(s) s'agit-il ?						
	. pour papiers peints :				|__|	35	|__|
	. de revêtements de sols :				|__|	36	|__|
	. de carrelages :				|__|	37	|__|
	. de colles à bois :				|__|	38	|__|
	. de peintures :				|__|0. non |__|1. oui	39	|__|
	si oui, de quel(s) type(s) de peinture(s) s'agit-il ?						
	. acryliques (solubles à l'eau) :				|__|	40	|__|
	. glycérophthaliques (solubles en solvants organiques) :				|__|	41	|__|
	. ne connaît pas le type de peinture :				|__|	42	|__|
9.	En pensant à ces 12 derniers mois, <u>quels sont les produits</u> parmi les suivants que vous avez utilisés lorsque votre enfant était à la maison ?						
	<i>Pour chaque produit, entourer le chiffre correspondant à la fréquence d'utilisation</i>						
	Désinfectant						
	1-----	2-----	3-----	4-----	5-----		
	Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	43	|__|
	Eau de javel						
	1-----	2-----	3-----	4-----	5-----		
	Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	44	|__|
	Produit pour nettoyer les vitres						
	1-----	2-----	3-----	4-----	5-----		
	Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	45	|__|
	Produit pour nettoyer le carrelage et le sol						
	1-----	2-----	3-----	4-----	5-----		
	Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	46	|__|
	Produit pour nettoyer les toilettes						
	1-----	2-----	3-----	4-----	5-----		
	Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	47	|__|
	Produit pour nettoyer la moquette et les tapis						
	1-----	2-----	3-----	4-----	5-----		
	Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	48	|__|

Produit pour nettoyer les métaux

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	49	|__|

Produit pour nettoyer le four

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	50	|__|

Produit pour nettoyer les vêtements à sec

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	51	|__|

Peinture ou vernis

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	52	|__|

« White spirit »

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	53	|__|

Insecticides

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	54	|__|

Pesticides (pour les plantes...)

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	55	|__|

Sprays ou aérosols

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	56	|__|

Produits pour colorer et décolorer les cheveux

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	57	|__|

Produit pour parfumer l'air (toilettes, cuisine...)

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	58	|__|

Autre, (préciser) :

1-----2-----3-----4-----5						
Tous les jours	La plupart des jours	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	59	|__|

10. Votre logement est-il exposé aux bruits suivants ?

Entourer le chiffre correspondant à votre réponse pour chaque bruit

Voisinage (bars, discothèques, restaurant, voisins bruyants)

1-----2-----3-----4-----5
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Enormément 60 |__|

Trafic routier

1-----2-----3-----4-----5
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Enormément 61 |__|

Bruit d'avions

1-----2-----3-----4-----5
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Enormément 62 |__|

Bruit de trains

1-----2-----3-----4-----5
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Enormément 63 |__|

Autre, (préciser) :

1-----2-----3-----4-----5
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Enormément 64 |__|

11. Depuis que votre enfant a 2 ans, y a-t-il eu des changements dans la chambre et/ou la literie dans laquelle votre enfant dort le plus longtemps?

|__|0. non |__|1. oui 65 |__|

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 : (Plusieurs réponses sont possibles)

une moquette ou des tapis |__|0. non |__|1. oui 66 |__|

des doubles vitrages |__|0. non |__|1. oui 67 |__|

doubles rideaux ou tissus aux murs |__|0. non |__|1. oui 68 |__|

le matelas sur lequel votre enfant dort est :

|__|1. neuf (acheté il y a moins d'1 an)

|__|2. acheté entre il y a 1 à 3 ans

|__|3. acheté il y a plus de 3 ans

|__|4. je ne sais pas 69 |__|

quel type d'oreiller ou de traversin a votre enfant ?

|__|1. synthétique

|__|2. duvet ou plumes

|__|3. laine

|__|4. autre

|__|5. n'utilise pas d'oreiller 70 |__|

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	71 <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	72 <input type="checkbox"/>
12.	<u>Depuis que votre enfant a 2 ans</u> , un nouvel animal est-il arrivé au domicile ?	
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	73 <input type="checkbox"/>
	si oui, quel animal ?	
<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"/>
	. laissez-vous le ou les animaux rentrer dans la chambre à coucher de votre enfant ?	
	<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.	chat	81 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2.	chien	82 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3.	rongeur	83 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4.	oiseaux	84 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5.	animaux de la ferme	85 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6.	autre(s)	86 <input type="checkbox"/>
13.	<u>Depuis l'âge de 2 ans</u> , est-ce que votre enfant a été, au moins 1 fois par semaine, en contact avec un ou plusieurs animaux à l' <u>extérieur</u> de votre logement (chez la nourrice, grands-parents...) ?	
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	87 <input type="checkbox"/>
	si oui, cochez la (les) case(s) correspondante(s),	
<input type="checkbox"/> 1.	chat	88 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2.	chien	89 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3.	rongeur	90 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4.	oiseaux	91 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5.	animaux de la ferme	92 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6.	autre(s)	93 <input type="checkbox"/>

14.	<u>Depuis l'âge de 2 ans, est-ce que votre enfant a séjourné, dans, au moins 1 mois d'affilée à la campagne en présence d'animaux de la ferme ?</u>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	94	<input type="checkbox"/>
	si oui, cochez la (les) case(s) correspondante(s),			
	<input type="checkbox"/> 1 vache		95	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 2 chèvre		96	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 3 cheval		97	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 4 porc		98	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 5 mouton		99	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6 autre(s)		100	<input type="checkbox"/>
15.	<u>Depuis que votre enfant a 2 ans, avez-vous fait un (des) changement(s) suivant(s) pour sa santé, parce qu'il a ou a eu des problèmes allergiques ou respiratoires ?</u>			
	. séparation de votre animal domestique	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	101	<input type="checkbox"/>
	. arrêt ou réduction du tabagisme	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	102	<input type="checkbox"/>
	. changement de literie (matelas, oreiller...)	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	103	<input type="checkbox"/>
	. enlèvement de moquette ou de tapis	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	104	<input type="checkbox"/>
	. autre modification	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	105	<input type="checkbox"/>
	si autre, préciser :			
16.	<u>Arrive-t-il que des personnes fument à l'intérieur de votre logement ?</u>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	106	<input type="checkbox"/>
	. si oui, est-ce :			
	<input type="checkbox"/> 1. tous les jours			
	<input type="checkbox"/> 2. plusieurs fois par semaine			
	<input type="checkbox"/> 3. plusieurs fois par mois			
	<input type="checkbox"/> 4. plus rarement		107	<input type="checkbox"/>

L'alimentation de votre enfant

1. Dans une semaine ordinaire actuellement, quels sont les différents lieux où votre enfant prend habituellement ses repas et son goûter ?

à la maison :	|_|0. non |_|1. oui	1	|_|
à la crèche, en garderie ou à l'école :	|_|0. non |_|1. oui	2	|_|
chez la nourrice :	|_|0. non |_|1. oui	3	|_|
dans la famille ou chez des amis :	|_|0. non |_|1. oui	4	|_|
dans un autre lieu :	|_|0. non |_|1. oui	5	|_|
précisez :			

- 2a. A la maison, votre enfant prend-il le plus souvent son petit-déjeuner :

|_|1. seul sans les autres membres de la famille	
|_|2. avec d'autres membres de la famille mais sans les parents	
|_|3. avec au moins un des parents et éventuellement les autres membres de la famille	
|_|4. autre	6 |_|
précisez :	

- 2b. A la maison, votre enfant prend-il le plus souvent son déjeuner et son dîner (si la situation est différente pour le déjeuner et le dîner, cochez une case pour chaque situation):

|_|1. seul sans les autres membres de la famille	
|_|2. avec d'autres membres de la famille mais sans les parents	
|_|3. avec au moins un des parents et éventuellement les autres membres de la famille	
|_|4. autre	7 |_|7b|_|
précisez :	

3. La télévision est-elle allumée dans la pièce pendant que l'enfant prend ses repas à la maison ?

|_|1. jamais	
|_|2. parfois	
|_|3. souvent	
|_|4. toujours	8 |_|

4.	<u>Depuis que votre enfant a 2 ans, est-ce que vous lui avez donné régulièrement :</u>		
	A. du lait de suite ou de croissance	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	9 <input type="checkbox"/>
	si oui, pendant combien de temps ?		
	<input type="checkbox"/> 1. 1 mois ou moins		
	<input type="checkbox"/> 2. plus d'1 mois mais moins de 3 mois		
	<input type="checkbox"/> 3. plus de 3 mois mais moins de 6 mois		
	<input type="checkbox"/> 4. plus de 6 mois mais moins de 9 mois		
	<input type="checkbox"/> 5. plus de 9 mois		10 <input type="checkbox"/>
	B. du lait de vache ordinaire	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	11 <input type="checkbox"/>
	si oui, pendant combien de temps ?		
	<input type="checkbox"/> 1. 1 mois ou moins		
	<input type="checkbox"/> 2. plus d'1 mois mais moins de 3 mois		
	<input type="checkbox"/> 3. plus de 3 mois mais moins de 6 mois		
	<input type="checkbox"/> 4. plus de 6 mois mais moins de 9 mois		
	<input type="checkbox"/> 5. plus de 9 mois		12 <input type="checkbox"/>
	C. un autre type de lait	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	13 <input type="checkbox"/>
	si oui, lequel (si plusieurs réponses possibles, répondez pour le plus fréquent) ?		
	pendant combien de temps ?		
	<input type="checkbox"/> 1. 1 mois ou moins		
	<input type="checkbox"/> 2. plus d'1 mois mais moins de 3 mois		
	<input type="checkbox"/> 3. plus de 3 mois mais moins de 6 mois		
	<input type="checkbox"/> 4. plus de 6 mois		14 <input type="checkbox"/>
5.	Si votre enfant boit du lait de vache ordinaire (y compris sous forme de lait concentré ou en poudre), est-ce du lait : <i>(plusieurs réponses possibles)</i>		
	<input type="checkbox"/> 1. entier		
	<input type="checkbox"/> 2. 1/2 écrémé		
	<input type="checkbox"/> 4. écrémé		15 <input type="checkbox"/>
6.	Actuellement, quelle quantité de lait votre enfant boit-il par jour en moyenne ?		
	<input type="checkbox"/> 0. ne boit pas de lait		
	<input type="checkbox"/> 1. 1 biberon plein ou un grand bol/jour (250 ml) ou moins		
	<input type="checkbox"/> 2. 2 biberons pleins ou grands bols/jour ou entre 1 et 2		
	<input type="checkbox"/> 3. 3 biberons pleins ou grands bols/jour ou entre 2 et 3		
	<input type="checkbox"/> 4. plus de 3 biberons pleins ou grands bols/jour		16 <input type="checkbox"/>

7. 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, petits-suisses)

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	17 |__|
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	18 |__|
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	19 |__|
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	20 |__|
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	21 |__|
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	22 |__|
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	23 |__|
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	24 |__|
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

Légumes cuits (en dehors des pommes de terre), soupes

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 |__|
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 1 à 3 fois 1 à 3 fois 4 à 6 fois 1 fois plusieurs fois	26 |__|
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

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	27 |__|
par mois par mois par semaine par semaine par jour par jour	

Viande type bœuf mouton porc

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	28 <input type="text"/>

Charcuterie (sauf jambon)

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	29 <input type="text"/>

Poisson gras : type maquereau, sardines, saumon, thon, hareng, ...

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	30 <input type="text"/>

Poisson blanc non panés: type cabillaud, colin, merlan, ...

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	31 <input type="text"/>

Poisson panés :

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="text"/>

Oeufs

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	33 <input type="text"/>

Fruits frais

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	34 <input type="text"/>

Compotes

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	35 <input type="text"/>

Jus de fruits

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	36 <input type="text"/>

Sodas ordinaires/sirop

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	37 <input type="text"/>

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	38 <input type="text"/>

Céréales dans le bol ou le biberon

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	39 <input type="checkbox"/>

Pain

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	40 <input type="checkbox"/>

Viennoiseries, biscuits, gâteaux

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	41 <input type="checkbox"/>

Bonbons, chocolat

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	42 <input type="checkbox"/>

Chips, biscuits apéritifs

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="checkbox"/>

8. Quelle est/sont la ou les boissons habituelles de votre enfant lors des repas du midi ou du soir ? (cochez les cases correspondantes)

☐1. eau du robinet non filtrée

☐2. eau du robinet filtrée

☐3. eau minérale

☐4. lait

☐5. soda

☐6. jus de fruit

☐7. autre

44 ☐ ☐

précisez :

9. Actuellement, votre enfant prend-t-il tous les jours ou presque ?

- un petit-déjeuner (même limité à un biberon) ☐0. non ☐1. oui 45 ☐

- un biberon et/ou une collation dans la matinée ☐0. non ☐1. oui 46 ☐

- un biberon et/ou une collation au goûter ☐0. non ☐1. oui 47 ☐

- un biberon avant de s'endormir ☐0. non ☐1. oui 48 ☐

si oui, le biberon contient-il autre chose que de l'eau (exemple : lait, jus de fruits...) ? ☐0. non ☐1. oui 49 ☐

- un ou plusieurs biberons au cours de la nuit ☐0. non ☐1. oui 50 ☐

si oui, le biberon contient-il autre chose que de l'eau (exemple : lait, jus de fruits...) ? ☐0. non ☐1. oui 51 ☐

laissez-vous le biberon à côté de lui la nuit ? ☐0. non ☐1. oui 52 ☐

Pour les questions 10 à 13 (entourez le chiffre correspondant à votre réponse)

10. Votre enfant est particulièrement difficile à nourrir

1-----2-----3-----4
 tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout
 d'accord d'accord d'accord d'accord

53 |__|

11. Votre enfant n'aime pas goûter les aliments nouveaux

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

54 |__|

12. Votre enfant accepte facilement de varier ses repas

1-----2-----3-----4
 tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout
 d'accord d'accord d'accord d'accord

55 |__|

13. Votre enfant refuse de goûter ce qu'il ne connaît pas

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

56 |__|

14. D'une façon générale, diriez-vous que votre enfant :

- |__|0. n'a pas souvent faim
 |__|1. a un appétit normal pour un enfant de son âge
 |__|2. a souvent faim, demande souvent à manger

57 |__|

Mode de garde

- | | |
|---|--|
| <p>1. Votre enfant va-t-il à l'école ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. non</p> <p><input type="checkbox"/>1. oui, à temps partiel</p> <p><input type="checkbox"/>2. oui, à temps plein</p> <p>si oui, depuis quel âge : <input type="text"/> an(s) <input type="text"/><input type="text"/> mois</p> <p>si oui, comment s'est-il adapté lors de l'entrée à l'école maternelle ?</p> <p><input type="checkbox"/>1. sans difficultés</p> <p><input type="checkbox"/>2. avec quelques difficultés</p> <p><input type="checkbox"/>3. avec beaucoup de difficultés</p> | <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3 <input type="text"/></p> |
| <p>2. Quel est, en dehors de l'école, le principal mode de garde de votre enfant pendant vos heures de travail ? <i>(répondre uniquement si vous avez actuellement un emploi, sinon passez à la question 3)</i></p> <p><input type="checkbox"/>1. crèche collective</p> <p><input type="checkbox"/>2. crèche familiale</p> <p><input type="checkbox"/>3. garderie, centre aéré</p> <p><input type="checkbox"/>4. assistante maternelle</p> <p><input type="checkbox"/>5. voisine, nourrice non agréée</p> <p><input type="checkbox"/>6. membre de votre famille (mère, belle-mère, sœur)</p> <p><input type="checkbox"/>7. employée, baby-sitter qui vient à votre domicile</p> <p><input type="checkbox"/>8. votre partenaire</p> <p><input type="checkbox"/>9. autre, précisez :</p> | <p>4 <input type="text"/></p> |
| <p>3. Combien de personnes vivent actuellement avec l'enfant au domicile familial ?</p> <p style="padding-left: 40px;">. adultes d'au moins 18 ans <input type="text"/></p> <p style="padding-left: 40px;">. enfants de moins de 18 ans <input type="text"/></p> | <p>5 <input type="text"/></p> <p>6 <input type="text"/></p> |
| <p>4. Combien de personnes partagent actuellement la chambre à coucher de l'enfant ?</p> <p style="padding-left: 40px;">. adultes d'au moins 18 ans <input type="text"/></p> <p style="padding-left: 40px;">. enfants de moins de 18 ans <input type="text"/></p> | <p>7 <input type="text"/></p> <p>8 <input type="text"/></p> |
| <p>5. Votre enfant vit-il actuellement la plupart du temps ?</p> <p><input type="checkbox"/>1. chez sa mère et son père</p> <p><input type="checkbox"/>2. chez sa mère</p> <p><input type="checkbox"/>3. chez son père</p> <p><input type="checkbox"/>4. garde alternée père et mère</p> <p><input type="checkbox"/>5. autre, précisez :</p> | <p>9 <input type="text"/></p> |
| <p>6. Ce questionnaire a été rempli par :</p> <p><input type="checkbox"/>1. la mère seule</p> <p><input type="checkbox"/>2. la mère avec quelqu'un précisez :</p> <p><input type="checkbox"/>3. quelqu'un d'autre, précisez :</p> | <p>10 <input type="text"/></p> |

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire