



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Auto-questionnaire EDEN

5 ans

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 : |__|__| |__|__| |__|__|

|

			Ne rien inscrire dans cette colonne	
Date de remplissage (jj/mm/aa) __ __ __ __ __ __			__ __ __	
Questions à la maman : Votre santé				
<i>Cocher la case correspondant à votre réponse</i>				
1. <u>Au cours des 12 derniers mois</u> , avez-vous été hospitalisée ?				
<div style="text-align: right;"> __ 0. non __ 1. oui</div>			1 __	
<div style="text-align: right;">si oui, combien de jours au total : __ __ </div>			2 __ __	
<div style="text-align: right;">si oui, dans le(s)quel(s) des services suivants :</div>				
. urgences __ 0. non __ 1. oui			3 __	
. médecine __ 0. non __ 1. oui			4 __	
. psychiatrie __ 0. non __ 1. oui			5 __	
. chirurgie __ 0. non __ 1. oui			6 __	
. gynécologie obstétrique __ 0. non __ 1. oui			7 __	
. autre __ 0. non __ 1. oui			8 __	
Pour quelle(s) raison(s) avez-vous été hospitalisée ?				
:.....				
:.....				
:.....			saisie texte	
2. <u>Au cours des 12 derniers mois</u> , avez-vous eu un ou des arrêts de travail ?				
<div style="text-align: right;"> __ 0. non __ 1. oui</div>			9 __	
si oui, combien d'arrêts de travail avez-vous eus ? __ __			10 __ __	
si oui, combien de jours au total (en cumulant tous les arrêts) __ __ __			11 __ __ __	
Pour quelle(s) raison(s) avez-vous été arrêtée ?				
:.....				
:.....				
:.....			saisie texte	
3. Avez-vous une maladie chronique ? __ 0. non __ 1. oui			12 __	
<div style="text-align: right;">si oui, laquelle :</div>			saisie texte	
4. A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?				
__ 1. moins d'1 an				
__ 2. entre 1 et 3 ans				
__ 3. entre 3 et 5 ans				
__ 4. pendant la grossesse de votre enfant EDEN				
__ 5. avant cette grossesse				
__ 6. je ne suis jamais allée chez le dentiste			13 __	

C'était pour :		
<input type="checkbox"/> 1. un contrôle		
<input type="checkbox"/> 2. des douleurs		
<input type="checkbox"/> 3. des soins		
<input type="checkbox"/> 4. un détartrage		
<input type="checkbox"/> 5. une autre raison, précisez :	14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. <u>Depuis la naissance de l'enfant EDEN</u> avez-vous été enceinte ?		
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	15	<input type="checkbox"/>
si oui, combien d'enfants sont nés après l'enfant EDEN ?		
<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous nous donner leur date de naissance ?	17	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	18	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	20	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte actuellement ?	21	<input type="checkbox"/>
6. <u>Depuis la naissance de l'enfant EDEN,</u>		
avez-vous eu des fausses couches ?	22	<input type="checkbox"/>
si oui, combien ?	23	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
avez-vous eu IVG ?	24	<input type="checkbox"/>
si oui, combien ?	25	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
avez-vous eu un enfant mort-né ?	26	<input type="checkbox"/>
avez-vous eu un enfant porteur d'une malformation ?	27	<input type="checkbox"/>
7. <u>Au cours du dernier mois,</u> avez-vous eu des fuites involontaires d'urine ?		
<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	28	<input type="checkbox"/>
si non, passez à la question 9		
si oui,		
quelle est la fréquence habituelle de ces fuites d'urine ?		
<input type="checkbox"/> 0. jamais		
<input type="checkbox"/> 1. moins d'une fois par mois		
<input type="checkbox"/> 2. quelques fois par mois		
<input type="checkbox"/> 3. quelques fois par semaine		
<input type="checkbox"/> 4. tous les jours ou nuits	29	<input type="checkbox"/>
quelle est la quantité d'urine habituellement perdue ?		
<input type="checkbox"/> 0. aucune		
<input type="checkbox"/> 1. des gouttes		
<input type="checkbox"/> 2. une petite quantité		
<input type="checkbox"/> 3. plus	30	<input type="checkbox"/>

ces fuites involontaires d'urine sont-elles une gêne pour vous ?

- ☐|0. pas du tout
- ☐|1. un peu
- ☐|2. moyennement
- ☐|3. beaucoup

31 ☐

avez-vous des fuites d'urine à l'effort physique, la toux ou l'éternuement ?

- ☐|0. jamais
- ☐|1. parfois
- ☐|2. quelquefois
- ☐|3. souvent
- ☐|4. tout le temps

32 ☐

avez-vous des fuites d'urine précédées d'un besoin urgent ?

- ☐|0. jamais
- ☐|1. parfois
- ☐|2. quelquefois
- ☐|3. souvent
- ☐|4. tout le temps

33 ☐

avez-vous des fuites d'urine dans d'autres circonstances

- ☐|0. jamais
- ☐|1. parfois
- ☐|2. quelquefois
- ☐|3. souvent
- ☐|4. tout le temps

34 ☐

si oui, précisez :

8. **la semaine dernière**, combien de jours avez-vous eu des fuites d'urine ?

- ☐|0. aucun
- ☐|1. 1 à 2
- ☐|2. 3 à 4
- ☐|3. 5 à 6
- ☐|4. tous les jours

35 ☐

utilisez-vous des garnitures ou des protections pour ces fuites d'urine ?

- ☐|0. aucune
- ☐|1. 1 à 3 par semaine
- ☐|2. 4 à 6 par semaine
- ☐|3. 1 à 4 par jour
- ☐|4. plus de 4 par jour

36 ☐

9. **Au cours du dernier mois,** vous est-il arrivé d'avoir des pertes involontaires de gaz ou de selles ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 37 ☐
- Si non,** passez à la question 10
- Si oui,** avez-vous :
- des pertes involontaires de gaz ?
- ☐ 0. jamais
- ☐ 1. moins d'1 fois par semaine
- ☐ 2. 1 fois par semaine ou plus
- ☐ 3. tous les jours 38 ☐
- des pertes involontaires de selles liquides ?
- ☐ 0. jamais
- ☐ 1. moins d'1 fois par semaine
- ☐ 2. 1 fois par semaine ou plus
- ☐ 3. tous les jours 39 ☐
- des pertes involontaires de selles solides ?
- ☐ 0. jamais
- ☐ 1. moins d'1 fois par semaine
- ☐ 2. 1 fois par semaine ou plus
- ☐ 3. tous les jours 40 ☐
10. Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ? ☐ 0. non ☐ 1. oui 41 ☐
- Si oui,** cela vous gêne-t-il ?
- ☐ 0. pas du tout
- ☐ 1. un peu
- ☐ 2. moyennement
- ☐ 3. beaucoup 42 ☐

Questions à la maman : La santé de votre famille

1. Votre père est-il :

☐ 0. décédé ☐ 1. vivant ☐ 2. ne sait pas

1 ☐

s'il est décédé, quelle est la cause du décès (si connue) ?

.....

saisie texte

2. Votre père a-t-il été traité ou hospitalisé pour:

une hypertension artérielle ☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

2 ☐

une maladie cardiovasculaire (angine de poitrine, infarctus, artérite,
accident vasculaire cérébral) ☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

3 ☐

un diabète ☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

4 ☐

de l'asthme ☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

5 ☐

une bronchite chronique ou de l'emphysème

☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

6 ☐

un ulcère de l'estomac ou du duodénum

☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

7 ☐

un cancer de l'estomac

☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

8 ☐

3. Votre mère est-elle :

☐ 0. décédée ☐ 1. vivante ☐ 2. ne sait pas

9 ☐

Si elle est décédée, quelle est la cause du décès (si connue) ?

.....

saisie texte

4. Votre mère a-t-elle été traitée ou hospitalisée pour:

une hypertension artérielle ☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

10 ☐

une maladie cardiovasculaire (angine de poitrine, infarctus, artérite,
accident vasculaire cérébral) ☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

11 ☐

un diabète ☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

12 ☐

de l'asthme ☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

13 ☐

une bronchite chronique ou de l'emphysème

☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

14 ☐

un ulcère de l'estomac ou du duodénum

☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

15 ☐

un cancer de l'estomac

☐ 0. non ☐ 1. oui ☐ 2. ne sait pas

16 ☐

Votre mode de vie

<p>1. Vivez-vous avec le père de l'enfant participant à EDEN ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. non, vous vivez seule</p> <p><input type="checkbox"/>1. non, vous vivez avec un autre compagnon</p> <p><input type="checkbox"/>2. non, vous vivez avec d'autre(s) personne(s) adulte(s)</p> <p><input type="checkbox"/>3. oui</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Quelle est votre situation familiale, actuelle d'un point de vue légal ?</p> <p><input type="checkbox"/>1. mariée</p> <p><input type="checkbox"/>2. célibataire</p> <p><input type="checkbox"/>3. divorcée</p> <p><input type="checkbox"/>4. séparée</p> <p><input type="checkbox"/>5. PACS</p> <p><input type="checkbox"/>6. autre</p> <p>si autre, précisez :</p>	<p>2 <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Le père de l'enfant participant à EDEN a-t-il actuellement un emploi ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. non, étudiant</p> <p><input type="checkbox"/>1. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi</p> <p><input type="checkbox"/>2. non, autre situation (invalidité, pension, ...)</p> <p><input type="checkbox"/>3. oui</p> <p><input type="checkbox"/>4. ne sait pas</p> <p>S'il a un emploi, quelle profession exerce-t-il ? (détailler le plus possible)</p>	<p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>saisie texte</p>
<p>4. Si vous vivez avec un compagnon qui n'est pas le père de l'enfant Eden, ce compagnon a-t-il actuellement un emploi ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. non, étudiant</p> <p><input type="checkbox"/>1. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi</p> <p><input type="checkbox"/>2. non, autre situation (invalidité, pension, ...)</p> <p><input type="checkbox"/>3. oui</p> <p><input type="checkbox"/>4. ne sait pas</p> <p>S'il a un emploi, quelle profession exerce-t-il ? (détailler le plus possible)</p>	<p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>saisie texte</p>
<p>5. Actuellement, avez-vous une activité professionnelle ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. non, femme au foyer</p> <p><input type="checkbox"/>1. non, congé maternité</p> <p><input type="checkbox"/>2. non, congé parental</p> <p><input type="checkbox"/>3. non, étudiante</p> <p><input type="checkbox"/>4. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi</p> <p><input type="checkbox"/>5. non, autre situation (invalidité, pension, ...)</p> <p><input type="checkbox"/>6. oui</p>	<p>5 <input type="checkbox"/></p>

Si vous avez une activité professionnelle,

travaillez-vous :

☐1. à temps plein

☐2. à temps partiel

combien d'heures par semaine travaillez-vous habituellement ?

quelle est votre profession actuelle ?

(détailler le plus possible)

.....

6

7

saisie texte

6. Quel est le montant des revenus mensuels de votre ménage (en incluant toutes les sources de revenus : salaires, allocations, pensions, etc.) ?

☐1. moins de 800 euros par mois

☐2. de 801 à 1500 euros

☐3. de 1501 à 2300 euros

☐4. de 2301 à 3000 euros

☐5. de 3001 à 3800 euros

☐6. de 3801 à 4500 euros

☐7. plus de 4500 euros

8

7. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour nourrir votre famille ?

☐ 0. non ☐ 1. oui, un peu ☐ 2. oui, des difficultés importantes

9

8. Au cours de l'année écoulée, avez-vous eu des difficultés financières pour les besoins en vêtements de votre famille ?

☐ 0. non ☐ 1. oui, un peu ☐ 2. oui, des difficultés importantes

10

9. 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 ?

☐ 0. non ☐ 1. oui, un peu ☐ 2. oui, des difficultés importantes

11

10. 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 ?

☐ 0. non ☐ 1. oui, un peu ☐ 2. oui, des difficultés importantes

12

11. Etes-vous :

☐ 1. propriétaire de votre logement

☐ 2. locataire

☐ 3. hébergée par de la famille ou des amis

☐ 4. en foyer ou assimilé

13

12. Actuellement, pour vos loisirs, faites vous de l'exercice ou pratiquez-vous un sport ?

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

14 |__|

Si vous faites de **l'exercice** ou si vous **pratiquez un ou plusieurs sports**

Quel exercice ou sport pratiquez vous le plus fréquemment ?

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

saisie texte

Combien d'heures par semaine en moyenne?

|__|__| heures

15 |__|__|

Combien de mois par an ?

|__|__| mois

16 |__|__|

Si vous pratiquez **d'autres types d'exercices ou de sport en plus de l'activité précédente:**

Quel exercice ou sport pratiquez vous le plus fréquemment ?

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

saisie texte

Combien d'heures par semaine en moyenne?

|__|__| heures

17 |__|__|

Combien de mois par an ?

|__|__| mois

18 |__|__|

13. Actuellement fumez-vous ?

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

19 |__|

Si oui, combien de cigarettes par jour en moyenne ? |__|__|

20 |__|__|

Votre mode de vie PENDANT LA GROSSESSE lorsque vous attendiez votre fille/garçon EDEN

Nous revenons sur la grossesse où vous attendiez l'enfant EDEN pour vous demander des précisions sur certaines activités que nous n'avions pas relevées alors

1. Taille de votre salle de bains ou de la pièce où vous vous laviez.

Si vous avez déménagé depuis la grossesse d'il y a 5 ans, répondez pour la salle de bains du domicile que vous occupiez au début de la grossesse

1. Surface : |_|_|_|_| m²
 2. ou dimensions : |_|_|_|_| mètres
 sur |_|_|_|_| mètres
 3. Hauteur sous plafond : |_|_|_|_| mètres

- 1 |_|_|_|_|
 2 |_|_|_|_|
 3 |_|_|_|_|
 4 |_|_|_|_|

2. Quel est/était le mode d'aération dans votre salle de bain ou dans la pièce où vous vous lavez/laviez ?

1. Fenêtre |_|_| 0. non |_|_| 1. oui
 2. Ventilation mécanique contrôlée (VMC) |_|_| 0. non |_|_| 1. oui
 3. Porte (pas de fenêtre ni autre aération) |_|_| 0. non |_|_| 1. oui
 4. Grille d'aération |_|_| 0. non |_|_| 1. oui
 5. Aucune aération |_|_| 0. non |_|_| 1. Oui

- 5 |_|_|
 6 |_|_|
 7 |_|_|
 8 |_|_|
 9 |_|_|

3 Pendant la grossesse, à quelle fréquence preniez-vous des douches ou des bains

	Douche	Bain
Nombre de fois / semaine		
ou Nombre de fois/mois (si moins d'1/semaine)		

semaine
 D 10 |_|_|_|_|
 B 11 |_|_|_|_|
 mois
 D 12 |_|_|_|_|
 B 13 |_|_|_|_|

4. **Durant la grossesse,** alliez-vous à la piscine pour vous baigner ?

	Eté		Reste de l'année	
	Nombre de fois/mois *	Durée de la séance (minutes)	Nombre de fois/mois *	Durée de la séance (minutes)
Piscine de plein air				
Piscine couverte				

ETE
14|_|_|15|_|_|_|
RESTE
16|_|_|17|_|_|_|

ETE
18|_|_|19|_|_|_|
RESTE
20|_|_| 21|_|_|_|

*Si 1 fois par semaine, coder 4 fois par mois. Pour 2 fois par semaine coder 8 fois par mois.

5. **Pendant votre grossesse,** vous arrivait-il de laver la vaisselle ?

|_|1. Oui, en utilisant généralement des gants

|_|2. Oui, sans utiliser de gants généralement

|_|3. Non

|_|4. Ne sait pas

22 |_|

Si oui, combien de fois faisiez-vous la vaisselle...

Par jour : |_| fois par jour en général

23 |_|

Ou :

Par semaine : |_|_| fois par semaine en général

24 |_|_|

Evénements de vie au cours des deux dernières années

1. **Depuis que votre enfant EDEN a eu 3 ans**, vous est-il arrivé un des événements suivants et si oui comment l'avez-vous vécu ?

- Décès d'un proche : partenaire, parent, frère ou sœur

_ 0	_ 1	_ 2	_ 3	
pas	moyennement	très	extrêmement	
survenu	éprouvant	éprouvant	éprouvant	1 _

- Décès d'un enfant (y compris enfant mort-né)

_ 0	_ 1	_ 2	_ 3	
pas	moyennement	très	extrêmement	
survenu	éprouvant	éprouvant	éprouvant	2 _

- Séparation de votre couple

_ 0	_ 1	_ 2	_ 3	
pas	moyennement	très	extrêmement	
survenu	éprouvant	éprouvant	éprouvant	3 _

- Difficultés financières

_ 0	_ 1	_ 2	_ 3	
pas	moyennement	très	extrêmement	
survenu	éprouvant	éprouvant	éprouvant	4 _

- Expulsion de votre logement, nécessité de vous reloger

_ 0	_ 1	_ 2	_ 3	
pas	moyennement	très	extrêmement	
survenu	éprouvant	éprouvant	éprouvant	5 _

- Incendie, inondation ou désastre majeur dans votre logement

_ 0	_ 1	_ 2	_ 3	
pas	moyennement	très	extrêmement	
survenu	éprouvant	éprouvant	éprouvant	6 _

- Accident de circulation sérieux, que vous soyez automobiliste, cycliste ou piéton

_ 0	_ 1	_ 2	_ 3	
pas	moyennement	très	extrêmement	
survenu	éprouvant	éprouvant	éprouvant	7 _

- Problèmes sérieux de santé pour vous-même

_ 0	_ 1	_ 2	_ 3	
pas	moyennement	très	extrêmement	
survenu	éprouvant	éprouvant	éprouvant	8 _

- Problèmes sérieux de santé pour un proche

_ 0	_ 1	_ 2	_ 3	
pas	moyennement	très	extrêmement	
survenu	éprouvant	éprouvant	éprouvant	9 _

- Perte de votre travail

_ 0	_ 1	_ 2	_ 3	
pas	moyennement	très	extrêmement	
survenu	éprouvant	éprouvant	éprouvant	10 _

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

Vos sentiments cette semaine

Quels ont été vos sentiments et vos comportements durant cette semaine qui vient de s'écouler ?

Les impressions suivantes peuvent être ressenties par la plupart des gens. Indiquez en cochant pour chaque phrase, avec quelle fréquence vous avez eu durant la semaine écoulée les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste.

	1 Jamais, très rarement (pendant moins d'1 jour)	2 Occasionnellement (pendant 1 à 2 jours)	3 Assez souvent (pendant 3 à 4 jours)	4 Fréquemment, tout le temps (pendant 5 à 7 jours)	
Durant cette semaine,					
1. J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Je me suis sentie déprimée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. J'ai été confiante en l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Je me suis sentie craintive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
11. Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
12. J'ai été heureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
13. J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
14. Je me suis sentie seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
15. Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
16. J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
17. J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>
18. Je me suis sentie triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>
20. J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>

TP SVP

Ce questionnaire a été rempli par

- | | | |
|-------|---|----|
| __ 1. | la mère seule : | __ |
| __ 2. | la mère avec quelqu'un : précisez : | |
| __ 3. | quelqu'un d'autre : précisez : | |

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