

N° d'identification : | | | | |



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



Maternité de Nancy

# Auto-questionnaire EDEN

## Votre enfant à 4 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*

(Sur feuille détachable)

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

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

La date du déménagement : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

1 |\_|\_|\_|\_|

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

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

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

Pourriez-vous également nous donner l'adresse d'un des grands-parents de l'enfant (pour pouvoir vous y envoyer un courrier au cas où nous ne pourrions plus vous joindre à votre adresse ou numéros de téléphone)

2 |\_|

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

## La croissance de votre enfant depuis l'âge de 3 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 3 ans (si plus de 2 mesures ont été notées, choisir la dernière mesure de chaque semestre)

<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	_ _ , _

Si vous n'avez pas rempli tous les questionnaires précédents, pouvez-vous retrouver dans le carnet de santé, des mesures de votre enfant

- vers l'âge de 3 mois :

	date (jj/mm/aa)	_ _   _ _   _ _	9	_ _ _ _
	poids (kg)	_ _ , _	10	_ _ , _
	taille (cm)	_ _ , _	11	_ _ , _
	périmètre crânien (cm)	_ _ , _	12	_ _ , _

- vers l'âge de 1 an :

	date (jj/mm/aa)	_ _   _ _   _ _	13	_ _ _ _
	poids (kg)	_ _ , _	14	_ _ , _
	taille (cm)	_ _ , _	15	_ _ , _
	périmètre crânien (cm)	_ _ , _	16	_ _ , _

- vers l'âge de 2 ans :

	date (jj/mm/aa)	_ _   _ _   _ _	17	_ _ _ _
	poids (kg)	_ _ , _	18	_ _ , _
	taille (cm)	_ _ , _	19	_ _ , _
	périmètre crânien (cm)	_ _ , _	20	_ _ , _

- vers l'âge de 3 ans :

	date (jj/mm/aa)	_ _   _ _   _ _	21	_ _ _ _
	poids (kg)	_ _ , _	22	_ _ , _
	taille (cm)	_ _ , _	23	_ _ , _
	périmètre crânien (cm)	_ _ , _	24	_ _ , _

## La santé de votre enfant

(Répondez avec l'aide du carnet de santé)

1. Votre enfant a-t-il/elle été hospitalisé(e) depuis l'âge de 3 ans (pour maladie, chirurgie... y compris les hospitalisations de jour) ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 1 |\_|
- si oui, combien de fois ? |\_|\_|
- 2 |\_|\_|
- si oui, indiquez la ou les raison(s) de son (ou de ses) hospitalisation(s) :
- Code CIM
- ..... 3 |\_|\_|\_|\_|
- ..... 4 |\_|\_|\_|\_|
- ..... 5 |\_|\_|\_|\_|
2. Depuis l'âge de 3 ans, avez-vous consulté pour votre enfant aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 6 |\_|
- si oui, combien de fois ? |\_|\_|
- 7 |\_|\_|
3. Depuis l'âge de 3 ans, avez-vous consulté pour votre enfant en PMI ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 8 |\_|
- si oui, combien de fois ? |\_|\_|
- 9 |\_|\_|
4. Depuis l'âge de 3 ans, avez-vous consulté un généraliste pour votre enfant ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 10 |\_|
- si oui, combien de fois ? |\_|\_|
- 11 |\_|\_|
5. Depuis l'âge de 3 ans, avez-vous consulté un pédiatre ou un autre médecin spécialiste (à son cabinet ou à l'hôpital) pour votre enfant ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 12 |\_|
- si oui : . combien de fois au total ? |\_|\_|
- 13 |\_|\_|
- . combien de spécialistes différents ? |\_|\_|
- 14 |\_|\_|
6. Depuis l'âge de 3 ans, votre enfant a-t-il/elle eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché alors qu'il/elle n'avait pas d'infection respiratoire (ni rhume, ni rhino-pharyngite, ni grippe...) ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 15 |\_|
- si oui, ces problèmes de nez étaient-ils accompagnés de larmoiements (pleurs) ou de démangeaisons (envie de se gratter) des yeux ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 16 |\_|
7. Depuis l'âge de 3 ans, votre enfant a-t-il/elle eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque ?
- |\_|0. non |\_|1. oui
- 17 |\_|

**Si vous avez répondu NON passez directement à la question 10**

8. Combien de fois a-t-il/elle eu des crises de sifflements au cours de la dernière année ?
- 1 1 à 3 fois
- 2 4 à 12 fois
- 3 plus de 12 fois 18
9. Combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements l'ont-il/elle réveillé la nuit au cours de la dernière année ?
- 0 jamais réveillé avec des sifflements
- 1 moins d'une nuit par semaine
- 2 une ou plusieurs nuits par semaine 19
10. Depuis l'âge de 3 ans, votre enfant a-t-il/elle eu une crise d'asthme ?
0. non 1. oui 20
- si oui,
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois un traitement prescrit par un médecin ? 0. non 1. oui 21
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une visite aux urgences ?
0. non 1. oui 22
- . ce problème a-t-il nécessité au moins une fois une hospitalisation ?
0. non 1. oui 23
11. **Depuis sa naissance**, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant était asthmatique ? 0. non 1 ou 24
12. Depuis l'âge de 3 ans, 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 ? 0. non 1. oui 25
- Si vous avez répondu NON passez directement à la question 15**
13. Cette éruption qui démange a-t-elle, touché l'une des zones suivantes : les plis des coudes, derrière les genoux, en avant des chevilles, sous les fesses, autour du cou, autour des yeux ou des oreilles ? 0. non 1. oui 26
14. Combien de fois au cours de cette dernière année cette éruption qui démange a-t-elle empêché votre enfant de dormir ?
- 0 jamais
- 1 une nuit au cours d'une même semaine ou moins
- 2 plusieurs nuits au cours d'une même semaine 27
15. **Depuis sa naissance**, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant avait de l'eczéma ou une dermatite atopique ? 0. non 1 oui 28
16. **Depuis sa naissance**, un médecin vous a-t-il déjà dit que votre enfant avait une intolérance au lait ? 0. non 1. oui 29
- si oui, s'agissait-il d'intolérance :
- . aux protéines de lait de vache : 0. non 1. oui 2. ne sait pas 30
- . au lactose : 0. non 1. oui 2. ne sait pas 31

17.	<b>Depuis l'âge de 3 ans</b> , votre enfant a-t-il/elle eu des réactions exagérées (gonflement des lèvres, du visage, problèmes gastro-intestinaux) après avoir consommé un aliment ?	_ 0. non  _ 1. oui	32	_
	si oui, . pour quel aliment ? .....			.....
	. quelle réaction ? .....			.....
	. combien de temps après l'ingestion ?	_ _  h  _ _ mn	33	_   _
18.	<b>Depuis sa naissance</b> , un médecin vous a t-il déjà dit que votre enfant avait une allergie alimentaire ?	_ 0. non  _ 1. oui	34	_
	si oui, . pour quel aliment ? .....			.....
	. est-ce que vous avez éliminé un aliment particulier ou une boisson en raison de cette allergie ?	_ 0. non  _ 1. oui	35	_
19.	<u>Depuis l'âge de 3 ans</u> , votre enfant a-t-il/elle 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) ?	_ 0. non  _ 1. oui	36	_
	si oui, type de réaction :	après piqûre d'insecte	après médicament	
	- gonflement exagéré au point de piqûre	_	_	37  _
	- gonflement du visage	_	_	38  _
	- urticaire généralisée	_	_	39  _
	- vomissements ou diarrhée	_	_	40  _
	- étouffement	_	_	41  _
	- malaise	_	_	42  _
	- perte de connaissance	_	_	43  _
	- oedème de Quincke	_	_	44  _
20.	<u>Depuis l'âge de 3 ans</u> , votre enfant a-t-il/elle eu un ou plusieurs accident(s), que ce soit à la maison, dans la voiture, dehors ... ?	_ 0. non  _ 1. oui	45	_
	si oui, précisez le(s) type(s) d'accident(s) (cochez les cases correspondantes) :			
	. chute avec traumatisme crânien	_		46  _
	. chute avec fracture	_		47  _
	. brûlure	_		48  _
	. électrocution	_		49  _
	. intoxication	_		50  _
	. accident de la circulation	_		51  _
	. autre	_		52  _
	si autre, précisez : .....			

21.	Avez-vous consulté un psychologue, un pédopsychiatre, une psychomotricienne ou un Centre Médico-Psychiatrique (CMP) pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	53	<input type="checkbox"/>
	si oui, combien de fois ?	<input type="text"/>	54	<input type="text"/>
	pour quels motifs :			
	- à cause de difficultés de votre enfant (sommeil, alimentation, comportement)	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	55	<input type="checkbox"/>
	- pour faire des tests	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	56	<input type="checkbox"/>
	- pour une autre raison	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	57	<input type="checkbox"/>
22.	Avez-vous déjà consulté un ophtalmologiste pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	58	<input type="checkbox"/>
23	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	59	<input type="checkbox"/>
	. myopie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	60	<input type="checkbox"/>
	. hypermétropie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	61	<input type="checkbox"/>
	. astigmatisme	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas	62	<input type="checkbox"/>
	. autre	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	63	<input type="checkbox"/>
	si autre, précisez : .....			
24.	Est-ce qu'on lui a prescrit des lunettes ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	64	<input type="checkbox"/>
	si oui, les porte-t-il/elle régulièrement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	65	<input type="checkbox"/>
25.	Votre enfant a-t-il/elle consulté un(e) orthoptiste (rééducation des yeux) ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	66	<input type="checkbox"/>
	si oui, était-ce : . pour un bilan :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	67	<input type="checkbox"/>
	. pour une rééducation :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	68	<input type="checkbox"/>
26.	Avez-vous déjà consulté un ORL pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	69	<input type="checkbox"/>
27.	Votre enfant a-t-il/elle des problèmes d'audition ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	70	<input type="checkbox"/>
	si oui, lesquels ? .....		71	<input type="text"/>
			72	<input type="text"/>
28.	A-t-il/elle un appareil pour mieux entendre ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	73	<input type="checkbox"/>
29.	Votre enfant a-t-il/elle consulté pour une rééducation orthophonique ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	74	<input type="checkbox"/>
	si oui, était-ce : . pour bilan :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	75	<input type="checkbox"/>
	. pour une rééducation :	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	76	<input type="checkbox"/>

30. Votre enfant est-il/elle déjà allé chez le dentiste ? 0. non 1. oui  
 si oui, pour quelle(s) raison(s) ?
1. contrôle  
2. douleur  
3. traumatisme  
4. carie  
5. autre : précisez : .....

77

78

31. Depuis l'âge de 3 ans, si votre enfant a ou a eu, d'autre(s) problème(s) de santé que ceux des questions précédentes (en dehors des rhinopharyngites ou rhumes) qui ont nécessité une consultation médicale, merci de les lister ci-dessous : (*vous pouvez vous aider de son carnet de santé*) :

Code CIM

- ..... 79
- ..... 80
- ..... 81
- ..... 82
- ..... 83
- ..... 84
- ..... 85
- ..... 86
- ..... 87

Pour les questions 32 à 35, entourez le chiffre correspondant à votre réponse

32. 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

88

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

1-----2-----3-----4

très vrai                      plutôt vrai                      peu vrai                      pas du tout vrai

89

34. 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

90

35. Votre enfant refuse de goûter ce qu'il/elle ne connaît pas

1-----2-----3-----4

très vrai                      plutôt vrai                      peu vrai                      pas du tout vrai

91





« pas encore »).

- |     |               |            |
|-----|---------------|------------|
|     | 1-----2-----3 |            |
| oui | parfois       | pas encore |
| 3   |               | __         |
4. Votre enfant saute-t-il/elle sur un seul pied (le droit ou le gauche) au moins une fois sans perdre l'équilibre, ni tomber ?
- |     |               |            |
|-----|---------------|------------|
|     | 1-----2-----3 |            |
| oui | parfois       | pas encore |
| 4   |               | __         |
5. Votre enfant saute-t-il/elle vers l'avant sur une distance d'environ 50 cm en partant à pieds joints (en levant les deux pieds en même temps) ?
- |     |               |            |
|-----|---------------|------------|
|     | 1-----2-----3 |            |
| oui | parfois       | pas encore |
| 5   |               | __         |
6. En ne se tenant à aucun support, votre enfant se tient-il/elle sur un pied pendant au moins 5 secondes sans perdre l'équilibre ni poser l'autre pied par terre ? Vous pouvez laisser votre enfant essayer deux ou trois fois avant de répondre à la question.
- |     |               |            |
|-----|---------------|------------|
|     | 1-----2-----3 |            |
| oui | parfois       | pas encore |
| 6   |               | __         |



### Motricité fine

1. Votre enfant assemble-t-il/elle un puzzle de 6 pièces ? (si vous n'avez pas de puzzle, prenez une image dans un magazine ou dans un catalogue et coupez-là en six). Votre enfant les remet-il/elle en place correctement ?
- |     |               |            |
|-----|---------------|------------|
|     | 1-----2-----3 |            |
| oui | parfois       | pas encore |
| 1   |               | __         |
2. Faites une ligne droite sur une feuille de papier. A l'aide de ciseaux pour enfant, votre enfant coupe-t-il/elle une feuille de papier en deux en suivant une ligne plus ou moins droite et en maniant correctement les ciseaux (surveillez votre enfant attentivement afin qu'il/elle ne se blesse pas) ?
- |     |               |            |
|-----|---------------|------------|
|     | 1-----2-----3 |            |
| oui | parfois       | pas encore |
| 2   |               | __         |







- |      |  |                      |                               |
|------|--|----------------------|-------------------------------|
|      | 1-----2-----3  |                      |                               |
| oui  | parfois  | pas encore           | 1   <input type="checkbox"/>  |
| <br> |  |                      |                               |
| 2.   | Répond-il/elle à au moins quatre des questions suivantes :   |                      |                               |
|      | - Quel est ton prénom  | __ 0. non  __ 1. oui | 2   <input type="checkbox"/>  |
|      | - Quel âge as-tu ?   | __ 0. non  __ 1. oui | 3   <input type="checkbox"/>  |
|      | - Dans quelle ville est-ce que tu habites ?  | __ 0. non  __ 1. oui | 4   <input type="checkbox"/>  |
|      | - Quel est ton nom de famille ?  | __ 0. non  __ 1. oui | 5   <input type="checkbox"/>  |
|      | - Est-ce que tu es un garçon ou une fille ?  | __ 0. non  __ 1. oui | 6   <input type="checkbox"/>  |
|      | - Quel est ton numéro de téléphone ?   | __ 0. non  __ 1. oui | 7   <input type="checkbox"/>  |
| <br> |  |                      |                               |
| 3.   | Votre enfant se lave-t-il/elle les mains et le visage avec du savon et s'essuie-t-il/elle avec une serviette sans aide ?   |                      |                               |
|      | 1-----2-----3  |                      |                               |
| oui  | parfois  | pas encore           | 8   <input type="checkbox"/>  |
| <br> |  |                      |                               |
| 4.   | Votre enfant vous dit-il/elle le nom d'au moins deux compagnons de jeu, à l'exclusion de ses frères et de ses sœurs ? Posez cette question sans l'aider, c'est-à-dire sans suggérer des noms.                        |                      |                               |
|      | 1-----2-----3  |                      |                               |
| oui  | parfois  | pas encore           | 9   <input type="checkbox"/>  |
| <br> |  |                      |                               |
| 5.   | Votre enfant se brosse-t-il/elle les dents sans aide, en mettant du dentifrice sur la brosse à dent et en se brossant toutes les dents ? Il est fort possible que vous ayez à vérifier et à lui rebrosser les dents. |                      |                               |
|      | 1-----2-----3  |                      |                               |
| oui  | parfois  | pas encore           | 10   <input type="checkbox"/> |
| <br> |  |                      |                               |
| 6.   | Votre enfant s'habille-t-il/elle ou se déshabille-t-il/elle tout seul (à l'exception des boutons-pressions, des boutons et des fermetures éclair) ?  |                      |                               |
|      | 1-----2-----3  |                      |                               |
| oui  | parfois  | pas encore           | 11   <input type="checkbox"/> |

### Evaluation Globale

- |  |                      |                              |
|--|----------------------|------------------------------|
| 1. Pensez-vous que votre enfant parle comme les enfants de son âge ? | __ 0. non  __ 1. oui |                              |
| Sinon, veuillez expliquer _____                                      |                      | 1   <input type="checkbox"/> |
| _____  |                      |                              |
| _____  |                      |                              |
| <br>   |                      |                              |
| 2. Comprenez-vous la plupart du temps, ce que dit votre enfant ?     | __ 0. non  __ 1. oui |                              |
|  |                      | 2   <input type="checkbox"/> |

Sinon, veuillez expliquer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Pensez-vous que votre enfant marche, court et grimpe comme les enfants de son âge ? \_\_\_\_\_|0. non \_\_\_\_\_|1. oui 3 |\_\_\_\_|

Sinon, veuillez expliquer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Quelque chose chez votre enfant vous inquiète-t-il ? \_\_\_\_\_|0. non \_\_\_\_\_|1. oui 4 |\_\_\_\_|

Si oui, veuillez expliquer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ecole et Mode de garde

1. Votre enfant va-t-il/elle à l'école ?
0. non
1. oui, à temps partiel
2. oui, à temps plein
- 1
- si oui, depuis quel âge :  an(s)  mois
- 2
- si oui, comment s'est-il/elle adapté lors de l'entrée à l'école maternelle ?
1. sans difficultés
2. avec quelques difficultés
3. avec beaucoup de difficultés
- 3
- et actuellement comment est-il/elle adapté à l'école maternelle ?
1. sans difficultés
2. avec quelques difficultés
3. avec beaucoup de difficultés
- 4
- Votre enfant a-t-il bénéficié d'un bilan médical à l'école ?
0. non
1. oui
- 4bis
2. Quel est **actuellement**, en dehors de l'école, le **principal mode de garde** de votre enfant pendant vos heures de travail ? (*répondre uniquement si vous avez actuellement un emploi, sinon passez à la question 3*)
1. crèche collective
- 5
2. crèche familiale
- 6
3. garderie, centre aéré, centre de loisir
- 7
4. assistante maternelle
- 8
5. voisine, nourrice non agréée
- 9
6. membre de votre famille (mère, grands-parents, sœur..)
- 10
7. employée, baby-sitter qui vient à votre domicile
- 11
8. votre mari ou partenaire
- 12
9. autre, précisez : .....
- 13
- Récapitulatif du mode de garde de votre enfant depuis la naissance :
- Votre enfant a-t-il/elle été en crèche collective ? 0. non 1. oui
- 14
- . si oui, à partir de quel âge ?  an(s) et   mois
- 15
- . combien de temps au total depuis sa naissance a-t-il/elle fréquenté une crèche collective ?  an(s) et   mois
- 16
- Votre enfant a-t-il/elle été en crèche familiale ou chez une assistante maternelle ? 0. non 1. oui
- 17
- . si oui, à partir de quel âge ?  an(s) et   mois
- 18
- . combien de temps au total depuis sa naissance a-t-il/elle été en crèche familiale ou chez une assistante maternelle ?  an(s) et   mois
- 19

- Votre enfant a-t-il/elle été en garderie ou centre aéré ou de loisir ?
- |\_\_|0. non |\_\_|1. oui      20 |\_\_|
- . si oui, à partir de quel âge ?      |\_\_| an(s) et |\_\_| |\_\_| mois      21 |\_\_| |\_\_|
- . combien de temps au total a-t-il/elle fréquenté une garderie ou un centre aéré ?      |\_\_| an(s) et |\_\_| |\_\_| mois      22 |\_\_| |\_\_|
3. Combien de personnes vivent actuellement avec l'enfant au domicile familial ?
- . adultes d'au moins 18 ans      |\_\_|      23 |\_\_|
- . enfants de moins de 18 ans      |\_\_|      24 |\_\_|
4. Combien de personnes partagent actuellement la chambre à coucher de l'enfant ?
- . adultes d'au moins 18 ans      |\_\_|      25 |\_\_|
- . enfants de moins de 18 ans      |\_\_|      26 |\_\_|
5. Votre enfant vit-il/elle actuellement la plupart du temps ?
- |\_\_|1. chez sa mère et son père
- |\_\_|2. chez sa mère
- |\_\_|3. chez son père
- |\_\_|4. garde alternée père et mère
- |\_\_|5. autre, précisez : .....      27 |\_\_|

## Votre santé

1.	<u>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisée ?</u>	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	1	<input type="checkbox"/>
	si oui, combien de jours au total :	<input type="text"/> <input type="text"/>	2	<input type="text"/> <input type="text"/>
	si oui, dans le(s)quel(s) des services suivants :			
	. urgences	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	3	<input type="checkbox"/>
	. médecine	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	4	<input type="checkbox"/>
	. psychiatrie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	5	<input type="checkbox"/>
	. chirurgie	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	6	<input type="checkbox"/>
	. gynécologie obstétrique	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	7	<input type="checkbox"/>
	. autre	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	8	<input type="checkbox"/>
	Pour quelle(s) raison(s) avez-vous été hospitalisée ?			Code CIM
	:.....		9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	:.....		10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	:.....		11	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.	Avez-vous une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	12	<input type="checkbox"/>
	si oui, laquelle : .....			Code CIM
	si oui, existait-elle avant la naissance de votre enfant EDEN ?		13	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	14	<input type="checkbox"/>
3.	<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="text"/>	16	<input type="text"/>
	Pouvez-vous nous donner leurs dates de naissance ?		17	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			18	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			19	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Etes-vous enceinte actuellement ?	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. peut-être	21	<input type="checkbox"/>

## 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>3 <input type="checkbox"/></p>  |
| <p>4. 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>Travaillez-vous :</p> <p><input type="checkbox"/>1. à temps plein</p> <p><input type="checkbox"/>2. à temps partiel</p> <p>Combien d'heures par semaine travaillez-vous habituellement ? <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="text"/> <input type="text"/></p> |
| <p>5. Quel est le montant des revenus mensuels de votre ménage (en incluant toutes les sources de revenus : salaires, allocations, pensions, etc.) ?</p> <p><input type="checkbox"/>1. moins de 450 euros par mois</p> <p><input type="checkbox"/>2. de 451 à 800 euros</p> <p><input type="checkbox"/>3. de 801 à 1500 euros</p> <p><input type="checkbox"/>4. de 1501 à 2300 euros</p> <p><input type="checkbox"/>5. de 2301 à 3000 euros</p> <p><input type="checkbox"/>6. de 3001 à 3800 euros</p> <p><input type="checkbox"/>7. de 3801 à 4500 euros</p> <p><input type="checkbox"/>8. plus de 4500 euros</p>   | <p>18 <input type="checkbox"/></p>   |

## Événements de vie au cours de la dernière année

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

si autre, lequel : .....

2. Ce questionnaire a été rempli par :
- |                              |   |                             |
|------------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/>  1. | la mère seule                             |                             |
| <input type="checkbox"/>  2. | la mère avec quelqu'un : précisez : ..... |                             |
| <input type="checkbox"/>  3. | quelqu'un d'autre : précisez : .....      | 19 <input type="checkbox"/> |

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