

| **B** | _ | _ | _ | _ |



Enquête ENFAMS

Questionnaire parent :

Informations générales sur un des enfants de 0 à 5 ans

Heure de début : | _ | _ | H | _ | _ |

« Nous allons maintenant parler de la santé et de la vie quotidienne de votre enfant »

A. GENERALITES

A01.A. Date de naissance de l'enfant : _ _ / _ _ / _ _

A01.B. Pays de naissance de l'enfant :

A02. Sexe de l'enfant

- Fille
Garçon

A03. Quel est l'âge du père biologique de l'enfant (ou de la mère biologique si c'est le père qui est interrogé) ?

| _ | _ | âge **OU** | _ | _ | _ | _ | année de naissance

- Décédé Ne sait pas

A05. Quelle est (ou quelle était) la nationalité du père/de la mère biologique de votre enfant ?

!! Consigne : ne pas citer

- 1 Française 1
2 Etrangère (préciser) : 2
3 Double nationalité dont française (préciser) : 3
4 Double nationalité non française (préciser) : 4
5 Apatride 5
88 Ne veut pas répondre 88
99 Ne sait pas 99

A06. Dans quel pays le père/la mère biologique de votre enfant est-il(elle) né(e) ?

!! Consigne : ne pas citer

- 1 En France (DOM-TOM inclus) 1
- 2 Dans un autre pays, précisez : 2
- 9 Ne sait pas 9

A07. Si le père/la mère biologique de l'enfant ne vit pas avec vous, quel âge avait l'enfant lorsqu'il /elle est parti(e) ?

!! Consigne : ne pas citer. Attention, se référer au questionnaire parent (question E01.a ou E01.b) pour savoir si le père vit ou non avec l'enfant et ne poser la question que si celui-ci ne vit pas avec lui.

- 1 N'a jamais vécu avec l'enfant 1
- 2 Entre 0 et 1 an (1 an exclu) 2
- 3 Entre 1 et 3 ans (3 ans exclu) 3
- 4 Entre 3 et 6 ans (6 ans exclu) 4
- 5 6 ans ou plus 5
- 88 Ne veut pas répondre 88
- 99 Ne sait pas 99

B. HISTOIRE GROSSESSE ET PERINATALE

!! FILTRE :
Poser si enfant a moins de un an
Si NON : aller à C

“Nous allons commencer par l'histoire de votre grossesse pour cet enfant.”

!! Consigne : si c'est le père de l'enfant qui est interrogé, passer directement à la partie C du questionnaire

B01 - Quand avez-vous déclaré votre grossesse pour cet enfant (auprès de la CPAM) ?

!! Consigne : citer

- 0 Grossesse non déclarée 0
- 1 Au 1er trimestre 1
- 2 Au 2e trimestre 2
- 3 Au 3e trimestre 3

B02 - Pour l'ensemble de votre grossesse, vous êtes-vous fait suivre :

!! Consigne : citer

- 1 Essentiellement par un gynécologue ou obstétricien (ou plusieurs) 1
- 2 Essentiellement par un médecin (ou plusieurs) 2
- 3 Essentiellement par une sage-femme (ou plusieurs) 3
- 4 Par plusieurs de ces professionnels 4
- 5 Par le réseau SOLIPAM 5
- 6 Par personne 6 → B06
- 7 Autre (précisez) : 7
- 8 Ne veut pas répondre 8

B03 - Avez-vous été suivie en maternité ?

- 1 Oui 1
- 2 Non 2 → B05
- 8 Ne veut pas répondre..... 8 → B06

B04 - Pouvez-vous préciser le nom de la maternité ?

!! Consigne : noter en clair (si la personne ne sait pas, demander la commune ou l'arrondissement si c'est Paris)

B05 - Pouvez-vous indiquer quelle station de transport en commun était la plus proche du professionnel de santé qui vous a suivie lors de votre grossesse ?

!! Consigne : noter en clair (si la personne ne sait pas, demander la commune ou l'arrondissement si c'est Paris)

B06 – Dans quelle maternité avez-vous accouché ?

!! Consigne : noter en clair le nom de la maternité et la station de transport en commun la plus proche (si la personne ne sait pas, demander la commune ou l'arrondissement si c'est Paris, indiquer le pays si l'accouchement a eu lieu à l'étranger)

.....

Poser B07 si B03=1 et que B04 ≠ B06, sinon aller en B08

B07 – Pourquoi avez-vous changé de maternité ?

!! Consigne : ne pas citer

- 1 Pour des raisons médicales maternelles..... 1
- 2 Pour des raisons médicales fœtales..... 2
- 3 Pour cause de déménagement..... 3
- 4 A cause de problèmes financiers..... 4
- 5 Autre, précisez :..... 5

Poser B08 si B02 ≠ 6, sinon aller en B09

B08 – Lors de votre suivi de grossesse, avez-vous eu :

!! Consigne : citer

- 1 Une consultation avant 3 mois de grossesse 1
- 2 Au moins trois consultations pendant votre grossesse... 2
- 3 Une consultation programmée environ tous les mois et demi ... 3
- 4 Vous n'avez eu aucune consultation 4

→ B10

B09 – Pourquoi n'avez-vous-eu aucune consultation ?

!! Consigne : ne pas citer

- 1 Vous n'avez pas compris les recommandations qui vous ont été faites. 1
- 2 Pour des raisons financières ... 2
- 3 Vous ne voyiez pas l'utilité de ces consultations 3
- 4 Vous éprouviez des difficultés à vous déplacer ... 4
- 5 Vous ne saviez pas que vous étiez enceinte ... 5
- 6 Vous avez changé trop souvent de lieu d'hébergement ... 6
- 7 Autre, précisez 7

B10 - Combien de visites prénatales avez-vous eues en tout ? |__|__|

!! Consigne : il s'agit de visites « programmées » ; si la personne ne sait pas répondre, mettre 99.

B 11 - Combien d'échographies avez-vous eu en tout ? |__|__|

!! Consigne : si la personne ne se souvient pas, mettre 99

B12 - Avez-vous été hospitalisée pendant cette grossesse ? (y compris les hospitalisations de jour) :

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2 → B16

B13A- Si OUI, pouvez-vous préciser pour quel motif ?

!! Consigne : noter en clair

B13B - Si OUI, pouvez-vous me préciser où ?

!! Consigne : noter en clair la maternité et la commune

B16 - Pendant cette grossesse, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées (bière, cidre, vin, apéritifs...) ?

!! Consigne : ne pas citer

- 0 Jamais 0
- 1 Une fois par mois ou moins souvent lors d'occasion, lors de fêtes..... 1
- 2 2 à 4 fois par mois 2
- 3 2 à 3 fois par semaine 3
- 4 4 fois par semaine ou plus mais pas tous les jours 4
- 5 Tous les jours 5
- 6 Seulement avant de vous savoir enceinte 6
- 8 Ne veut pas répondre 8

B17 - Êtes-vous sortie de la maternité avec un suivi par une sage-femme et/ou une puéricultrice dans les premiers jours ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 9 Ne sait pas 9

B18 - Avez-vous obtenu du soutien pendant votre grossesse et à la naissance de votre enfant ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2 → B20.A

B19 – Si oui, de qui ?

!! Consigne : ne pas citer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 De votre compagnon, votre mari..... 1
- 2 De votre famille..... 2
- 3 De vos amis..... 3
- 4 D'associations..... 4
- 5 De professionnels sanitaires..... 5
- 6 Autre, précisez :..... 6

B20.A - Où étiez vous logée avant votre accouchement ?

!! Consigne : ne pas citer, une seule réponse possible.

- 1 Dans la famille..... 1
- 2 Chez des tiers 2
- 3 Dans un hôtel payé par une association 3
- 4 Dans un logement personnel 4
- 5 Dans un centre d'hébergement 5
- 6 Dans un squat..... 6
- 7 Autre (précisez) : 7
- 9 Ne sait pas 9

B20.B - Pouvez-vous préciser quelle station de transport en commun était la plus proche du lieu où vous étiez logée avant votre accouchement ?

!! Consigne : noter en clair (si la personne ne sait pas, demander la commune ou l'arrondissement si c'est Paris)

B20.C – Combien de fois, au cours de votre grossesse, avez-vous déménagé ?.....

B20.D - Où étiez vous logée à la sortie de la maternité ?

!! Consigne : ne pas citer, une seule réponse possible.

- 1 Dans la famille..... 1
- 2 Chez des tiers 2
- 3 Dans un hôtel payé par une association 3
- 4 Dans un logement personnel 4
- 5 Dans un centre d'hébergement 5
- 6 Dans un squat..... 6
- 7 Autre (précisez) : 7
- 9 Ne sait pas 9

B21 - Pouvez-vous préciser quelle station de transport en commun était la plus proche du lieu où vous étiez logée à la sortie de la maternité ?

!! Consigne : noter en clair (si la personne ne sait pas, demander la commune ou l'arrondissement si c'est Paris)

C. SANTE GENERALE, SOMMEIL, SANTE RESPIRATOIRE

“Nous allons maintenant parler plus précisément de votre enfant.”

C01 - Selon vous, votre enfant est-il actuellement

!! Consigne : Lire l'ensemble des modalités.

- 1 En bonne santé 1
- 2 Plutôt en bonne santé..... 2
- 3 Plutôt en mauvaise santé..... 3
- 4 En mauvaise santé 4
- 9 Ne sait pas 9

C02 - Votre enfant est-il/elle suivi pour une maladie ou un problème de santé nécessitant une prise en charge spécifique ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2 **→ C05.A**

C03 - Pouvez-vous nous dire de quoi il s'agit :

!! Consigne : noter en clair _____

Ne veut pas répondre

C05.A - Indiquez la durée totale de son sommeil de NUIT (en moyenne) :

!! Consigne : si nécessaire dire « ne comptez pas les heures pendant lesquelles votre enfant est réveillé »

|_|_| h (min 1 max 23) |_|_| mn (min 0 max 59)

C05.B - Heure habituelle du coucher :

|_|_| h (min 1 max 23) |_|_| mn (min 0 max 59)

C05.C - Heure habituelle du lever :

|_|_| h (min 1 max 23) |_|_| mn (min 0 max 59)

C07 - Indiquez la durée totale de son sommeil le JOUR (en moyenne). Additionnez toutes ses siestes sur une journée

|_|_| h (min 1 max 23) |_|_| mn (min 0 max 59)

“Nous allons maintenant vous parler de la santé de votre enfant par rapport à votre hébergement actuel.”

C08 - A votre avis, votre hébergement a-t-il un impact pour votre santé ou pour celle de votre enfant ?

- | | | | |
|---|------------------|---|-------------------------------|
| 1 | Oui..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Non..... | 2 | <input type="checkbox"/> →C11 |
| 9 | Ne sait pas..... | 9 | <input type="checkbox"/> →C11 |

C09 - Si oui, pouvez-vous nous préciser pourquoi ? : _____

C11–Depuis un an, votre enfant a-t-il souvent eu le nez qui coule, le nez bouché, ou des éternuements sans qu'il soit malade (rhume, rhinopharyngite ou bronchite) ?

- | | | | |
|---|----------|---|--------------------------|
| 1 | Oui..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Non..... | 2 | <input type="checkbox"/> |

C12 - Depuis un an, votre enfant a-t-il souvent eu des otites ?

- | | | | |
|---|----------|---|-------------------------------|
| 1 | Oui..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Non..... | 2 | <input type="checkbox"/> →C15 |

C13 – Comment avez-vous soigné ces otites?

!! Consigne : citer. En cas d'épisodes multiples, demander « habituellement ».

- | | | | |
|---|-----------------------------|---|-------------------------------|
| 1 | Consultation médicale | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Urgences hôpital | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Pas soigné | 3 | <input type="checkbox"/> →C15 |
| 4 | Autre (Précisez)..... | 4 | <input type="checkbox"/> |

C14 – Si vous l'avez soigné,

!! Consigne : citer

- 1 Vous le/la soignez à chaque épisode 1
- 2 Vous le/la soignez uniquement quand c'est grave 2
- 3 Vous le/la soignez uniquement s'il a de la fièvre..... 3
- 4 Vous ne pouvez pas toujours le/la soigner,
même si c'est grave ou qu'il a de la fièvre..... 4

C15- Depuis sa naissance, votre enfant a-t-il (elle) déjà eu sur la peau une éruption (plaques rouges, boutons...) qui démange (envie de se gratter) et qui apparaît et disparaît par intermittence ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2

C16 –Depuis un an, votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes respiratoires (une toux, une gêne respiratoire ou un épisode de sifflements) ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2 → partie D

C17 – S'agissait-il... :

!! Consigne : citer. En cas d'épisodes multiples, demander « habituellement ». Plusieurs réponses possibles.

- 1 d'une toux 1
- 2 de sifflements 2
- 3 Autres (Précisez) 3
- 9 Ne sait pas..... 9

C18 – S'il tousse, ces épisodes surviennent-ils notamment la nuit ?

!! Consigne : En cas d'épisodes multiples, demander « habituellement ».

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 3 Non concerné (ne tousse pas)..... 3
- 9 Ne sait pas..... 9

C19 – Lors de ces problèmes, avait-t-il /elle de la fièvre ?

!! Consigne : En cas d'épisodes multiples, demander « habituellement ».

- 1 Oui..... 1
 - 2 Non..... 2
 - 9 Ne sait pas..... 9
- } → C21

C20 - Comment avez-vous soigné cette fièvre ?

!! Consigne : Lire l'ensemble des modalités. En cas d'épisodes multiples, demander « habituellement ».

- 1 Vous pouvez avoir des médicaments pour la fièvre et lui donnez 1
- 2 Vous n'avez pas de médicaments pour la fièvre et vous consultez 2
- 3 Vous n'avez pas de médicaments et vous attendez de voir si c'est grave 3

C21 - Au cours de quels mois a-t-il /elle eu ces symptômes respiratoires ?

!! Consigne : Plusieurs réponses possibles

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 1 Janvier | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Février | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mars | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Avril | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Mai | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 Juin | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7 Juillet | 7 <input type="checkbox"/> |
| 8 Aout..... | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Septembre..... | 9 <input type="checkbox"/> |
| 10 Octobre | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11 Novembre | 11 <input type="checkbox"/> |
| 12 Décembre | 12 <input type="checkbox"/> |

C22 – Ces épisodes de toux/sifflements surviennent-ils ?

!! Consigne : Lire l'ensemble des modalités.

- | | |
|--|----------------------------|
| 1 Moins d'1 fois par mois ou 1 fois par mois | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Plus d'1 fois par mois mais moins d'1 fois par semaine | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Plus d'1 fois par semaine | 3 <input type="checkbox"/> |
| 9 Ne sait pas..... | 9 <input type="checkbox"/> |

Nous allons maintenant reparler de ces problèmes respiratoires en général, durant lesquels il a pu avoir des accès de toux et/ou de fièvre.

C23 – Comment avez-vous soigné ces épisodes respiratoires?

!! Consigne : citer. Plusieurs réponses possibles.

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1 Consultation médicale | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Urgences hôpital | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Pas soigné | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Autre (<u>Précisez</u>)..... | 4 <input type="checkbox"/> |

→C25

C24 – Si vous l'avez soigné,

!! Consigne : Lire l'ensemble des modalités.

- | | |
|--|----------------------------|
| 1 Vous le/la soignez à chaque épisode | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Vous le/la soignez uniquement quand c'est grave | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Vous le/la soignez uniquement s'il a de la fièvre..... | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Vous ne pouvez pas toujours le/la soigner,
même si c'est grave ou qu'il a de la fièvre..... | 4 <input type="checkbox"/> |

C25 - Ces problèmes ont-ils nécessité une hospitalisation?

- | | |
|------------|----------------------------|
| 1 Oui..... | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Non..... | 2 <input type="checkbox"/> |

C26 - A-t-il/elle reçu des médicaments ?

- | | |
|------------|----------------------------|
| 1 Oui..... | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Non..... | 2 <input type="checkbox"/> |

→C28

C27 – Pourquoi n’a-t-il/elle pas reçu de médicaments ?

!! Consigne : Lire l’ensemble des modalités.

- 1 Parce que le médecin n’a pas prescrit de médicaments 1
- 2 Parce que vous n’avez pas les moyens de vous procurer des médicaments .. 2
- 3 Parce que vous ne savez pas comment vous procurer les médicaments 3
- 4 Parce que vous pouviez mais vous n’êtes pas allé(e) chercher les médicaments 4
- 5 Parce que votre enfant ne veut pas prendre ses médicaments 5
- 8 Autre (préciser) 8
- 9 Ne sait pas 9

C28. - Lors de ces problèmes, votre enfant a-t-il/elle eu une radio de thorax ?

- 1 Oui 1
- 2 Non 2
- 9 Ne sait pas 9

D. RECOURS AUX SOINS ET ACCIDENTS

« Nous allons maintenant parler des médecins ou des professionnels que vous rencontrez pour votre enfant »

D03 - Depuis 1 an, combien de fois votre enfant a-t-il vu les médecins suivants, et quelle était la station de transports en commun la plus proche de la consultation... ?

!! Consigne : CITER, si consultation à domicile, cocher « à domicile » en notant la station et la commune de résidence au moment de la consultation. Si plusieurs médecins ou spécialistes consultés à des adresses différentes, indiquer le plus fréquent.

	1. Jamais	2. De 1 à 5 fois	3. Plus de 5 fois	9 NSP
a. Médecin généraliste <input type="checkbox"/> à domicile Station Commune (arrondissement pour Paris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pédiatre <input type="checkbox"/> à domicile Station Commune (arrondissement pour Paris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Médecin de PMI <input type="checkbox"/> à domicile Station Commune (arrondissement pour Paris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Médecin hospitalier en consultation (hors hospitalisation) <input type="checkbox"/> à domicile Station Commune (arrondissement pour Paris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Médecin spécialiste (dermato, ophtalmo, ORL) <input type="checkbox"/> à domicile Station Commune (arrondissement pour Paris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D04 - Avez-vous consulté d’autres professionnels de santé comme par exemple, un kinésithérapeute, une infirmière ou un ostéopathe pour votre enfant depuis 1 an ?

- 1 Oui 1
- 2 Non 2



D05 - Si OUI, s'agit-il...

!! Consigne : CITER

	OUI	NON
a. Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ostéopathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Puéricultrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Psychomotricien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Orthoptiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Opticien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Audioprothésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Allergologue		
m. Autre professionnel, dont guérisseur (Précisez....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D07 - Depuis un an, votre enfant a-t-il été hospitalisé ?

!! Consigne : si oui en C25, prendre en compte et le comptabiliser dans D08

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2 → D11

D08 - Combien de fois ?..... |__|__|

!! Consigne : 01 à 99 (+ NSP +NR)

D09- Dans quel(s) hôpital(aux) ?

!! Consigne : Préciser le nom de l'hôpital et de la commune.

Hôpital 1 : Commune :

Hôpital 2 : Commune :

Hôpital 3 : Commune :

D10 – Quel(s) étai(en)t le(s) motif(s) de la (des) consultation(s) ?

!! Consigne : Noter en clair.

.....

.....

.....

D11 – - Depuis un an, votre enfant a-t-il déjà consulté un médecin en urgence à l'hôpital sans rester hospitalisé ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 9 Ne sait pas..... 9 } → D15

D12 - Combien de fois ? |__|__| fois

!! Consigne : 01 à 99 (+ NSP +NR)

D13- Dans quel(s) hôpital(aux) ?

!! Consigne : Préciser le nom de l'hôpital et de la commune.

Hôpital 1 : Commune :

Hôpital 2 : Commune :

Hôpital 3 : Commune :

D14 – Quel(s) étai(en)t le(s) motif(s) de l' (des) hospitalisation(s) ?

!! Consigne : Noter en clair.

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

D15 - Depuis un an est-ce que votre enfant a eu d'autres problèmes de santé sans aller à l'hôpital?

- | | | | | |
|---|----------------------------|---|--------------------------|---------|
| 1 | Oui..... | 1 | <input type="checkbox"/> | } → D17 |
| 2 | Non..... | 2 | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | Ne veut pas répondre | 8 | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | Ne sait pas..... | 9 | <input type="checkbox"/> | |

D16 - Quel(s) problème(s)?

!! Consigne : plusieurs réponses possibles

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

D17 - Avez-vous consulté pour votre enfant dans un CAMPS = centre d'Action Médico-sociale Précoce ?

- | | | | | |
|---|----------|---|--------------------------|---------|
| 1 | Oui..... | 1 | <input type="checkbox"/> | } → D18 |
| 2 | Non..... | 2 | <input type="checkbox"/> | |

D17B - Dans quelle commune ?

!! Consigne : Si la personne répond Paris, demander l'arrondissement ou la station de transports en commun la plus proche.

D18 - Avez-vous consulté pour votre enfant dans un CMP = Centre Médico-Psychologique ou CMPP= Centre Médico-Psychopédagogique Précoce ?

- | | | | | |
|---|----------|---|--------------------------|---------|
| 1 | Oui..... | 1 | <input type="checkbox"/> | } → D20 |
| 2 | Non..... | 2 | <input type="checkbox"/> | |

D18B - Dans quelle commune ?

!! Consigne : Si la personne répond Paris, demander l'arrondissement ou la station de transports en commun la plus proche.

D19- Poser la question si l'enfant est suivi dans un centre (CAMPS ou CMP, CMPP), sinon aller en D20

A quel rythme rencontrez-vous ces professionnels ?

!! Consigne : Lire l'ensemble des modalités.

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------|
| 1 | Plus d'une fois par semaine | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Une fois par semaine | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 2 à 3 fois par mois | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Une fois ou moins d'une fois par mois | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Ne sait pas..... | 9 | <input type="checkbox"/> |

D20 - **Votre enfant est-il / elle suivi(e) dans le cadre d'une action éducative en milieu ouvert décidée par le juge des enfants (AEMO) ou d'une aide éducative à domicile décidée par les services de l'ASE (AED) ?**

!! Consigne : Lire l'ensemble des modalités.

- 1 Oui, d'une AEMO (mesure prise par un juge des enfants) 1
- 2 Oui, d'une AED (mesure prise par l'ASE) 2
- 3 Non..... 3
- 8 Ne veut pas répondre 8
- 9 Ne sait pas..... 9

E. NUTRITION

« Nous allons maintenant parler de l'alimentation de votre enfant »

Poser E01 si enfant de moins de 6 mois, si NON aller à la consigne au dessus de E08

E01 - **Aujourd'hui, comment nourrissez-vous votre enfant ?**

!! Consigne : CITER.

- 1 Seulement au lait maternel et au sein 1 → E06
- 2 Seulement au lait maternel mais avec un biberon (usage de tire-lait, lait de lactarium) 2 → E04
- 3 Seulement au lait 1^{er} âge 3 → E02
- 4 Au lait maternel et au lait 1^{er} âge (allaitement mixte)..... 4 → E04

E02 **Si seulement lait 1^{er} âge :** L'enfant a-t-il déjà reçu du lait maternel depuis la naissance ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2 → E04

E03 - **Si Oui, Quel âge avait votre enfant quand vous avez arrêté de l'allaiter ?**

|__|__| en semaines

E04 - **Combien donnez-vous de biberons par 24h ?**

|__|__| biberons (de 1 à 50 ; 88 refus ; 99 Ne sait pas)

E05 - **Vous arrive-t-il de rajouter des farines infantiles dans le lait ?**

!! Consigne : Ne pas poser si nourri exclusivement au sein

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2

E06 - **Habituellement à quel rythme nourrissez-vous votre enfant ?**

!! Consigne : Lire l'ensemble des modalités

- 1 A la demande, vous ne lui donnez à manger que quand il réclame 1
- 2 Vous le sollicitez à heure régulière mais en général uniquement s'il est réveillé..... 2
- 3 Vous le réveillez pour lui donner à manger 3

E07 - Avez-vous allaité votre (vos) autre(s) enfant(s) ?

- 1 Non..... 1
- 2 Oui (tous) 2
- 3 Oui, mais pas tous..... 3
- 4 Non concerné(e) (pas d'autres enfants)..... 4

SI E01 à E07 rempli, allez en E22

Poser E08 si enfant a au moins 6 mois et pas encore 1 an, si NON aller à la consigne au dessus de E15

E08 - Aujourd'hui, quel type de lait boit votre enfant ?

!! Consigne : Plusieurs réponses possibles, cocher au moins 2 cases si allaitement mixte (sein+autre lait)

- 1 Lait maternel..... 1 **→E11**
- 2 Lait 2^{ème} âge 2
- 3 Lait de croissance..... 3
- 4 Lait de vache écrémé ou ½ écrémé 4
- 5 Lait de vache entier..... 5
- 6 Autre lait : brebis, boisson au soja... 6
- 7 Préparation pour enfants allergiques aux protéines du lait de vache.... 7

E09 - L'enfant a t-il déjà reçu du lait maternel depuis la naissance ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2 **→E11**

E10 - Quel âge avait l'enfant quand l'allaitement maternel a été arrêté de façon définitive ?

|_|_|,|_| mois min 2 max 20 ou |_| semaines (NVPR=88 NSP=99) min 0 max 4

E11 - Quel âge avait votre enfant lorsque vous avez introduit régulièrement un autre aliment que votre lait, même de l'eau ?

|_|_|,|_| mois min 2 max 20 ou |_| semaines (NVPR=88 NSP=99) min 0 max 4

E12 - Quel âge avait votre enfant lorsque vous avez commencé à lui donner régulièrement de l'eau ou des jus de fruits ?

|_|_|,|_| mois min 2 max 20 ou |_| semaines (NVPR=88 NSP=99) min 0 max 4

E13 - Quel âge avait votre enfant lorsque vous avez commencé à lui donner un autre lait que le vôtre ?

|_|_|,|_| mois min 2 max 20 ou |_| semaines (NVPR=88 NSP=99) min 0 max 4

E14 - Quel âge avait votre enfant quand vous avez commencé à lui donner d'autres aliments que du lait maternel, de l'eau ou des jus de fruits (bouillies, fruits écrasés, ...) ?

|_|_|,|_| mois min 2 max 20 ou |_| semaines (NVPR=88 NSP=99) min 0 max 4

SI E08 à E14 rempli, allez en E22

Poser E15 si enfant a au moins 1 an, si NON aller en E22

E15 - Avez-vous allaité votre enfant, même partiellement ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2 → E17

E16 - Quel âge avait-il, en mois, quand vous avez arrêté l'allaitement de façon définitive ?

|_|_|,|_| mois ou |_| semaines (NVPR=88 NSP=99)

!! Consigne : Cocher ici si allaitement toujours en cours..... 1

E17 - Actuellement, quel type de lait votre enfant boit-il principalement ?

!! Consigne : Lire l'ensemble des modalités. Une seule réponse possible.

- 1 Ne boit pas de lait 1
- 2 Lait de croissance..... 2
- 3 Lait de vache entier..... 3
- 4 Lait de vache écrémé ou ½ écrémé 4
- 5 Lait maternel..... 5
- 6 Autre (précisez)..... 6

E18 - En moyenne, combien de biberons pleins ou de grands bols de lait (250ml) votre enfant boit-il par jour (tous laits confondus) ?

!! Consigne : Lire l'ensemble des modalités.

- 1 Inférieur ou égal à 1 biberon/bol..... 1
- 2 > 1 mais inférieur ou égal à 2 biberons / bols (de 250 à 500ml) 2
- 3 Plus de 2 biberons/bols (>500ml) 3

E19 - Combien de fois par semaine votre enfant prend-il un petit déjeuner ?

!! Consigne : 1 seule réponse

- 1 Tous les jours 1
- 2 4, 5, 6 fois par semaine 2
- 3 1, 2, 3 fois par semaine 3
- 4 Exceptionnellement ou jamais..... 4

Pour tous les enfants :

E22 - Certaines dents de votre enfant sont-elles abîmées c'est-à-dire cariées ou en partie détruites, en-dehors d'un choc ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 3 Non concerné (l'enfant n'a pas encore de dents) 3

E23 – Les dents de votre enfant sont-elles nettoyées tous les jours ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 3 Non concerné (l'enfant n'a pas encore de dents) 3
- 9 Ne sait pas..... 9

E25

E24 – Les dents de votre enfant sont-elles nettoyées...?

	OUI	NON	NSP
a. Le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Le soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Avec du dentifrice fluoré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Avec votre aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E25 – Arrive-t-il à votre enfant de s'endormir avec un biberon contenant autre chose que de l'eau pure ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 9 Ne sait pas..... 9

F. MOBILITE QUOTIDIENNE (si enfant a au moins 3 ans)

“Les questions suivantes concernent l'activité physique de votre enfant pendant la semaine dernière, c'est-à-dire les sept jours jusqu'à hier. Il est possible que vous ne sachiez pas exactement comment répondre aux questions ; essayez de vous rapprocher le plus possible de ce qui vous semble juste. ”

!! Consigne : ATTENTION, si les 7 jours précédents correspondent à une période de vacances scolaires, les questions porteront sur la semaine qui a précédé cette période de vacances.

F01 – Pendant la semaine dernière, quel moyen de transport votre enfant a-t-il le plus souvent utilisé pour se rendre à l'école ?

!! Consigne : Une seule réponse possible. Indiquer le moyen de transport le plus significatif.

- 1 Non concerné (ne va pas à l'école)..... 1
- 2 Transport en commun (bus, tramway, métro) 2
- 3 Vélo, trottinette, rollers 3
- 4 À pied 4
- 5 Voiture 5
- 6 Autre, préciser..... 6

F02 – Pendant la semaine dernière, quelle a été la durée moyenne quotidienne de votre enfant pour se rendre à l'école (aller et retour) ?

- |_|_| heure(s) et |_|_| minutes
- Non concerné (ne va pas à l'école)
- Ne sait pas

Heure de fin : |_|_| H |_|_|