

N° d'Identification : |_|_|_|_|_|



Etude des Déterminants pré et post natus

EDEN

du développement et de la santé de l'ENfant

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



Maternité de Nancy

Auto-questionnaire EDEN

Votre enfant à 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 : |_|_| |_|_| |_|_|

(Sur feuille détachable)

*Ne rien inscrire
dans cette colonne*

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	|_|_|_|_|

(Répondez avec l'aide du carnet de santé)

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

17. **Depuis l'âge de 3 ans**, 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. **Depuis sa naissance**, 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. Depuis l'âge de 3 ans, 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37 <input type="checkbox"/> |
| - gonflement du visage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38 <input type="checkbox"/> |
| - urticaire généralisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39 <input type="checkbox"/> |
| - vomissements ou diarrhée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40 <input type="checkbox"/> |
| - étouffement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41 <input type="checkbox"/> |
| - malaise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42 <input type="checkbox"/> |
| - perte de connaissance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43 <input type="checkbox"/> |
| - oedème de Quincke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44 <input type="checkbox"/> |
20. Depuis l'âge de 3 ans, 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 | <input type="checkbox"/> | 46 <input type="checkbox"/> |
| . chute avec fracture | <input type="checkbox"/> | 47 <input type="checkbox"/> |
| . brûlure | <input type="checkbox"/> | 48 <input type="checkbox"/> |
| . électrocution | <input type="checkbox"/> | 49 <input type="checkbox"/> |
| . intoxication | <input type="checkbox"/> | 50 <input type="checkbox"/> |
| . accident de la circulation | <input type="checkbox"/> | 51 <input type="checkbox"/> |
| . autre | <input type="checkbox"/> | 52 <input type="checkbox"/> |
- 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"/>

Code CIM

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 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ..... | 80 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ..... | 81 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ..... | 82 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ..... | 83 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ..... | 84 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ..... | 85 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ..... | 86 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ..... | 87 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

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 ☐

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

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

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

Avec le soutien de la Fondation Invest in Kids.

Copyright © 2000 par Paul H. Brookes Publishing Co.

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

Votre petite fille ou votre petit garçon est en mesure d'en exécuter un certain nombre ; par contre, il y en a d'autres que votre enfant n'a pas encore réalisées.

Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant avant d'entourer le chiffre approprié.

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

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

Répondez en entourant le chiffre choisi ou en cochant la case oui ou non. Merci de répondre à toutes les questions.

Communication

1. Votre enfant nomme-t-il/elle au moins trois éléments d'une catégorie courante ? (par exemple, si vous lui dites, « nomme-moi des choses que tu peux manger ! », répond-il/elle quelque chose du genre « gâteau, œufs, pain » ? Ou si vous dites, « donne-moi des noms d'animaux ! », répond-il/elle quelque chose comme « vache, chien, éléphant ? »).

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

oui

parfois

pas encore

1 | ☐ |

2. Votre enfant répond-il/elle aux deux questions suivantes :

« Qu'est-ce que tu fais quand tu as faim ? ».

Les réponses acceptables se rapprochent de : « je cherche un gâteau », « je mange », « je demande quelque chose à manger » et « je prends mon goûter ». Veuillez indiquer la réponse de votre enfant :

« Qu'est-ce que tu fais quand tu es fatigué ? ».

Les réponses acceptables se rapprochent de : « je fais dodo », « je vais dormir », « je vais dans mon lit » « je me repose » et « je m'assieds ». Veuillez indiquer la réponse de votre enfant :

Cochez « oui » s'il répond de façon appropriée aux 2 questions, « parfois » si votre enfant répond seulement à une des deux questions, pas encore s'il ne répond de façon appropriée à aucune des deux questions

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

oui

parfois

pas encore

2 | ☐ |

3. Votre enfant vous nomme-t-il/elle au moins deux caractéristiques pour décrire un objet courant ? Par exemple : si vous lui dites, « parle-moi de ta balle », dit-il/elle quelque chose du genre « elle est ronde, je la lance, elle est grosse » ?

Translated from the english : Ages & Stages Questionnaires : A Parent-Completed Child-monitoring System

2^e édition, Bricker et al. Copyright © 2000 par Paul H. Brookes Publishing Co.

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

1-----2-----3		
oui	parfois	pas encore

3 | ☐

4. Votre enfant utilise-t-il/elle les formes du pluriel et du féminin, comme dans : « j'entends les chiens », « je vois une petite chatte » et « j'ai des grosses balles » ?

1-----2-----3		
oui	parfois	pas encore

4 | ☐

5. Sans que vous l'aidiez en montrant du doigt ou en répétant, votre enfant suit-il/elle trois consignes qui n'ont pas de lien entre elles ? Par exemple, vous pouvez lui demander : « tape dans tes mains, va jusqu'à la porte et assieds-toi ».

1-----2-----3		
oui	parfois	pas encore

5 | ☐

6. Votre enfant utilise-t-il/elle tous les mots d'une phrase tels que « un », « le », « suis », « est » et « sont » pour faire des phrases complètes comme, par exemple : « je suis dans un arbre ! », « où est le manteau de papa ? » ou « les jouets sont beaux ».

1-----2-----3		
oui	parfois	pas encore

6 | ☐

Motricité globale

1. Votre enfant attrape-t-il/elle un gros ballon avec les deux mains ? Essayez deux ou trois fois de lui lancer le ballon en vous plaçant à une distance d'environ 1.50 m.



1-----2-----3		
oui	parfois	pas encore

1 | ☐

2. Votre enfant grimpe-t-il/elle les barreaux de l'échelle du toboggan du terrain de jeux puis se laisse-t-il/elle glisser sans aide ?

1-----2-----3		
oui	parfois	pas encore

2 | ☐

3. En se tenant debout, votre enfant lance-t-il/elle une balle en direction d'une personne située à environ 1.80 m ? Pour qu'il/elle puisse lancer la balle, l'enfant doit lever le bras à hauteur de l'épaule et lancer la balle vers l'avant (s'il/elle laisse tomber la balle ou la lance sans lever le bras, cochez



« 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 | |

3. Votre enfant reproduit-il/elle sur un grand morceau de papier, avec un crayon et sans dessiner par-dessus, au moins trois des formes dessinées ci-dessous ? Les dessins de l'enfant doivent reproduire les mêmes formes mais peuvent être d'une taille différente.

- | | | | |
|---|---------------|---------|------------|
| | 1-----2-----3 | | |
| | oui | parfois | pas encore |
| 3 |  |  | \|__\| |
-
- | | | | |
|----|---|---------|------------|
| 4. | Votre enfant défait-il/elle un ou plusieurs boutons ? Il/elle peut utiliser ses propres vêtements ou ceux d'une poupée. | | |
| | 1-----2-----3 | | |
| | oui | parfois | pas encore |
| 4 |  |  | \|__\| |
-
- | | | | |
|----|--|---------|------------|
| 5. | Votre enfant dessine-t-il/elle des personnages qui possèdent au moins trois des caractéristiques suivantes : tête, yeux, nez, bouche, cou, cheveux, tronc, bras, mains jambes ou pieds ? | | |
| | 1-----2-----3 | | |
| | oui | parfois | pas encore |
| 5 |  |  | \|__\| |
-
- | | | | |
|----|---|---------|------------|
| 6. | Votre enfant colorie-t-il/elle les dessins d'un album sans dépasser ? Il/elle ne devrait pas dépasser les traits de plus d'un centimètre sur la plupart des images. | | |
| | 1-----2-----3 | | |
| | oui | parfois | pas encore |
| 6 |  |  | \|__\| |

Résolution des problèmes

- | | | | |
|----|--|---------|------------|
| 1. | Lorsque vous dites « dis : cinq, huit, trois ! », votre enfant répète-t-il/elle ces trois seuls chiffres dans le bon ordre ? <i>Ne répétez pas les chiffres.</i> Si nécessaire, essayez avec une autre succession de chiffres et dites, par exemple : « dis : six, neuf, deux ! ». il suffit qu'il/elle répète correctement une seule série de trois chiffres pour que vous répondiez « oui » à la question. | | |
| | 1-----2-----3 | | |
| | oui | parfois | pas encore |
| 1 |  |  | \|__\| |
-
- | | | | |
|----|---|--|--|
| 2. | Si vous demandez à votre enfant, « montre-moi le plus petit cercle ! », désigne-t-il/elle le plus petit ? Posez cette question sans l'aider, c'est-à-dire sans faire de gestes ni montrer du doigt. | | |
|----|---|--|--|

2 | |

3 |—|

4 |_ |

5 | |

6 $\lfloor _ \rfloor$

Les autres compétences de votre enfant

1. A table, votre enfant se sert-il/elle tout seul à l'aide d'ustensiles ? Par exemple, peut-il/elle utiliser une grande cuillère pour prendre de la compote de pommes dans un bocal et la mettre dans son assiette ?

Sinon, veuillez expliquer _____

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

☐ 0. non ☐ 1. oui

3 | _ |

Sinon, veuillez expliquer _____

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

___ 0. non ___ 1. oui

4 | _ |

Si oui, veuillez expliquer _____

Ecole et Mode de garde

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

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

Votre santé

1. <u>Au cours des 12 derniers mois</u> , avez-vous été hospitalisée ?		
	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
:	.....	10 <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Avez-vous une maladie chronique ?		12 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui	Code CIM
si oui, laquelle :		13 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
si oui, existait-elle avant la naissance de votre enfant EDEN ?		
	<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 ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	17 <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	18 <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	19 <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	20 <input type="text"/> <input type="text"/> <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		
1. Vivez-vous avec le père de l'enfant participant à EDEN ?		
<input type="checkbox"/> 0. non, vous vivez seule		
<input type="checkbox"/> 1. non, vous vivez avec un autre compagnon		
<input type="checkbox"/> 2. non, vous vivez avec d'autre(s) personne(s) adulte(s)		
<input type="checkbox"/> 3. oui	1	<input type="text"/>
2. Quelle est votre situation familiale, actuelle d'un point de vue légal ?		
<input type="checkbox"/> 1. mariée		
<input type="checkbox"/> 2. célibataire		
<input type="checkbox"/> 3. divorcée		
<input type="checkbox"/> 4. séparée		
<input type="checkbox"/> 5. PACS		
<input type="checkbox"/> 6. autre	2	<input type="text"/>
si autre, précisez :		
3. Le père de l'enfant participant à EDEN a-t-il actuellement un emploi ?		
<input type="checkbox"/> 0. non, étudiant		
<input type="checkbox"/> 1. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi		
<input type="checkbox"/> 2. non, autre situation (invalidité, pension, ...)		
<input type="checkbox"/> 3. oui		
<input type="checkbox"/> 4. ne sait pas	3	<input type="text"/>
4. Actuellement, avez-vous une activité professionnelle ?		
<input type="checkbox"/> 0. non, femme au foyer		
<input type="checkbox"/> 1. non, congé maternité		
<input type="checkbox"/> 2. non, congé parental		
<input type="checkbox"/> 3. non, étudiante		
<input type="checkbox"/> 4. non, au chômage ou à la recherche d'un emploi		
<input type="checkbox"/> 5. non, autre situation (invalidité, pension, ...)		
<input type="checkbox"/> 6. oui	4	<input type="text"/>
Travaillez-vous :		
<input type="checkbox"/> 1. à temps plein		
<input type="checkbox"/> 2. à temps partiel	5	<input type="text"/>
Combien d'heures par semaine travaillez-vous habituellement ? <input type="text"/> <input type="text"/>	6	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Quel est le montant des revenus mensuels de votre ménage (en incluant toutes les sources de revenus : salaires, allocations, pensions, etc.) ?		
<input type="checkbox"/> 1. moins de 450 euros par mois		
<input type="checkbox"/> 2. de 451 à 800 euros		
<input type="checkbox"/> 3. de 801 à 1500 euros		
<input type="checkbox"/> 4. de 1501 à 2300 euros		
<input type="checkbox"/> 5. de 2301 à 3000 euros		
<input type="checkbox"/> 6. de 3001 à 3800 euros		
<input type="checkbox"/> 7. de 3801 à 4500 euros		
<input type="checkbox"/> 8. plus de 4500 euros	18	<input type="text"/>

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

2. Ce questionnaire a été rempli par :

<input type="text"/> 1.	la mère seule	
<input type="text"/> 2.	la mère avec quelqu'un : précisez :	
<input type="text"/> 3.	quelqu'un d'autre : précisez :	19 <input type="text"/>

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