



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

**Inserm**

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale



## Auto-questionnaire EDEN

### Votre bébé à 4 mois



Prénom de la mère : .....

Prénom de l'enfant : .....

**Date de naissance de l'enfant :**    |    |    |    |    |    |    |    |

**Date de remplissage :**      | | | | | |

*Ne rien inscrire  
dans cette colonne*

Avez-vous déménagé depuis la naissance de votre enfant ? ☐0. non ☐1. oui

si oui, précisez :

votre nouvelle adresse : .....

.....

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

1 | |

2 | | | |

## Partie 1 : Votre enfant

## Le suivi médical de votre enfant

Nom et adresse du ou des médecin(s) qui suit(vent) votre enfant, pour adresser un courrier d'information sur l'étude.

.....

.....

.....

1. Votre enfant a-t-il été hospitalisé **depuis son arrivée à la maison** (y compris les hospitalisations de jour) ? |\_\_|0. non |\_\_|1. oui

si oui, combien de fois ?

combien de jours au total ?

indiquez la ou les raison(s) de son ou (de ses) hospitalisation(s) :

.....

.....

.....

1 | |

2 | | |

3 | | | |

(code CIM)

4 | | | , |

5 | | | |

6 | | | |

### Les consultations médicales pour votre enfant en dehors des hospitalisations :

2. Quel âge avait votre enfant lorsque vous avez consulté pour lui la première fois, que ce soit pour un contrôle ou pour un problème de santé ?

|\_\_|\_\_| jours |\_\_|\_\_| mois

Où a eu lieu cette première consultation ?

|\_\_|1. vous êtes retournée à la maternité

| 2. vous êtes allée en PMI

☐ 3. vous êtes allée aux urgences de l'hôpital

☐ 4. vous avez consulté un pédiatre

☐ 5. vous avez consulté un généraliste

8. autre, précisez : .....

7 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

8 | |

Quelle en était la raison :		
<input type="checkbox"/> 1.	un contrôle conseillé par la maternité	
<input type="checkbox"/> 2.	le début de la surveillance normale	
<input type="checkbox"/> 3.	une inquiétude de votre part	
<input type="checkbox"/> 4.	un problème de santé	9 <input type="checkbox"/>
3.	Depuis la naissance, avez-vous consulté pour votre enfant aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    10 <input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 11 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Depuis la naissance, avez-vous consulté un pédiatre ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    12 <input type="checkbox"/>
	si oui : . combien de fois ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 13 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. à quel endroit ?	
	au cabinet du médecin :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    14 <input type="checkbox"/>
	à votre domicile :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    15 <input type="checkbox"/>
	en PMI :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    16 <input type="checkbox"/>
	à l'hôpital (en dehors des urgences) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    17 <input type="checkbox"/>
	dans un autre lieu :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    18 <input type="checkbox"/>
	précisez : .....	
5.	Depuis la naissance, avez-vous consulté un généraliste pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    19 <input type="checkbox"/>
	si oui : . combien de fois ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. à quel endroit ?	
	au cabinet du médecin :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    21 <input type="checkbox"/>
	à votre domicile :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    22 <input type="checkbox"/>
	dans un autre lieu :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    23 <input type="checkbox"/>
	précisez : .....	
6.	Depuis la naissance, avez-vous consulté un médecin spécialiste autre qu'un pédiatre (à son cabinet ou à l'hôpital) pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    24 <input type="checkbox"/>
	si oui : . combien de spécialistes différents ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 25 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	. combien de fois au total ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 26 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7.	Avez-vous eu besoin de téléphoner à un médecin (sans aller consulter) pour un problème de santé de votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui    27 <input type="checkbox"/>
	si oui, environ combien de fois ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 28 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8.	Globalement, faites-vous confiance aux médecins que vous rencontrez pour votre enfant ?	
	<input type="checkbox"/> 1. rarement	
	<input type="checkbox"/> 2. parfois	
	<input type="checkbox"/> 3. le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 4. toujours	29 <input type="checkbox"/>

- |     |   |   |    |                          |
|-----|---|---|----|--------------------------|
| 9.  | Depuis l'arrivée de votre enfant à la maison, avez-vous eu la visite d'une sage-femme ?                     | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 30 | <input type="checkbox"/> |
|     | si oui, combien de fois ?   | <input type="text"/>  | 31 | <input type="text"/>     |
| 10. | Depuis l'arrivée de votre enfant à la maison, avez-vous consulté ou eu la visite d'une puéricultrice ?      | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 32 | <input type="checkbox"/> |
|     | si oui, combien de fois ?   | <input type="text"/>  | 33 | <input type="text"/>     |
| 11. | Depuis l'arrivée de votre enfant à la maison, avez-vous consulté ou eu la visite d'une assistante sociale ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 34 | <input type="checkbox"/> |
|     | si oui, combien de fois ?   | <input type="text"/>  | 35 | <input type="text"/>     |

## La croissance de votre enfant

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 (en dehors de celles de la naissance)  
(si plus de 4 mesures ont été notées, choisir la première mesure de chaque mois)

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

## La santé de votre enfant

Au cours de ses 4 premiers mois, votre enfant a-t-il présenté l'un des problèmes de santé suivants :

- |    |  |                                   |    |   |
|----|--|-----------------------------------|----|---|
| 1. | Rhume, rhinopharyngite ou nez bouché :   | _ 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. | Otite :  | _ 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. | Bronchiolite ou bronchite :  | _ 0. non  _ 1. oui                | 9  | _ |
|    | si oui, . combien de fois ?  | _ 1 fois  _ 2 fois  _ 3 fois ou + | 10 | _ |
|    | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ?  | _ 0. non  _ 1. oui                | 11 | _ |
|    | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? | _ 0. non  _ 1. oui                | 12 | _ |
| 4. | Asthme du nourrisson :   | _ 0. non  _ 1. oui                | 13 | _ |
|    | si oui, . combien de fois ?  | _ 1 fois  _ 2 fois  _ 3 fois ou + | 14 | _ |
|    | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ?  | _ 0. non  _ 1. oui                | 15 | _ |
|    | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? | _ 0. non  _ 1. oui                | 16 | _ |
| 5. | Diarrhée (selles liquides plus fréquentes qu'à l'habitude) :                             | _ 0. non  _ 1. oui                | 17 | _ |
|    | si oui, . combien de fois ?  | _ 1 fois  _ 2 fois  _ 3 fois ou + | 18 | _ |
|    | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ?  | _ 0. non  _ 1. oui                | 19 | _ |
|    | . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? | _ 0. non  _ 1. oui                | 20 | _ |

6.	Eczéma ou autre problème de peau :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	21	<input type="checkbox"/>
	si oui, . combien de fois ?	<input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois ou +	22	<input type="checkbox"/>
	. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	23	<input type="checkbox"/>
	. 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	24	<input type="checkbox"/>
7.	Régurgitations :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	25	<input type="checkbox"/>
	si oui, <input type="checkbox"/> 1. après chaque repas ou presque			
	<input type="checkbox"/> 2. plusieurs fois par semaine			
	<input type="checkbox"/> 3. moins souvent		26	<input type="checkbox"/>
	. ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une consultation auprès d'un médecin ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	27	<input type="checkbox"/>
	. ce problème a-t-il justifié au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	28	<input type="checkbox"/>
8.	Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu d'autre(s) problème(s) de santé que ceux des questions précédentes ou des accidents qui ont justifié une consultation médicale (vous pouvez vous aider de son carnet de santé) :			(code CIM)
	.....		29	<input type="text"/>
	.....		30	<input type="text"/>
	.....		31	<input type="text"/>
	.....		32	<input type="text"/>
	.....		33	<input type="text"/>
9.	Votre enfant a-t-il suivi depuis sa naissance un traitement antibiotique (par injection ou par la bouche) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	34	<input type="checkbox"/>
	si oui, . combien de fois ?	<input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois ou +	35	<input type="checkbox"/>
10.	Vaccinations et rappels : noter le nom du vaccin (Monovax, Pentavac, ...) et la date (aidez-vous du carnet de santé de votre bébé) :			Code vaccin
	vaccin 1 : .....	date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36	<input type="text"/>
	vaccin 2 : .....	date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	37	<input type="text"/>
	vaccin 3 : .....	date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38	<input type="text"/>
	vaccin 4 : .....	date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	39	<input type="text"/>
	vaccin 5 : .....	date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	40	<input type="text"/>
	vaccin 6 : .....	date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	41	<input type="text"/>
	pas de vaccin à ce jour : <input type="checkbox"/>		42	<input type="checkbox"/>
11.	Actuellement, donnez-vous à votre enfant des vitamines ou des minéraux ?			
	. Vitamine D (Stérogyl, Zyma D2, Uvestérol, Uvédose, ...) :			
		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	43	<input type="checkbox"/>
	. Fer (Fumafer, Ferrostrane, ...) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	44	<input type="checkbox"/>
	. Fluor :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	45	<input type="checkbox"/>
	. Autres :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	46	<input type="checkbox"/>
	si oui, précisez : .....			

## Les activités de votre enfant

Voici une liste d'activités, pouvez-vous nous dire celles que vous avez observées chez votre enfant ? Cochez oui quand vous avez observé cette activité au moins une fois chez votre enfant, cochez non quand vous ne l'avez jamais observée.

- |   |                    |                    |
|---|--------------------|--------------------|
| 1. Quand il/elle est couché(e) sur le ventre, votre enfant soulève la tête et les épaules   | _ 0. non  _ 1. oui |                    |
| 2. Il/elle suit des yeux une personne qui se déplace  | _ 0. non  _ 1. oui | 2  _               |
| 3. Quand il/elle est sur le côté, il/elle se tourne tout(e) seul(e) sur le dos  | _ 0. non  _ 1. oui | 3  _               |
| 4. En position assise, votre bébé tient sa tête droite  | _ 0. non  _ 1. oui | 4  _               |
| 5. Quand il/elle est couché(e) sur le ventre, il/elle se soulève en s'appuyant sur les bras   | _ 0. non  _ 1. oui | 5  _               |
| 6. Il/elle regarde ou joue avec ses mains   | _ 0. non  _ 1. oui | 6  _               |
| 7. Est-ce qu'il lui arrive de rire aux éclats   | _ 0. non  _ 1. oui | 7  _               |
| 8. Il/elle tient assis quand on le (la) soutient légèrement   | _ 0. non  _ 1. oui | 8  _               |
| 9. Il/elle tourne la tête pour regarder la personne qui lui parle   | _ 0. non  _ 1. oui | 9  _               |
| 10. Reconnaissez-vous d'après les sons qu'il/elle émet (cris, vocalises), s'il/elle est content(e), mécontent(e) ou en colère                                       | _ 0. non  _ 1. oui | 10  _              |
| 11. Il/elle tend la main vers un objet que vous lui donnez  | _ 0. non  _ 1. oui | 11  _              |
| 12. Est-ce que vous l'entendez gazouiller ou rire quand il/elle est seul(e) dans son lit  | _ 0. non  _ 1. oui | _ 0. non  _ 1. oui |
| 13. Essaie-t-il/elle d'imiter un bruit ou de le reproduire (par exemple en vocalisant) quand il/elle entend de la musique ou en tapant lorsqu'il/elle entend taper) | _ 0. non  _ 1. oui | _ 0. non  _ 1. oui |
| 14. Il/elle différencie les visages familiers des visages étrangers   | _ 0. non  _ 1. oui | 14  _              |

## Le comportement de votre enfant

Pour chaque question de cette partie, entourer **un chiffre entre 1 et 7**, le plus proche du comportement habituel de votre bébé. L'expression "dans la moyenne" fait référence à ce que vous estimez correspondre au comportement de la plupart des bébés.

**Merci de répondre à toutes les questions.**

1. Vous est-il plutôt facile ou difficile de calmer ou de consoler votre bébé quand il est énervé, mécontent ou malheureux ?

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

très facile

dans la moyenne

difficile

1

2. Vous est-il plutôt facile ou difficile de prévoir quand votre bébé va s'endormir ou se réveiller ?

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

très facile

dans la moyenne

difficile

2

3. Vous est-il plutôt facile ou difficile de prévoir quand votre bébé va avoir faim ?

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

très facile

dans la moyenne

difficile

3

4. Vous est-il plutôt facile ou difficile de savoir ce qui gêne votre bébé quand il pleure ou s'énervé ?

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

très facile

dans la moyenne

difficile

4

5. Combien de fois par jour, en moyenne, votre bébé est-il grognon ou irritable, même pendant un court moment ?

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

jamais

1 à 2 fois  
par jour

3 à 4 fois  
par jour

5 à 6 fois  
par jour

7 à 9 fois  
par jour

10 à 14 fois  
par jour

15 fois  
ou plus

5

6. En général, avec quelle fréquence votre bébé pleure-t-il ou est-il grognon ?

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

très peu,  
beaucoup moins  
que la plupart  
des bébés

autant que la  
moyenne des  
bébés

beaucoup,  
beaucoup  
plus que la  
plupart des bébés

6

7. Comment votre bébé réagit-il habituellement face à une personne inconnue ?

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

presque  
toujours  
favorablement

réagit  
favorablement  
1 fois sur 2

réagit presque  
toujours  
négativement  
au début

7

8. Comment votre bébé réagit-il quand il est dans un nouvel endroit ?

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

presque  
toujours  
favorablement

réagit  
favorablement  
1 fois sur 2

réagit presque  
toujours  
négativement  
au début

8



9. Comment votre bébé finit-il par s'adapter aux situations nouvelles telles que celles décrites dans les questions 7 et 8 ?
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
- très bien, finit toujours par bien aimer      finit par bien aimer 1 fois sur 2      difficilement, déteste presque toujours
- 9
10. Lorsque votre bébé manifeste son mécontentement ou son énervement (par exemple avant le repas, pendant qu'on le change, etc), avec quelle intensité pleure-il et s'énervé-t-il ?
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
- intensité très faible      intensité moyenne      intensité très forte ou extrême
- 10
11. En général, quel est le degré d'activité de votre bébé ?
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
- très calme et tranquille      dans la moyenne      très actif et vif
- 11
12. Avec quelle fréquence votre bébé sourit-il et fait-il des gazouillis ?
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
- très souriant, beaucoup plus que la plupart des bébés      dans la moyenne      très peu, beaucoup moins que la plupart des bébés
- 12
13. De quelle humeur votre bébé est-il en général ?
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
- très gai, très souriant, expansif      ni gai ni sérieux, dans la moyenne      peu souriant, peu expansif
- 13
14. Comment votre bébé réagit-il aux perturbations et changements de sa routine quotidienne, comme quand vous l'emmenez à une sortie, à une réunion, en voyage, etc. ?
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
- très favorablement, n'est pas perturbé      dans la moyenne      très défavorablement, supporte mal
- 14
15. Vous est-il plutôt facile ou difficile de prévoir quand votre bébé aura besoin qu'on lui change sa couche ?
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
- très facile      dans la moyenne      très difficile
- 15
16. Dans quelle mesure l'humeur de votre bébé est-elle changeante ?
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
- peu changeante peu de sautes d'humeur      dans la moyenne      très changeante, beaucoup de sautes d'humeur
- 16
17. Dans quelle mesure votre bébé s'anime-t-il quand quelqu'un joue ou parle avec lui ?
- 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
- devient très animé      dans la moyenne      pas du tout
- 17

18.	Estimez-vous que la plupart des mamans trouveraient votre bébé plutôt facile ou difficile ?	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>1-----2-----3-----4-----5-----6-----7</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>très facile</span> <span>normal</span> <span>très difficile</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span></span> <span>quelques problèmes</span> <span></span> </div>	18 <input type="checkbox"/>
19-	Au cours du dernier mois, votre enfant vous a-t-il réveillé la nuit ?	
	<input type="checkbox"/> 0.    jamais ou presque jamais <input type="checkbox"/> 1.    parfois <input type="checkbox"/> 2.    souvent <input type="checkbox"/> 3.    toutes les nuits ou presque	19 <input type="checkbox"/>
20.	Au cours du dernier mois, quand vous couchiez votre enfant le soir, avait-il du mal à s'endormir ?	
	<input type="checkbox"/> 0.    jamais ou presque jamais <input type="checkbox"/> 1.    parfois <input type="checkbox"/> 2.    un soir sur deux <input type="checkbox"/> 3.    souvent <input type="checkbox"/> 4.    tous les soirs ou presque tous les soirs	20 <input type="checkbox"/>
21.	Au cours du dernier mois, votre enfant a-t-il eu des coliques (il semble avoir mal au ventre) pendant ou après les repas ?	
	<input type="checkbox"/> 0.    jamais ou presque jamais <input type="checkbox"/> 1.    parfois <input type="checkbox"/> 2.    un repas sur deux <input type="checkbox"/> 3.    souvent <input type="checkbox"/> 4.    à tous les repas ou presque	21 <input type="checkbox"/>
22.	Au cours du dernier mois, est-ce que votre bébé a pleuré à heures fixes (par exemple en fin d'après-midi ou le soir) ?	
	<input type="checkbox"/> 0.    jamais ou presque jamais <input type="checkbox"/> 1.    parfois <input type="checkbox"/> 2.    un jour sur deux <input type="checkbox"/> 3.    souvent <input type="checkbox"/> 4.    presque tous les jours	22 <input type="checkbox"/>
23.	Actuellement, votre bébé a-t-il des pleurs que vous n'arrivez pas à calmer ?	
	<input type="checkbox"/> 0.    jamais ou presque jamais <input type="checkbox"/> 1.    parfois <input type="checkbox"/> 2.    souvent <input type="checkbox"/> 4.    très souvent	23 <input type="checkbox"/>

## L'alimentation de votre enfant

**Précisez comment votre bébé a été nourri depuis sa naissance :**

Pour chacun des aliments ou boissons considérés, mettez une croix dans la colonne correspondante si votre bébé a été nourri avec cet aliment ou cette boisson pendant la période considérée.

### 1. Liquides :

	1 Lait maternel	2 Lait pour bébé en poudre	3 Lait de vache	4 Jus de fruits	5 Eau minérale	6 Eau du robinet	7 Autres		1	2	3	4	5	6	7
1 <sup>er</sup> jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>ème</sup> – 7 <sup>ème</sup> jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>ème</sup> – 4 <sup>ème</sup> semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>ème</sup> mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <sup>ème</sup> mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <sup>ème</sup> mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

si autre, précisez : .....

### 2. Farinés et mixés :

	1 Farine	2 Viandes	3 Poissons	4 Pommes de terre	5 Légumes	6 Fruits		1	2	3	4	5	6
1 <sup>er</sup> jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>ème</sup> – 7 <sup>ème</sup> jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>ème</sup> – 4 <sup>ème</sup> semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>ème</sup> mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <sup>ème</sup> mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <sup>ème</sup> mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Si votre enfant a bu ou boit du lait en poudre pour bébé, indiquer le plus précisément possible le **nom** de chaque lait. Précisez pendant **combien de temps** approximativement ce lait a été utilisé :

Lait 1 : .....

- Durée : ☐1. moins d'1 semaine  
☐2. entre 1 semaine et 1 mois  
☐3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois  
☐4. depuis sa naissance sans interruption

13     nom  
14  durée

Lait 2 : .....

- Durée : ☐1. moins d'1 semaine  
☐2. entre 1 semaine et 1 mois  
☐3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois  
☐4. depuis sa naissance sans interruption

15     nom  
16  durée

Lait 3 : .....

- Durée : ☐1. moins d'1 semaine  
☐2. entre 1 semaine et 1 mois  
☐3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois  
☐4. depuis sa naissance sans interruption

17     nom  
18  durée

Lait 4 : .....

- Durée : ☐1. moins d'1 semaine  
☐2. entre 1 semaine et 1 mois  
☐3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois  
☐4. depuis sa naissance sans interruption

19     nom  
20  durée

Lait 5 : .....

- Durée : ☐1. moins d'1 semaine  
☐2. entre 1 semaine et 1 mois  
☐3. plus d'1 mois mais moins de 4 mois  
☐4. depuis sa naissance sans interruption

21     nom  
22  durée

4. Si vous allaitez ou avez allaité votre bébé au sein

Continuez-vous à allaiter actuellement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	23	<input type="checkbox"/>
si non, . à quelle date avez-vous arrêté définitivement (jj/mm/aa) :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	24	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
. pour quelle(s) raison(s) avez-vous arrêté :			
- douleur, infection au niveau du sein	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	25	<input type="checkbox"/>
- problème de santé du bébé	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	26	<input type="checkbox"/>
- reprise du travail ou d'autres activités	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	27	<input type="checkbox"/>
- quantité de lait insuffisante	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	28	<input type="checkbox"/>
- je n'en avais plus envie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	29	<input type="checkbox"/>
- manque de temps, de disponibilité	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	30	<input type="checkbox"/>
- autre, précisez : .....		31	<input type="checkbox"/>
5. Actuellement, combien de repas par jour votre bébé prend-il en moyenne ?	<input type="text"/>	32	<input type="checkbox"/>
6. Prend-il toujours régulièrement un ou plusieurs repas la nuit (entre 23h et 6h du matin) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	33	<input type="checkbox"/>
si oui, combien de repas :	<input type="text"/>	34	<input type="checkbox"/>
7. Actuellement, en dehors de la nuit, pour donner à manger à votre bébé :			
<input type="checkbox"/> 1. vous ne lui donnez à manger que lorsqu'il réclame			
<input type="checkbox"/> 2. vous le sollicitez à heures régulières mais uniquement s'il est réveillé			
<input type="checkbox"/> 3. vous le sollicitez à heures régulières même s'il dort			
<input type="checkbox"/> 4. autre :		35	<input type="checkbox"/>
si autre, précisez : .....			
8. D'une façon générale, diriez-vous qu'actuellement votre bébé :			
<input type="checkbox"/> 1. a toujours faim, réclame toujours			
<input type="checkbox"/> 2. réclame normalement pour un bébé de son âge			
<input type="checkbox"/> 3. doit être stimulé pour manger		36	<input type="checkbox"/>

9.	En général, lors d'un repas votre bébé tête-t-il :		
	<input type="checkbox"/> 1. vigoureusement jusqu'à la fin de la tétée ou du biberon		
	<input type="checkbox"/> 2. vigoureusement au début puis avec des pauses		
	<input type="checkbox"/> 3. peu vigoureusement avec des pauses dès le début		37 <input type="checkbox"/>
10.	Si vous donnez des biberons ou des aliments solides à votre bébé, que faites-vous lorsqu'il ne finit pas la quantité que vous avez préparée et qu'il n'est pas malade ?		
	<input type="checkbox"/> 1. vous insistez		
	<input type="checkbox"/> 2. vous laissez et lui proposez un peu plus tard		
	<input type="checkbox"/> 3. vous laissez et lui proposez son prochain repas plus tôt ou en quantité plus abondante		
	<input type="checkbox"/> 4. vous laissez et attendez qu'il manifeste de nouveau sa faim		
	<input type="checkbox"/> 5. autre :		
	si autre, précisez : .....		
	<input type="checkbox"/> 6. Cela n'arrive jamais		38 <input type="checkbox"/>
11.	Actuellement, en moyenne combien de selles votre bébé fait-il par jour lorsqu'il n'est pas malade ?	<input type="text"/>	39 <input type="checkbox"/>
	si moins d'une selle par jour, combien de selles par semaine ? <input type="text"/>	40	<input type="checkbox"/>
Comment décririez-vous l'aspect habituel de ses selles :			
	consistance :	<input type="checkbox"/> 1. liquide	
		<input type="checkbox"/> 2. molle	
		<input type="checkbox"/> 3. solide	44 <input type="checkbox"/>
	couleur :	<input type="checkbox"/> 1. jaune	
		<input type="checkbox"/> 2. foncée	42 <input type="checkbox"/>

## Partie 2 : Votre santé

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.  
Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant la réponse  
qui vous semble le mieux décrire comment vous vous sentez.

<b>1. <u>Au cours du dernier mois,</u> comment vous sentiez-vous sur le plan physique ?</b>		
<input type="checkbox"/> 1.	très bien	
<input type="checkbox"/> 2.	assez bien	
<input type="checkbox"/> 3.	assez mal	
<input type="checkbox"/> 4.	très mal	1 <input type="checkbox"/>
<b>et sur le plan moral ?</b>		
<input type="checkbox"/> 1.	très bien	
<input type="checkbox"/> 2.	assez bien	
<input type="checkbox"/> 3.	assez mal	
<input type="checkbox"/> 4.	très mal	2 <input type="checkbox"/>
<b>2. <u>Au cours du dernier mois,</u> avez-vous eu les problèmes de santé suivants :</b>		
<b>une grande fatigue :</b>	<input type="checkbox"/> 1. tout le temps <input type="checkbox"/> 2. souvent <input type="checkbox"/> 3. parfois <input type="checkbox"/> 4. jamais	3 <input type="checkbox"/>
<b>des maux de tête :</b>	<input type="checkbox"/> 1. tout le temps <input type="checkbox"/> 2. souvent <input type="checkbox"/> 3. parfois <input type="checkbox"/> 4. jamais	4 <input type="checkbox"/>
<b>mal au dos :</b>	<input type="checkbox"/> 1. tout le temps <input type="checkbox"/> 2. souvent <input type="checkbox"/> 3. parfois <input type="checkbox"/> 4. jamais	5 <input type="checkbox"/>
<b>mal à l'estomac ou aux intestins (douleurs, brûlures, coliques, nausées,...) :</b>	<input type="checkbox"/> 1. tout le temps <input type="checkbox"/> 2. souvent <input type="checkbox"/> 3. parfois <input type="checkbox"/> 4. jamais	6 <input type="checkbox"/>
<b>3. <u>Au cours du dernier mois,</u> avez-vous pris les médicaments suivants ?</b>		
. aspirine, paracétamol (effergal, dafalgan, doliprane) ou ibuprofène (advil, ...) :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	7 <input type="checkbox"/>
. des somnifères :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	8 <input type="checkbox"/>
. des tranquillisants ou anxiolytiques :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	9 <input type="checkbox"/>
. des antidépresseurs :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	10 <input type="checkbox"/>
. des fortifiants :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	11 <input type="checkbox"/>

<p><b>4. <u>Depuis votre retour de la maternité, avez-vous été hospitalisée ?</u></b></p> <p><input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p>si oui, combien de jours au total : <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>pour quelles raisons : .....</p>	<p>12 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>13 <input type="text"/><input type="text"/> code CIM</p> <p>14 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>15 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>
<p><b>5. <u>Depuis votre retour de la maternité,</u></b></p> <p>Avez-vous consulté un médecin généraliste <u>pour vous</u> ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p>si oui, combien de fois au total : <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Avez-vous consulté un gynécologue ou un obstétricien ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p>si oui, combien de fois au total : <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Avez-vous consulté un psychiatre ou un psychologue ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p>si oui, combien de fois au total : <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Avez-vous consulté d'autres médecins spécialistes <u>pour vous</u> ?</p> <p><input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui</p> <p>si oui, quels spécialistes : .....</p>	<p>16 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>17 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>18 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>19 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>20 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>21 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>22 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>23 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>
<p><b>6. <u>Actuellement, utilisez-vous, vous ou votre partenaire, une méthode pour éviter d'être enceinte ?</u></b></p> <p><input type="checkbox"/>0. non <input type="checkbox"/>1. oui <input type="checkbox"/>2. Je n'ai pas eu de rapports depuis l'accouchement</p> <p>si oui, quelle(s) méthode(s) ?</p> <p><input type="checkbox"/>1. la pilule</p> <p><input type="checkbox"/>2. le stérilet</p> <p><input type="checkbox"/>3. les préservatifs masculins</p> <p><input type="checkbox"/>4. les crèmes, tampons ou ovules spermicides</p> <p><input type="checkbox"/>5. un diaphragme ou une autre méthode locale</p> <p><input type="checkbox"/>6. le retrait, l'abstinence périodique, la méthode des températures ou méthode Ogino, Billings</p> <p><input type="checkbox"/>7. une autre méthode, précisez : .....</p> <p>.....</p> <p>depuis quelle date, après votre accouchement, utilisez-vous cette méthode ?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (jour, mois, année)</p>	<p>24 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>25 <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>26 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>



**Lors de votre accouchement :**

- |    |  |   |    |                          |
|----|--|---|----|--------------------------|
| 1. | une épisiotomie a-t-elle été réalisée ?                                    | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 27 | <input type="checkbox"/> |
| 2. | avez-vous poussé longtemps (plus de 30 mn) ?                               | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 28 | <input type="checkbox"/> |
| 3. | a-t-on appuyé fortement sur le ventre pour faire sortir l'enfant ?         | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 29 | <input type="checkbox"/> |
| 4. | une déchirure de l'anus est-elle survenue ?                                | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 30 | <input type="checkbox"/> |
| 5. | avez-vous fait les séances de rééducation périnéale après l'accouchement ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 31 | <input type="checkbox"/> |

**Avez-vous déjà éprouvé des fuites involontaires d'urine ?**

- |    |  |   |    |                          |
|----|--|---|----|--------------------------|
| 6. | avant votre dernière grossesse                       | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 32 | <input type="checkbox"/> |
| 7. | pendant votre dernière grossesse                     | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 33 | <input type="checkbox"/> |
| 8. | la première semaine après votre dernier accouchement | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 34 | <input type="checkbox"/> |
| 9. | plus tard  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 35 | <input type="checkbox"/> |

*Si non aux questions 6 à 9, passez à la question 14*

*Si oui à l'une des questions 6 à 9 :*

- |     |   |   |    |                          |
|-----|---|---|----|--------------------------|
| 10. | avez-vous déjà consulté pour ces fuites d'urine ?               | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 36 | <input type="checkbox"/> |
| 11. | avez-vous déjà été opérée pour ces fuites d'urine ?             | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 37 | <input type="checkbox"/> |
| 12. | avez-vous déjà pris un médicament pour ces fuites d'urine ?     | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 38 | <input type="checkbox"/> |
| 13. | avez-vous déjà fait de la rééducation pour ces fuites d'urine ? | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 39 | <input type="checkbox"/> |

**Pour les questions 14 à 24 pensez au dernier mois :**

- |  |  |   |    |                          |
|--|--|---|----|--------------------------|
| 14.                                    | Avez-vous eu des fuites involontaires d'urine ?                  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui | 40 | <input type="checkbox"/> |
| <b>si non, passez à la question 23</b> |  |   |    |                          |
| si oui,                                |  |   |    |                          |
| 15.                                    | 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              |   | 41 | <input type="checkbox"/> |
| 16.                                    | 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                                 |   | 42 | <input type="checkbox"/> |
| 17.                                    | ces fuites involontaires d'urine sont-elles une gêne pour vous ? |   |    |                          |

	<input type="checkbox"/> 0. pas du tout	
	<input type="checkbox"/> 1. un peu	
	<input type="checkbox"/> 2. moyennement	
	<input type="checkbox"/> 3. beaucoup	43 <input type="checkbox"/>
18.	avez-vous des fuites d'urine à l'effort physique, la toux ou l'éternuement ?	
	<input type="checkbox"/> 0. jamais	
	<input type="checkbox"/> 1. parfois	
	<input type="checkbox"/> 2. quelquefois	
	<input type="checkbox"/> 3. souvent	
	<input type="checkbox"/> 4. tout le temps	44 <input type="checkbox"/>
19.	avez-vous des fuites d'urine précédées d'un besoin urgent ?	
	<input type="checkbox"/> 0. jamais	
	<input type="checkbox"/> 1. parfois	
	<input type="checkbox"/> 2. quelquefois	
	<input type="checkbox"/> 3. souvent	
	<input type="checkbox"/> 4. tout le temps	45 <input type="checkbox"/>
20.	avez-vous des fuites d'urine dans d'autres circonstances ?	
	<input type="checkbox"/> 0. jamais	
	<input type="checkbox"/> 1. parfois	
	<input type="checkbox"/> 2. quelquefois	
	<input type="checkbox"/> 3. souvent	
	<input type="checkbox"/> 4. tout le temps	46 <input type="checkbox"/>
	si oui, précisez : .....	
21.	la semaine dernière, combien de jours avez-vous eu des fuites d'urine ?	
	<input type="checkbox"/> 0. aucun	
	<input type="checkbox"/> 1. 1 à 2	
	<input type="checkbox"/> 2. 3 à 4	
	<input type="checkbox"/> 3. 5 à 6	
	<input type="checkbox"/> 4. tous les jours	47 <input type="checkbox"/>
22.	utilisez-vous des garnitures ou des protections pour ces fuites d'urine ?	
	<input type="checkbox"/> 0. aucune	
	<input type="checkbox"/> 1. 1 à 3 par semaine	
	<input type="checkbox"/> 2. 4 à 6 par semaine	
	<input type="checkbox"/> 3. 1 à 4 par jour	
	<input type="checkbox"/> 4. plus de 4 par jour	48 <input type="checkbox"/>
23.	Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé d'avoir des pertes involontaires de gaz ou de selles ?	
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	49 <input type="checkbox"/>
	si oui, avez-vous :	
	des pertes involontaires de gaz ?	

<input type="checkbox"/> 0.	jamais		
<input type="checkbox"/> 1.	moins d'1 fois par semaine		
<input type="checkbox"/> 2.	1 fois par semaine ou plus		
<input type="checkbox"/> 3.	tous les jours	50	<input type="checkbox"/>
des pertes involontaires de selles liquides ?			
<input type="checkbox"/> 0.	jamais		
<input type="checkbox"/> 1.	moins d'1 fois par semaine		
<input type="checkbox"/> 2.	1 fois par semaine ou plus		
<input type="checkbox"/> 3.	tous les jours	51	<input type="checkbox"/>
des pertes involontaires de selles solides ?			
<input type="checkbox"/> 0.	jamais		
<input type="checkbox"/> 1.	moins d'1 fois par semaine		
<input type="checkbox"/> 2.	1 fois par semaine ou plus		
<input type="checkbox"/> 3.	tous les jours	52	<input type="checkbox"/>
24.	Depuis combien de temps avez-vous ces pertes involontaires de gaz ou de selles ?		
	avant la dernière grossesse :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	53 <input type="checkbox"/>
	pendant la dernière grossesse :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	54 <input type="checkbox"/>
	depuis le dernier accouchement :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	55 <input type="checkbox"/>

## Votre moral

Ces questions sur votre moral portent sur la semaine qui vient de s'écouler (c'est-à-dire sur les 7 derniers jours) et pas seulement sur aujourd'hui.

Voici un exemple :

***Je me suis sentie heureuse***

- ☐|0. non, pas du tout  
☐|1. non, pas très souvent  
☒|2. oui, la plupart du temps  
☐|3. oui, tout le temps

ceci signifiera « je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler »

**Durant la semaine qui vient de s'écouler :**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté                                       |                            |
| <input type="checkbox"/>  0. absolument pas   |                            |
| <input type="checkbox"/>  1. vraiment beaucoup moins ces jours-ci qu'habituellement     |                            |
| <input type="checkbox"/>  2. pas tout à fait autant que d'habitude                      |                            |
| <input type="checkbox"/>  3. aussi souvent que d'habitude                               | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir                         |                            |
| <input type="checkbox"/>  0. pratiquement pas   |                            |
| <input type="checkbox"/>  1. vraiment moins que d'habitude                              |                            |
| <input type="checkbox"/>  2. plutôt moins que d'habitude                                |                            |
| <input type="checkbox"/>  3. autant que d'habitude                                      | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal |                            |
| <input type="checkbox"/>  0. non, jamais  |                            |
| <input type="checkbox"/>  1. pas très souvent   |                            |
| <input type="checkbox"/>  2. oui, parfois   |                            |
| <input type="checkbox"/>  3. oui, la plupart du temps                                   | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs                                  |                            |
| <input type="checkbox"/>  0. non, pas du tout   |                            |
| <input type="checkbox"/>  1. presque jamais   |                            |
| <input type="checkbox"/>  2. oui, parfois   |                            |
| <input type="checkbox"/>  3. oui, très souvent  | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons                      |                            |
| <input type="checkbox"/>  0. non, pas du tout   |                            |
| <input type="checkbox"/>  1. non, pas très souvent                                      |                            |
| <input type="checkbox"/>  2. oui, parfois   |                            |
| <input type="checkbox"/>  3. oui, vraiment souvent                                      | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements                             |                            |

	<input type="checkbox"/>  0.	non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude	6	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>  1.	non, j'ai pu faire face à la plupart des situations		
	<input type="checkbox"/>  2.	oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude		
	<input type="checkbox"/>  3.	oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations		
7.	Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil		7	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>  0.	non, pas du tout		
	<input type="checkbox"/>  1.	pas très souvent		
	<input type="checkbox"/>  2.	oui, parfois		
	<input type="checkbox"/>  3.	oui, la plupart du temps		
8.	Je me suis sentie triste ou peu heureuse		8	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>  0.	non, pas du tout		
	<input type="checkbox"/>  1.	pas très souvent		
	<input type="checkbox"/>  2.	oui, très souvent		
	<input type="checkbox"/>  3.	oui, la plupart du temps		
9.	Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré		9	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>  0.	non, jamais		
	<input type="checkbox"/>  1.	seulement de temps en temps		
	<input type="checkbox"/>  2.	oui, très souvent		
	<input type="checkbox"/>  3.	oui, la plupart du temps		
10.	Il m'est arrivé de penser à me faire du mal		10	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>  0.	jamais		
	<input type="checkbox"/>  1.	presque jamais		
	<input type="checkbox"/>  2.	parfois		
	<input type="checkbox"/>  3.	oui, très souvent		

## Votre mode de vie

- |    |   |                    |    |     |
|----|---|--------------------|----|-----|
| 1. | Actuellement, fumez-vous ?  | _ 0. non  _ 1. oui | 1  | _   |
|    | si oui, . combien de cigarettes par jour ?  | _ _                | 2  | _ _ |
|    | . fumiez-vous pendant la grossesse ?  | _ 0. non  _ 1. oui | 3  | _   |
|    | si vous ne fumiez pas pendant votre grossesse et que vous fumez actuellement, quel âge avait votre enfant quand vous avez (re)commencé à fumer ?  _ _  mois  _ _  semaines 4  _ _ _ _                     |                    |    |     |
|    |   |                    |    |     |
| 2. | Votre partenaire, fume-t-il ?   | _ 0. non  _ 1. oui | 5  | _   |
|    | si oui, combien de cigarettes par jour ?  | _ _                | 6  | _ _ |
|    |   |                    |    |     |
| 3. | Actuellement combien de verres de boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs, digestifs, etc) buvez-vous en moyenne par jour ?   |                    |    |     |
|    | _ _ 1. les jours de semaine...  |                    | 7  | _ _ |
|    | _ _ 2. les samedi et dimanche   |                    | 8  | _ _ |
|    |   |                    |    |     |
| 4. | Si vous avez allaité (ou si vous allaitez) votre enfant au sein, pendant la période ou vous avez allaité, buviez-vous (ou buvez-vous) la même quantité de boissons alcoolisées qu'avant votre grossesse ? |                    |    |     |
|    | _ 0. je n'ai pas allaité mon enfant au sein   |                    |    |     |
|    | _ 1. je ne buvais pas du tout d'alcool avant la grossesse   |                    |    |     |
|    | _ 2. je buvais plus de boissons alcoolisées pendant l'allaitement qu'avant la grossesse   |                    |    |     |
|    | _ 3. je buvais moins de boissons alcoolisées pendant l'allaitement qu'avant la grossesse  |                    |    |     |
|    | _ 4. je buvais la même quantité de boissons alcoolisées pendant l'allaitement qu'avant la grossesse   |                    |    |     |
|    |   |                    | 9  | _   |
|    |   |                    |    |     |
| 5. | Actuellement, que vous soyez conductrice ou passagère, vous arrive-t-il de ne pas attacher votre ceinture en voiture pour un <u>trajet court</u> ?  |                    |    |     |
|    | _ 0. jamais   |                    |    |     |
|    | _ 1. parfois  |                    |    |     |
|    | _ 2. souvent  |                    |    |     |
|    | _ 3. toujours   |                    |    |     |
|    |   |                    | 10 | _   |
|    |   |                    |    |     |
| 6. | Et avant votre grossesse, vous arrivait-il de ne pas attacher votre ceinture en voiture pour un <u>trajet court</u> ?   |                    |    |     |
|    | _ 0. jamais   |                    |    |     |
|    | _ 1. parfois  |                    |    |     |
|    | _ 2. souvent  |                    |    |     |
|    | _ 3. toujours   |                    |    |     |
|    |   |                    | 11 | _   |

7. Actuellement, arrive-t-il au père de l'enfant de ne pas attacher sa ceinture en voiture pour un trajet court ?  
☐0. jamais  
☐1. parfois  
☐2. souvent  
☐3. toujours 12 ☐
8. Avez-vous un siège ou un lit auto pour votre enfant dans votre voiture ?  
☐0. non ☐1. oui ☐2. vous n'avez pas de voiture 13 ☐
- si oui, vous arrive-t-il, pour un trajet court, de ne pas mettre votre enfant dedans ?  
☐0. non ☐1. oui ☐2. vous n'avez pas de voiture 14 ☐
- en voiture, quand il n'est pas dans le siège ou le lit auto, où est-il ?  
☐1. dans les bras  
☐2. dans un couffin  
☐3. dans une nacelle de poussette ou de landau  
☐4. autre 15 ☐
9. Vivez-vous avec le père de l'enfant ?  
☐0. non, vous vivez seule  
☐1. non, vous vivez avec un autre compagnon  
☐2. non, vous vivez avec d'autres personnes adultes  
☐3. oui 16 ☐
10. Quelle est votre situation familiale, d'un point de vue légal ?  
☐1. mariée  
☐2. célibataire  
☐3. divorcée  
☐4. séparée  
☐5. PACS ou vie maritale  
☐6. autre 17 ☐
- si autre, précisez : .....

### Partage des tâches de soins au bébé

Actuellement, qui accomplit les tâches suivantes qui concernent votre enfant de 4 mois, à la maison ?

11. Préparer son repas  
☐0. mon bébé est exclusivement nourri au sein  
☐1. vous toujours  
☐2. vous le plus souvent  
☐3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble  
☐4. votre partenaire le plus souvent  
☐5. votre partenaire toujours  
☐6. une autre personne le plus souvent 18 ☐

12.	Donner le biberon ou le repas	
	<input type="checkbox"/> 0. mon bébé est exclusivement nourri au sein	
	<input type="checkbox"/> 1. vous toujours	
	<input type="checkbox"/> 2. vous le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble	
	<input type="checkbox"/> 4. votre partenaire le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 5. votre partenaire toujours	
	<input type="checkbox"/> 6. une autre personne le plus souvent	19 <input type="checkbox"/>
13.	Se lever la nuit pour le bébé	
	<input type="checkbox"/> 1. vous toujours	
	<input type="checkbox"/> 2. vous le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble	
	<input type="checkbox"/> 4. votre partenaire le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 5. votre partenaire toujours	
	<input type="checkbox"/> 6. une autre personne le plus souvent	20 <input type="checkbox"/>
14.	Changer les couches	
	<input type="checkbox"/> 1. vous toujours	
	<input type="checkbox"/> 2. vous le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble	
	<input type="checkbox"/> 4. votre partenaire le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 5. votre partenaire toujours	
	<input type="checkbox"/> 6. une autre personne le plus souvent	21 <input type="checkbox"/>
15.	Donner le bain	
	<input type="checkbox"/> 1. vous toujours	
	<input type="checkbox"/> 2. vous le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble	
	<input type="checkbox"/> 4. votre partenaire le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 5. votre partenaire toujours	
	<input type="checkbox"/> 6. une autre personne le plus souvent	22 <input type="checkbox"/>
16.	L'accompagner chez le médecin	
	<input type="checkbox"/> 1. vous toujours	
	<input type="checkbox"/> 2. vous le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 3. vous ou votre partenaire à égalité ou ensemble	
	<input type="checkbox"/> 4. votre partenaire le plus souvent	
	<input type="checkbox"/> 5. votre partenaire toujours	
	<input type="checkbox"/> 6. une autre personne le plus souvent	23 <input type="checkbox"/>
<b>Reprise du travail et mode de garde</b>		
17.	Depuis la naissance de votre bébé, avez-vous repris le travail ?	
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. Je ne travaillais pas avant ma grossesse	24 <input type="checkbox"/>
	si oui, à quelle date avez-vous repris le travail ? (jour, mois, année)	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25 <input type="text"/>
18.	Actuellement, si vous travaillez, quel est le <u>principal</u> mode de garde de votre enfant pendant vos heures de travail ?	



- ☐1. crèche collective
- ☐2. crèche familiale
- ☐3. assistante maternelle
- ☐4. voisine, nourrice non agréée
- ☐5. membre de votre famille (mère, belle-mère, sœur, ...)
- ☐6. employée, baby-sitter qui vient à votre domicile
- ☐7. halte garderie
- ☐8. votre partenaire
- ☐9. vous-même

26 ☐

### Emploi de votre partenaire

19. Quelle est la situation professionnelle actuelle de votre partenaire ?

- ☐0. sans emploi volontairement (homme au foyer ?)
- ☐1. au chômage, à la recherche d'un emploi
- ☐2. même emploi qu'avant la naissance
- ☐3. emploi différent (quelle profession ? .....)

27 ☐  
code professionnel  
28 ☐☐☐☐☐

20. Si votre partenaire a un emploi actuellement, risque-t-il de perdre prochainement cet emploi ? ☐0. non ☐1. oui

29 ☐

21. Votre partenaire a-t-il pris le congé de paternité ? ☐0. non ☐1. oui  
si oui,

30 ☐

. combien de jours a-t-il pris au titre du congé de paternité ? ☐☐

31 ☐☐

. a-t-il perçu l'intégralité de son salaire pendant ce congé de paternité ?

☐0. non ☐1. oui

32 ☐

22. Votre partenaire a-t-il pris des jours de congé pour la naissance de votre enfant en dehors du congé de paternité ? ☐0. non ☐1. oui

33 ☐

si oui, combien de jours a-t-il pris ? ☐☐

34 ☐☐

23. Dans quel délai après la naissance a-t-il pris ces jours de congé (de paternité ou autre) (*plusieurs réponses possibles*) ?

- ☐1. dans la semaine qui a suivi
- ☐2. dans les 15 jours qui ont suivi
- ☐4. dans le mois qui a suivi
- ☐8. au-delà du premier mois

35 ☐☐

24. Le salaire de votre partenaire est-il supérieur à 2 432 euros brut par mois, (15 953 FF) (plafond de la sécurité sociale en 2003) ☐0. non ☐1. oui

36 ☐

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