



# Epipage 2

Étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels

Instituts  
thématiques



**Inserm**

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale



## Premier questionnaire de suivi

Chère Madame,

Ce questionnaire porte sur la santé et le développement de votre enfant depuis son retour à la maison. Nous souhaitons avoir vos réponses personnelles ; toutefois, si cela est nécessaire, vous pouvez demander à quelqu'un de vous aider, y compris au cours d'une consultation.

*Pour répondre, nous vous demandons d'entourer le chiffre correspondant à votre réponse :*

Si vous répondez « oui » :            0 : Non  
   1 : Oui

Si vous répondez « non »             0 : Non  
  1 : Oui

*Ou d'écrire en clair votre réponse dans les cases ou sur les lignes prévues pour cela.*

N'oubliez aucune question, elles sont toutes importantes. Répondez à chaque question même si votre réponse est « non ». Si vous avez des doutes pour répondre à une question, si vous ne savez pas quelle réponse entourer, écrivez votre réponse en clair en face de la question.

Si vous avez des jumeaux ou des triplés, vous remplirez la « première partie » du questionnaire pour chacun des enfants en utilisant le (ou les) questionnaire(s) supplémentaire(s) joint(s). La « deuxième partie » n'est à remplir qu'une seule fois.

**Merci par avance de votre participation qui est indispensable à la réussite de notre étude**

<b>VARIABLES SURLIGNEES</b>	<b>Variable indirectement identifiante – Transmise sous condition</b>
<b>VARIABLES EN ROUGE</b>	<b>Nom Variable</b>
<b>Variables en vert</b>	<b>Variables calculées</b>
<b>Variables en marron</b>	<b>Variables de synthèse</b>
<i>MODALITÉS DE RÉPONSES (D_NOM_DICO)</i>	<b>Nom Dictionnaire</b>
<b>Encadrements en noir</b>	<b>Blocs conditionnels</b>

**A suivre à un an (accepté à la naissance ou cas rattrapé) : FU1\_SUIVI en oui/non**

**Région de suivi à 1 an : FU1\_REGSUIVI**

**Région de suivi à 1 an anonymisé : FU1\_NUMREGSUIVI**

**Motif de non suivi à 1 an : FU1\_MOTIF**

**Décès entre sortie néonate et 1 an : FU1\_DECES en oui/non**

**Questionnaire 1 an créé et non vide : FU1\_REP en oui/non**

**Questionnaire papier ou rempli en ligne sur Voozanoo : FU1\_TYPE\_QR**

# EPIPAGE 2

## Premier questionnaire de suivi

A quelle date remplissez-vous ce questionnaire ? \_\_\_\_\_ |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN1**  
Age de l'enfant (en jours) au moment de remplir le questionnaire \_\_\_\_\_ **FU1\_UN\_AN1C**  
Age de l'enfant (en mois révolus) au moment de remplir le questionnaire \_\_\_\_\_ **FU1\_UN\_AN1C\_mr**  
Age corrigé de l'enfant (en jours) au moment de remplir le questionnaire \_\_\_\_\_ **FU1\_UN\_AN1CC**  
Age corrigé de l'enfant (en mois révolus) au moment de remplir le questionnaire \_\_\_\_\_ **FU1\_UN\_AN1CC\_mr**

Age de l'enfant (en jours) à la réception du questionnaire \_\_\_\_\_ **FU1\_AGE\_RECEPTION**

Remplissez-vous ce questionnaire seule ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN2**

Si non, vous le remplissez avec : \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN3**  
1 : Votre mari ou compagnon **D\_REMPLISSAGE**  
2 : Une autre personne  
Si autre, précisez : ..... **FU1\_UN\_AN4**

Si non, vous le remplissez avec : \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN3R**  
1 : Votre mari ou compagnon **D\_REMPLISSAGE2F**  
2 : Un(e) coordinateur (coordinatrice)  
3 : Un(e) professionnel(le) de la santé  
4 : Une autre personne

Votre enfant vit-il actuellement avec vous ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN5**

Si non, avec qui vit-il ? \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN6**  
1 Avec son père **D\_LIEUDEVIE**  
2 Avec ses grands-parents ou avec un autre membre de la famille  
3 En pouponnière  
4 Chez une assistante familiale  
5 En famille d'accueil  
6 Autre  
Si autre, précisez : ..... **FU1\_UN\_AN7**

*Si votre enfant vit actuellement en pouponnière, remplissez uniquement la « Deuxième partie : Votre santé et vos conditions de vie » à partir de la page 21.*

## PREMIÈRE PARTIE : VOTRE ENFANT

En vous aidant des informations contenues dans le **carnet de santé**, pourriez-vous répondre aux questions suivantes concernant les soins, la croissance et la santé de votre enfant.

### I. LES SOINS ET LE SUIVI MEDICAL DE VOTRE ENFANT

#### a. Les hospitalisations de votre enfant depuis son retour à la maison

##### 1. Votre enfant a-t-il été hospitalisé en hospitalisation de jour (sans passer la nuit à l'hôpital) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN8**

Si oui, **combien de fois** en tout ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| fois **FU1\_UN\_AN9**

pour quelle(s) raison(s) :

- **Intervention chirurgicale** : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN10**

**Si oui, laquelle (ou lesquelles) :** ..... **FU1\_UN\_AN11**

- **Examen médical** : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN12**

**Si oui, lequel (ou lesquels) :** ..... **FU1\_UN\_AN13**

- **Autre raison** : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN14**

**Si oui, laquelle (ou lesquelles) :** ..... **FU1\_UN\_AN15**

##### 2. Votre enfant a-t-il été hospitalisé pour des séjours de plus d'une journée depuis son retour à la maison ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN16**

Si oui, **combien de fois** ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| fois **FU1\_UN\_AN17**

3. Pouvez-vous nous donner quelques informations sur les **3 hospitalisations les plus longues de votre enfant**, en remplissant le tableau suivant. *Vous pouvez vous aider du carnet de santé (pages 84 et 85).*

*D\_YORN3F* OUI =1 ; NON = 0 ; Ne sait pas = 9

	Hospitalisation 1 (la plus longue)	Hospitalisation 2	Hospitalisation 3
<b>Date de début d'hospitalisation</b>	____/____/ _____ FU1_UN_AN18	____/____/ _____ FU1_UN_AN31	____/____/ _____ FU1_UN_AN44
<b>Age de l'enfant (en jours) au début de l'hospitalisation</b>	FU1_UN_AN18C	FU1_UN_AN31C	FU1_UN_AN44C
<b>Nombre de nuits que votre enfant a passé à l'hôpital</b>	_____ FU1_UN_AN19	_____ FU1_UN_AN32	_____ FU1_UN_AN45
<b>Motifs</b> ( <i>entourez le (ou les) chiffre(s) correspondant dans chaque colonne</i> )	<i>D_YORN3F</i>	<i>D_YORN3F</i>	<i>D_YORN3F</i>
1 : Bronchiolite ou bronchite asthmatiforme	FU1_UN_AN20	FU1_UN_AN33	FU1_UN_AN46
2 : Gastro-entérite, diarrhée ou déshydratation	FU1_UN_AN21	FU1_UN_AN34	FU1_UN_AN47
3 : Bilan pour une mauvaise prise de poids	FU1_UN_AN22	FU1_UN_AN35	FU1_UN_AN48
4 : Malaise	FU1_UN_AN23	FU1_UN_AN36	FU1_UN_AN49
5 : Convulsion	FU1_UN_AN24	FU1_UN_AN37	FU1_UN_AN50
6 : Accident précisez en clair	FU1_UN_AN25	FU1_UN_AN38	FU1_UN_AN51
.....	FU1_UN_AN26(en clair)	FU1_UN_AN39(en clair)	FU1_UN_AN52(en clair)
.....	.....	.....	.....
7 : Intervention chirurgicale précisez en clair.....	FU1_UN_AN27	FU1_UN_AN40	FU1_UN_AN53
.....	FU1_UN_AN28(en clair)	FU1_UN_AN41(en clair)	FU1_UN_AN54(en clair)
.....	.....	.....	.....
8 : Autre précisez en clair.....	FU1_UN_AN29	FU1_UN_AN42	FU1_UN_AN55
.....	FU1_UN_AN30(en clair)	FU1_UN_AN43(en clair)	FU1_UN_AN56(en clair)
.....	.....	.....	.....

## b. Les consultations

En vous aidant du **carnet de santé** (à partir de la page 18), pouvez-vous indiquer toutes les consultations et visites de médecin que vous avez eues **pour votre enfant**, quelle qu'en soit la raison, depuis son retour à la maison.

4. **Avez-vous consulté un pédiatre ?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN57**

Si oui, **combien de consultations ?** \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN58**

**pour quelle(s) raison(s) :** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN59**

1 : Une surveillance systématique, un bilan

2 : Un problème de santé particulier

3 : Les deux

*D\_CONSULTATION*

5. **Avez-vous consulté un médecin généraliste pour votre enfant ?**

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN60**

Si oui, **combien de consultations ?** \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN61**

**pour quelle(s) raison(s) :** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN62**

1 : Une surveillance systématique, un bilan

2 : Un problème de santé particulier

3 : Les deux

*D\_CONSULTATION*

6. **Avez-vous consulté un ORL (spécialiste des oreilles, du nez et de la gorge) pour votre enfant ?**

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN63**

Si oui, **combien de consultations ?** \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN64**

7. **Avez-vous consulté un ophtalmologiste (spécialiste des yeux) pour votre enfant ?**

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN65**

Si oui, **combien de consultations ?** \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN66**

8. **Avez-vous consulté un (ou des) médecin(s) d'une autre (ou d'autres) spécialité(s) pour votre enfant ?**

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN67**

Si oui, **précisez la (ou les) spécialité(s) :** ..... **FU1\_UN\_AN68**

9. **Votre enfant a-t-il eu des séances de kinésithérapie motrice ?**

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN69**

Si oui, **combien de séances par semaine ?** \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN70**

**à partir de quel âge (en mois depuis sa naissance) ?** \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| mois **FU1\_UN\_AN71**

**en a-t-il encore ?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN72**

10. **Votre enfant a-t-il eu des séances de kinésithérapie respiratoire ?**

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN73**

Si oui, **combien de fois a-t-il eu des problèmes respiratoires ayant nécessité de la kinésithérapie :**

\_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN74**

11. **Avez-vous vu un(e) ostéopathe pour votre enfant?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN75**

Si oui, **combien de fois ?** \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN76**

12. Avez-vous vu un(e) psychomotricien(e) pour votre enfant ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN77

Si oui, combien de fois par semaine ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN78

à partir de quel âge (en mois depuis sa naissance) ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN79

le (la) voit-il encore ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN80

13. Avez-vous vu un(e) psychologue pour votre enfant ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN81

Si oui, combien de fois ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN82

14. Avez-vous eu la visite à domicile d'une puéricultrice ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN83

Si oui, combien de fois ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN84

15. Avez-vous consulté ou eu la visite à domicile d'une assistante sociale ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN85

Si oui, combien de fois ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN86

16. Avez-vous consulté aux urgences sans que cela ait été suivi d'une hospitalisation de votre enfant ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN87

Si oui, combien de fois ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN88  
pour quelle(s) raison(s) ?

- Maladie \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN89

- Accident \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN90

- Autre \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN91

Si autre, précisez : ..... FU1\_UN\_AN92

17. Votre enfant est-il suivi, au moins en partie :

- Dans le cadre d'un **réseau de suivi** (suivi des enfants grands prématurés dans la région) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN93

- Dans le cadre d'une **consultation d'anciens grands prématurés** ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN94

- Dans le **service de néonatalogie** dans lequel il a été pris en charge à sa naissance ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN95

- Dans un **centre de PMI** (Protection Maternelle et Infantile) ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN96

- Dans un **centre spécialisé** :

CAMSP : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN97

CMP : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN98

CMPP : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN99

- Autre : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN100

Si autre, précisez : ..... FU1\_UN\_AN101

## II. LA CROISSANCE DE VOTRE ENFANT

### 18. Combien pesait et mesurait votre enfant lors de la dernière consultation ?

- Date de la consultation : \_\_\_\_\_ |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN102
- Age de l'enfant (en jours) lors de la dernière consultation \_\_\_\_\_ FU1\_UN\_AN102C
- Poids (kg) : \_\_\_\_\_ |\_\_|,|\_\_| FU1\_UN\_AN103
- Taille (cm) : \_\_\_\_\_ |\_\_|,|\_\_| FU1\_UN\_AN104
- Périmètre crânien (cm) : \_\_\_\_\_ |\_\_|,|\_\_| FU1\_UN\_AN105

### 19. Lors des consultations précédentes depuis son retour à la maison, pouvez-vous nous indiquer quels étaient les poids, tailles et périmètres crâniens de votre enfant en remplissant le tableau suivant ?

*Nous vous demandons de renseigner les premières consultations au cours desquelles votre enfant a été pesé et mesuré, en vous aidant si besoin du carnet de santé (à partir de la page 18). Vous pouvez remplir jusqu'à 12 consultations.*

	Date de consultation Age de l'enfant (en jours) à la consultation	Poids (kg)	Taille (cm)	Périmètre crânien (cm)
1	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN106 FU1_UN_AN106C	__ , __  FU1_UN_AN107	__ , __  FU1_UN_AN108	__ , __  FU1_UN_AN109
2	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN110 FU1_UN_AN110C	__ , __  FU1_UN_AN111	__ , __  FU1_UN_AN112	__ , __  FU1_UN_AN113
3	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN114 FU1_UN_AN114C	__ , __  FU1_UN_AN115	__ , __  FU1_UN_AN116	__ , __  FU1_UN_AN117
4	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN118 FU1_UN_AN118C	__ , __  FU1_UN_AN119	__ , __  FU1_UN_AN120	__ , __  FU1_UN_AN121
5	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN122 FU1_UN_AN122C	__ , __  FU1_UN_AN123	__ , __  FU1_UN_AN124	__ , __  FU1_UN_AN125
6	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN126 FU1_UN_AN126C	__ , __  FU1_UN_AN127	__ , __  FU1_UN_AN128	__ , __  FU1_UN_AN129
7	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN130 FU1_UN_AN130C	__ , __  FU1_UN_AN131	__ , __  FU1_UN_AN132	__ , __  FU1_UN_AN133
8	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN134 FU1_UN_AN134C	__ , __  FU1_UN_AN135	__ , __  FU1_UN_AN136	__ , __  FU1_UN_AN137
9	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN138 FU1_UN_AN138C	__ , __  FU1_UN_AN139	__ , __  FU1_UN_AN140	__ , __  FU1_UN_AN141
10	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN142 FU1_UN_AN142C	__ , __  FU1_UN_AN143	__ , __  FU1_UN_AN144	__ , __  FU1_UN_AN145
11	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN146 FU1_UN_AN146C	__ , __  FU1_UN_AN147	__ , __  FU1_UN_AN148	__ , __  FU1_UN_AN149
12	__ / __ / __ __ __  FU1_UN_AN150 FU1_UN_AN150C	__ , __  FU1_UN_AN151	__ , __  FU1_UN_AN152	__ , __  FU1_UN_AN153

### III. LA SANTE DE VOTRE ENFANT

#### a. Maladies respiratoires

20. Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé pour des problèmes respiratoires ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN154

Si oui, a-t-il eu de l'oxygène (sonde dans le nez) durant cette hospitalisation ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN155

21. Depuis le retour de votre enfant à la maison (c'est-à dire après la sortie de néonatalogie), **avez-vous utilisé à la maison ou à l'hôpital des médicaments inhalés** (à faire respirer à votre enfant à l'aide d'une chambre d'inhalation, type « Babyhaler », ou d'un aérosol) **pour améliorer sa respiration**, à un moment quelconque?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN156

Si oui, **quels médicaments ?** ..... FU1\_UN\_AN157

22. Depuis le retour de votre enfant à la maison (c'est-à dire après la sortie de néonatalogie), **a-t-il eu des médicaments par la bouche ou lui avez-vous fait faire des piqûres pour améliorer sa respiration**, à un moment quelconque?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN158

Si oui, **quels médicaments ?** ..... FU1\_UN\_AN159

23. Votre enfant prend-il un traitement de fond (de façon régulière) pour des problèmes respiratoires ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN160 Si

oui, votre enfant prend-il :

- Des **bronchodilatateurs** (Ventoline, Bricanyl, Serevent, Atimos ...) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN161

- Des **corticoïdes** (Pulmicort, Flixotide, Becotide, Budésonide ...) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN162

- De l'**oxygène** par le nez ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN163

- D'**autres traitements** ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN164

Si autres, précisez : ..... FU1\_UN\_AN165

24. Votre enfant a-t-il déjà eu une bronchiolite ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN166

Si oui, **combien de fois votre enfant a-t-il eu une bronchiolite ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| FU1\_UN\_AN167

1 : Moins de trois fois

D\_FREQ10F

2 : Trois fois ou plus

**quel âge avait-il la première fois (en mois depuis sa naissance) ?**

\_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| mois FU1\_UN\_AN168

**b. Problèmes de peau**

25. Votre enfant a-t-il déjà eu un diagnostic d'eczéma ou de dermatite atopique ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN169

26. Votre enfant a-t-il déjà eu sur la peau une éruption (plaques rouges, boutons, ...) qui démange (envie de se gratter) et qui apparaît et disparaît par intermittence (de temps en temps) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN170

Si oui, 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 |\_\_| FU1\_UN\_AN171

combien de fois cette éruption qui démange a-t-elle empêché votre enfant de dormir?

0 : Jamais \_\_\_\_\_ |\_\_| FU1\_UN\_AN172

1 : Moins d'une nuit par semaine D\_FREQ11F

2 : Plusieurs nuits par semaine

**c. Audition**

27. Depuis le retour de votre enfant à la maison (à la sortie de néonatalogie), a-t-on fait un examen pour savoir s'il entendait bien ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN173

Si oui, à quel âge (en mois depuis sa naissance) ? \_\_\_\_\_ |\_\_|mois FU1\_UN\_AN174

cet examen était-il normal ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN175

Si l'examen n'était pas normal, comment votre enfant est-il suivi ou pris en charge?

- Surveillance seulement \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN176

- Traitement médical \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN177

- Intervention chirurgicale \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN178

Si intervention chirurgicale, précisez :

○ Végétations (adénoïdectomie) \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN181

○ Aérateurs transtympaniques ou « yoyos » ou ATT \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN182

○ Implants \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN183

○ Autre \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN184

Si autre, précisez : ..... FU1\_UN\_AN185

- Appareillage \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN179

- Pas de suivi actuellement \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN180

d. Vision

28. A-t-on fait un examen pour savoir si votre enfant voyait bien ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN186

Si oui, à quel âge (en mois depuis sa naissance) ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| mois FU1\_UN\_AN187

cet examen était-il normal ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN188

Si cet examen n'était pas normal, qu'a-t-on trouvé comme problème ?

..... FU1\_UN\_AN189

e. Problèmes neurologiques

29. Votre enfant a-t-il déjà présenté des épisodes de convulsions sans avoir de fièvre ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN190

Si oui, combien de fois ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_| fois FU1\_UN\_AN191

30. Votre enfant suit-il un traitement contre les convulsions de manière régulière ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN192

Si oui, lequel (ou lesquels) ? ..... FU1\_UN\_AN193

f. Autres problèmes de santé

31. Votre enfant a-t-il d'autres problèmes de santé ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN194

Si oui, lequel (ou lesquels) ?

..... FU1\_UN\_AN195

..... FU1\_UN\_AN196

#### IV. LES VACCINS ET TRAITEMENTS DE VOTRE ENFANT

Voici des questions concernant les vaccinations de votre enfant. Vous pouvez vous aider des pages 90 à 93 du carnet de santé.

##### 32. Votre enfant a-t-il été vacciné contre la tuberculose (*BCG, Monovax*) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN197

Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN198

Age de l'enfant (en jours) lorsqu'il a été vacciné \_\_\_\_\_ FU1\_UN\_AN198C

##### 33. Votre enfant a-t-il été vacciné contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'haemophilus influenzae b (*Infanrix hexa, Infanrix penta, Pentavac*)?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN199

Si oui,

à quelle date a-t-il reçu la première dose ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN200

Age de l'enfant (en jours) lorsqu'il a reçu sa première dose \_\_\_\_\_ FU1\_UN\_AN200C

combien de doses a-t-il reçues ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN201

##### 34. Votre enfant a-t-il été vacciné contre les infections invasives à pneumocoque (*Prévenar 13*)?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN202

Si oui,

à quelle date a-t-il reçu la première dose ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN203

Age de l'enfant (en jours) lorsqu'il a reçu sa première dose \_\_\_\_\_ FU1\_UN\_AN203C

combien de doses a-t-il reçues ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN204

##### 35. Votre enfant a-t-il été vacciné contre l'hépatite B (*Infanrix hexa, Engerix B10, Genhevac B, Hbvax pro*) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN205

Si oui,

à quelle date a-t-il reçu la première dose ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN206

Age de l'enfant (en jours) lorsqu'il a reçu sa première dose \_\_\_\_\_ FU1\_UN\_AN206C

combien de doses a-t-il reçues ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN207

Si non, pour quelles raisons ? \_\_\_\_\_ |\_\_|

1 : Votre médecin ne vous l'a pas proposé

2 : Votre médecin vous l'a déconseillé

3 : Vous avez refusé

4 : Autre, précisez : ..... FU1\_UN\_AN209

FU1\_UN\_AN208

D\_VACCIN

##### 36. Votre enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (*Priorix, RORvax, MMRvax*) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN210

Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN211

Age de l'enfant (en jours) lorsqu'il a été vacciné \_\_\_\_\_ FU1\_UN\_AN211C

37. Votre enfant a-t-il été vacciné contre les gastro-entérites à rotavirus (*Rotarix, Rotateq*) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN212

Si oui,

à quelle date a-t-il reçu la première dose ? \_\_\_\_\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN213

Age de l'enfant (en jours) lorsqu'il a reçu sa première dose \_\_\_\_\_ FU1\_UN\_AN213C

combien de doses a-t-il reçues ? \_\_\_\_\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN214

38. Votre enfant a-t-il eu d'autres vaccinations ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN215

Si oui, lesquelles : ..... FU1\_UN\_AN216

39. Votre enfant a-t-il reçu du Synagis® (traitement préventif de la bronchiolite) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN217

Si oui,

à quelle date a-t-il reçu la première dose ? \_\_\_\_\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN218

Age de l'enfant (en jours) lorsqu'il a reçu sa première dose \_\_\_\_\_ FU1\_UN\_AN218C

combien de doses a-t-il reçues ? \_\_\_\_\_|\_|\_| FU1\_UN\_AN219

*Enfants tronç commun répondants à 1 an et suivis en métropole (fu1\_regsuivi ≠ 'GUYANE','GUADELOUPE','MARTINIQUE','REUNION')*

Nombre de doses de palivizumab reçues la 1ère année FU1\_UN\_AN\_doses\_synagis variable continue

Qualité du ttt par palivizumab au cours du 1er hiver FU1\_UN\_AN\_trait\_synagis 0 : non traité

1 : ttt incomplet (nombre de doses reçues < au nombre de doses théorique)  
2 : ttt complet (nombre de doses reçues ≥ au nombre de doses théorique)

*D\_synagis*

40. Votre enfant prend-il de la vitamine D (Zymad, Zymaduo, Uvestérol, Sterogyl, Fluosterol, Uvédose...) ?

0 : Non \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN220

1 : Non, mais en il prenait avant

*D\_TRAITEMENT*

2 : Oui, il en prend actuellement

41. Votre enfant prend-il du fluor (Zymafluor, Fluorex, Fluor Crinex, Calcifluor, Zymaduo, Fluosterol...) ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN221

42. Votre enfant prend-il du fer (*Ferrostrane, Fumafer, Feromiel...*) ?

- 0 : Non \_\_\_\_\_ |\_\_|  
1 : Non, mais en il prenait avant  
2 : Oui, il en prend actuellement

FU1\_UN\_AN222

D\_TRAITEMENT

43. Votre enfant prend-il d'autres médicaments de manière régulière ?

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN223

Si oui,

lesquels ? .....

FU1\_UN\_AN224

**pour quelle(s) raison(s)? .....**

**FU1\_UN\_AN225**

## V. LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT

Voici des questions concernant le développement des enfants. Votre enfant est capable de faire certaines de ces activités. Cependant, il est normal qu'il ne les fasse pas encore toutes.

44. Lorsque votre enfant est sur le dos, se retourne-t-il seul sur le ventre ? \_\_\_\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN226**  
1 : Oui      2 : Parfois      3 : Pas encore **D\_FREQ3F**
45. Votre enfant tient-il assis seul sans soutien (sans s'appuyer sur ses mains, sans appuyer son dos contre un mur...) ? \_\_\_\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN227**  
1 : Oui      2 : Parfois      3 : Pas encore
46. Votre enfant se met-il debout tout seul en utilisant un appui ? \_\_\_\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN228**  
1 : Oui      2 : Parfois      3 : Pas encore
47. Votre enfant marche-t-il tenu des deux mains ? \_\_\_\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN229**  
1 : Oui      2 : Parfois      3 : Pas encore
48. Votre enfant marche-t-il seul ? \_\_\_\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN230**  
1 : Oui      2 : Parfois      3 : Pas encore
- Si oui,  
à quel âge a-t-il commencé à marcher (en mois depuis sa naissance) ? \_\_\_\_|\_\_|\_\_|mois **FU1\_UN\_AN231**
49. Votre enfant prononce-t-il des sons doubles comme « ma-ma », « ba-ba » ou « da-da » ? **FU1\_UN\_AN232**  
1 : Oui      2 : Parfois      3 : Pas encore
50. Votre enfant sourit-il en réponse à votre regard ou à votre sourire ? \_\_\_\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN233**  
1 : Oui      2 : Parfois      3 : Pas encore
51. Votre enfant répond-il à son nom en se retournant et en vous regardant lorsque vous l'appellez ? \_\_\_\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN234**  
1 : Oui      2 : Parfois      3 : Pas encore

## VI. LE SOMMEIL DE VOTRE ENFANT

52. Votre enfant dort-il : \_\_\_\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN235**  
1 : seul dans une chambre ? **D\_SOMMEIL**  
2 : dans une chambre avec des frères et sœurs ?  
3 : dans la chambre de ses parents ?  
4 : dans le lit de ses parents ?

53. Au cours du dernier mois, **quand vous mettez votre enfant au lit, a-t-il des difficultés pour s'endormir** (appelle ou pleure longuement) ? \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN236**  
1 : Souvent *D\_FREQ4F*  
2 : Parfois  
3 : Jamais

54. **S'endort-il la nuit avec un biberon ou une tétine réservoir ?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN237**

Si oui, s'agit-il : \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN238**  
1 : d'un biberon ou d'une tétine remplis seulement d'eau ? *D\_SOMMEIL2F*  
2 : d'un biberon ou d'une tétine remplis d'eau sucrée, de sirop ou de jus de fruit ?  
3 : d'un biberon ou d'une tétine remplis de lait ?

55. En moyenne, pour ce dernier mois, **combien de fois par nuit votre bébé s'est-il réveillé ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN239**  
1 : Il ne se réveille jamais *D\_FREQ5F*  
2 : Moins d'1 fois par nuit  
3 : 1 ou 2 fois par nuit  
4 : 3 ou 4 fois par nuit  
5 : 5 fois par nuit ou plus

56. **Votre enfant prend-il des médicaments pour dormir** (Nopron, Théralène, Mélatonine, traitement homéopatique...) ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN240**

Si oui, **combien de fois par mois en moyenne ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN241**  
**lequel ou lesquels ?** ..... **FU1\_UN\_AN242**

## VII. L'ALIMENTATION DE VOTRE ENFANT

57. Aujourd'hui, **quel type de lait boit-il principalement ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN243**  
1 : Lait maternel *D\_ALIMENT*  
2 : Lait 2<sup>ème</sup> âge  
3 : Lait de croissance  
4 : Lait de vache écrémé ou ½ écrémé (emballage vert ou bleu)  
5 : Lait de vache entier (emballage rouge)  
6 : Autre lait : brebis, boisson au soja...  
7 : Préparation pour enfants allergiques aux protéines de lait de vache

58. **Si votre enfant boit aussi un autre type de lait, de quel lait s'agit-il ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN244**  
1 : Lait maternel *D\_ALIMENT*  
2 : Lait 2<sup>ème</sup> âge  
3 : Lait de croissance  
4 : Lait de vache écrémé ou ½ écrémé (emballage vert ou bleu)  
5 : Lait de vache entier (emballage rouge)  
6 : Autre lait : brebis, boisson au soja...  
7 : Préparation pour enfants allergiques aux protéines de lait de vache

59. **Avez-vous allaité votre enfant à sa naissance ?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN245**

60. Actuellement, allaitez-vous votre enfant ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN246

Si non,

quel âge avait votre enfant quand vous avez arrêté l'allaitement au sein exclusif (sans autre

type de lait) ? |\_\_|\_\_| mois et |\_\_| semaines FU1\_UN\_AN247 FU1\_UN\_AN248

quel âge avait votre enfant quand vous avez arrêté l'allaitement au sein de façon définitive ?

|\_\_|\_\_| mois et |\_\_| semaines FU1\_UN\_AN249 FU1\_UN\_AN250

61. Au cours du dernier mois, donner un repas à votre enfant était-il : \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN251

1 : facile

2 : moyennement facile

3 : difficile

4 : très difficile

D\_FREQ12F

62. Votre enfant a-t-il de façon régulière des difficultés importantes à avaler de la nourriture dans laquelle il y a des morceaux solides ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN252

63. Avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de santé (puéricultrice, infirmière, ....) pour des problèmes d'alimentation de votre enfant ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN253

64. Votre enfant suce-t-il son pouce ? \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN254

1 : Jamais

2 : Parfois

3 : Souvent

4 : Tout le temps ou presque

D\_FREQ6F

65. Votre enfant suce-t-il ses doigts ou son poing ? \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN255

1 : Jamais

2 : Parfois

3 : Souvent

4 : Tout le temps ou presque

D\_FREQ6F

66. Votre enfant suce-t-il une tétine (sucette) ? \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN256

1 : Jamais

2 : Parfois

3 : Souvent

4 : Tout le temps ou presque

D\_FREQ6F

67. Votre enfant suce-t-il autre chose comme un doudou, un tissu... ? \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN257

1 : Jamais

2 : Juste pour s'endormir

3 : Souvent (pour se reposer par exemple)

D\_FREQ13F

### VIII. MODE DE GARDE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

68. Quel est aujourd'hui le principal mode de garde de votre enfant ? \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN258**

1 : Vous-même

2 : Votre conjoint(e)

3 : Ses ou un de ses grands-parents, ou un autre membre de la famille

4 : Une assistante maternelle

5 : Une crèche

6 : Une employée à domicile

7 : Autre mode de garde

*D\_GARDE*

Si autre mode de garde, précisez : ..... **FU1\_UN\_AN259**

*Enfants du tronc commun*

**Mode de garde à 1 an** **FU1\_UN\_AN\_modegarde1an**

0 : garde par la famille

*D\_garde1a*

1: assistante maternelle ou employé au domicile

2 : collectivité (crèche, pouponnière...)

69. Quel âge avait votre enfant lorsque vous avez eu recours à ce mode de garde pour la première fois ?

|\_\_|\_\_| mois et |\_\_| semaines

**FU1\_UN\_AN260**

**FU1\_UN\_AN261**

### IX. VOTRE RESSENTI QUANT À LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT

70. Dans l'ensemble, considérez-vous la santé de votre enfant comme : \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN262**

1 : excellente

2 : très bonne

3 : bonne

4 : assez bonne / passable

5 : mauvaise

*D\_SANTE*

71. Avez-vous des inquiétudes sur la santé de votre enfant ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN263**

Si oui, précisez lesquelles : ..... **FU1\_UN\_AN264**

72. Dans l'ensemble, vous considérez le développement (éveil, progrès) de votre enfant comme :

\_\_\_\_\_ |\_\_|

1 : en avance

2 : normal

3 : un peu en retard

4 : très en retard

**FU1\_UN\_AN265**

*D\_SANTE2F*

73. Avez-vous des inquiétudes sur son développement ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN266**

Si oui, précisez lesquelles : ..... **FU1\_UN\_AN267**

**X. RAPPEL CONCERNANT LE TRANSFERT DE VOTRE ENFANT**

**74. Votre bébé avait-il été transféré dans un autre établissement juste après sa naissance ?**

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

**FU1\_UN\_AN268**

Si oui,

**aviez-vous pu voir votre bébé avant le transfert ?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

**FU1\_UN\_AN269**

**le père du bébé avait-il pu le voir ?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

**FU1\_UN\_AN270**

0 : Non

*D\_VOIR2F*

1 : Oui, le voir

2 : le voir et l'accompagner

**aviez-vous pu être transférée dans l'établissement où votre bébé avait été transféré ?**

\_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

**FU1\_UN\_AN271**

## DEUXIÈME PARTIE : VOTRE SANTÉ ET VOS CONDITIONS DE VIE

### I. VOTRE SANTÉ

75. Dans l'ensemble, **pensez-vous que votre santé est** : \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN280**  
*D\_SANTE*
- 1 : excellente
  - 2 : très bonne
  - 3 : bonne
  - 4 : assez bonne / passable
  - 5 : mauvaise
76. Voici deux activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limitée en raison de votre état de santé actuel :
- Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN281**  
*D\_SANTE3F*
- 1 : Oui, beaucoup limitée
  - 2 : Oui, un peu limitée
  - 3 : Non, pas du tout limitée
- Monter plusieurs étages par l'escalier** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN282**  
*D\_SANTE3F*
- 1 : Oui, beaucoup limitée
  - 2 : Oui, un peu limitée
  - 3 : Non, pas du tout limitée
77. Au cours de ces quatre dernières semaines, et **en raison de votre état physique, avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez souhaité ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN283**  
*D\_FREQ8F*
- 1 : En permanence
  - 2 : Très souvent
  - 3 : Quelquefois
  - 4 : Rarement
  - 5 : Jamais
78. Au cours de ces quatre dernières semaines, et **en raison de votre état physique, avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN284**  
*D\_FREQ8F*
- 1 : En permanence
  - 2 : Très souvent
  - 3 : Quelquefois
  - 4 : Rarement
  - 5 : Jamais
79. Au cours de ces quatre dernières semaines, et **en raison de votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveuse, déprimée), **avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez souhaité ?** |\_\_| **FU1\_UN\_AN285**  
*D\_FREQ8F*
- 1 : En permanence
  - 2 : Très souvent
  - 3 : Quelquefois
  - 4 : Rarement
  - 5 : Jamais

80. Au cours de ces quatre dernières semaines, **et en raison de votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveuse, déprimée), **avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude ?** \_\_\_\_\_|\_|

FU1\_UN\_AN286

D\_FREQ8F

1 : En permanence

2 : Très souvent

3 : Quelquefois

4 : Rarement

5 : Jamais

81. Au cours de ces quatre dernières semaines, **dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitée dans votre travail ou vos activités domestiques ?** \_\_\_\_\_|\_|

FU1\_UN\_AN287

D\_FREQ14F

1 : Pas du tout

2 : Un petit peu

3 : Moyennement

4 : Beaucoup

5 : Enormément

82. Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

**Vous vous êtes sentie calme et détendue ?** \_\_\_\_\_|\_|

FU1\_UN\_AN288

D\_FREQ8F

1 : En permanence

2 : Très souvent

3 : Quelquefois

4 : Rarement

5 : Jamais

**Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?** \_\_\_\_\_|\_|

FU1\_UN\_AN289

D\_FREQ8F

1 : En permanence

2 : Très souvent

3 : Quelquefois

4 : Rarement

5 : Jamais

**Vous vous êtes sentie triste et déprimée ?** \_\_\_\_\_|\_|

FU1\_UN\_AN290

D\_FREQ8F

1 : En permanence

2 : Très souvent

3 : Quelquefois

4 : Rarement

5 : Jamais

83. Au cours de ces quatre dernières semaines, **y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gênée dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ?** \_\_\_\_\_|\_|

FU1\_UN\_AN291

D\_FREQ14F

1 : Pas du tout

2 : Un petit peu

3 : Moyennement

4 : Beaucoup

5 : Enormément

84. **Fumiez-vous pendant la grossesse ?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_|

FU1\_UN\_AN292

Si oui, **combien de cigarettes par jour en moyenne ?** \_\_\_\_\_|\_| cigarettes

FU1\_UN\_AN293

85. Fumez-vous actuellement ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN294

Si oui, combien de cigarettes par jour en moyenne ? \_\_\_\_\_|\_\_|\_\_| cigarettes FU1\_UN\_AN295

86. Est-ce que votre conjoint fume actuellement ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN296

Si oui, combien de cigarettes par jour en moyenne ? \_\_\_\_\_|\_\_|\_\_| cigarettes FU1\_UN\_AN297

## II. VOTRE SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

87. Actuellement, vivez-vous en couple ? \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN298

0 : Non

1 : Oui, avec le père de l'enfant (ou des enfants) EPIPAGE 2

2 : Oui, avec un autre conjoint ou compagnon

D\_COUPLE2F

Si oui, vivez-vous ensemble dans le même logement ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN299

88. Quelle est votre situation familiale ? \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN300

1 : Célibataire

2 : Pacsée

3 : Mariée

4 : Autre

D\_MATRIMONIAL

89. Si votre (vos) enfant(s) vit (vivent) uniquement avec son (leur) père ou uniquement avec vous, à quel rythme voit (voient) - il(s) l'autre parent ? \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN301

1 : Toutes les semaines ou plus souvent

2 : Garde alternée

3 : Tous les 15 jours

4 : Moins souvent, précisez à quel rythme : ..... FU1\_UN\_AN302

5 : Jamais

6 : Parent décédé

D\_FAMILLE

90. Depuis la naissance du (des) enfant(s) qui participe(nt) à EPIPAGE 2, avez-vous eu un autre enfant ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN303

Si oui, quel était son terme ? \_\_\_\_\_|\_\_|\_\_| semaines FU1\_UN\_AN304

quelle est sa date de naissance ? \_\_\_\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN305

Si non, souhaiteriez-vous avoir un autre enfant ? \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN306

0 : Non

1 : Oui, maintenant

2 : Oui, plus tard

3 : Vous êtes actuellement enceinte

D\_FAMILLE2F

91. Dans quel pays êtes-vous née ? \_\_\_\_\_|\_\_| FU1\_UN\_AN307

1 : France (métropole ou outre-mer)

2 : Un autre pays européen

3 : Un pays d'Afrique du Nord

4 : Un autre pays d'Afrique

5 : Un autre pays

D\_PAYS2F

**Données dossier maternité complété par les données de l'entretien maternel et 1 an COR\_PAYS\_NAISS**

92. **Quelle est votre nationalité ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN308**  
1 : Française **D\_NATIONALITE2F**  
2 : D'un autre pays européen  
3 : D'un pays d'Afrique du Nord  
4 : D'un autre pays d'Afrique  
5 : D'un autre pays

93. **Dans quel pays est né votre conjoint ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN309**  
1 : France (métropole ou outre-mer) **D\_PAYS2F**  
2 : Un autre pays européen  
3 : Un pays d'Afrique du Nord  
4 : Un autre pays d'Afrique  
5 : Un autre pays

94. **Quelle est sa nationalité ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN310**  
1 : Française **D\_NATIONALITE2F**  
2 : D'un autre pays européen  
3 : D'un pays d'Afrique du Nord  
4 : D'un autre pays d'Afrique  
5 : D'un autre pays

95. **Quelle(s) langue(s) parle-t-on habituellement à votre domicile ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN311**  
1 : français seulement **D\_LANGUE**  
2 : autre langue seulement  
3 : français plus autre langue

Si autre(s) langue(s), la ou lesquelles? ..... **FU1\_UN\_AN312**

96. **Actuellement, où vivez-vous ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN313**  
1 : Dans un logement personnel (loué, acheté ou prêté) **D\_LOGEMENT2F**  
2 : Chez des parents  
3 : Chez des amis  
4 : Dans une chambre d'hôtel que vous louez  
5 : Dans un logement d'urgence ou temporaire (foyer, asile de nuit, centre maternel, hôtel payé par une association)  
6 : Dans une caravane ou un mobile home  
7 : Dans un lieu non prévu pour l'habitation  
8 : Autre

Si autre, précisez : ..... **FU1\_UN\_AN314**

97. **Combien de personnes (adultes et enfants) vivent habituellement dans ce logement y compris le(s) enfant(s) participant à EPIPAGE 2 ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN315**

98. **Quelle est votre commune de résidence ?**

Commune : \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN316** **D\_COMMUNE** Code postal : \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN317**

Commune (hors FR) : ..... **FU1\_UN\_AN316b** Code postal (hors FR): \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN317b**

99. **Avez-vous déménagé depuis la naissance de votre (vos) enfant(s) participant à EPIPAGE 2 ?** \_\_\_\_\_  
0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN318**

Si oui, quelle était votre commune de résidence au moment de la naissance ?

Commune : \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN319** **D\_COMMUNE**

Code postal : \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN320**

100. **Quel est votre niveau d'étude ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN321**  
*D\_ETUDE*
- 0 : Non scolarisée
  - 1 : Primaire
  - 2 : Niveau collège (1<sup>er</sup> cycle : 6<sup>ème</sup> à 3<sup>ème</sup>)
  - 3 : Enseignement professionnel court (y compris SES, SEGPA, CAP, BEP)
  - 4 : Niveau lycée, enseignement général (y compris bac général)
  - 5 : Niveau lycée, enseignement technologique (y compris bac techno)
  - 6 : Niveau lycée, enseignement professionnel (y compris bac pro)
  - 7 : Niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans (y compris DUT, BTS)
  - 8 : Niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans (y compris licence, maîtrise)
  - 9 : Niveau baccalauréat + 5 ans ou plus (y compris master, diplôme d'ingénieur)

**Données de l'entretien maternel complété par le 1 an**

**COR\_ETUDE\_MERE\_CL**

- 1 : <Lycée
- 2 : Lycée
- 3 : Bac +1 +2
- 4 : ≥ bac+3

101. **Quel est le diplôme de niveau le plus élevé que vous avez obtenu ?** (Si vous n'avez obtenu aucun diplôme, indiquez-le en clair) : ..... **FU1\_UN\_AN322**

102. **Actuellement, avez-vous une activité professionnelle ?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN323**

**Si non, quelle est votre situation ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN324**  
*D\_ACTIVITE2F*

- 1 : Femme au foyer
- 2 : Au chômage ou à la recherche d'un emploi
- 3 : Etudiante, élève, en formation ou en stage
- 4 : En congé parental ou en congé de présence parentale
- 5 : Autre situation

Si autre, précisez : ..... **FU1\_UN\_AN325**

**Si oui, quel type de contrat avez-vous ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN326**  
*D\_CONTRAT*

- 1 : Travailleur indépendant, employeur
- 2 : CDI ou fonctionnaire
- 3 : CDD
- 4 : Autre forme d'emploi temporaire, précisez : ..... **FU1\_UN\_AN327**
- 5 : Autre, précisez : ..... **FU1\_UN\_AN328**

103. **Vous travaillez :** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN329**  
*D\_CONTRAT2F*
- 1 : à temps plein
  - 2 : à temps partiel

- 104. Quelle est votre profession actuelle, ou si vous n'en avez pas actuellement, la dernière que vous avez exercée ?** (Précisez de façon détaillée) ..... **FU1\_UN\_AN330**

105. **Est-ce que vous travailliez avant la naissance de votre (vos) enfant(s) EPIPAGE 2 ?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN331**

106. **Depuis l'arrivée de votre (vos) enfant(s) EPIPAGE 2 à la maison, avez-vous repris le travail que vous exerciez avant la naissance ?** \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN332**

107. Si vous n'avez pas repris le travail exercé avant la naissance, pourquoi ?

- Vous aviez décidé **avant** la naissance de ne pas reprendre le travail pour vous occuper de votre (vos) enfant(s) EPIPAGE 2 : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN333
- Vous avez décidé **après** la naissance de ne pas reprendre le travail pour vous occuper de votre (vos) enfant(s) EPIPAGE 2 : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN334
- Vous avez été licenciée : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN335
- Votre contrat de travail s'est terminé : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN336
- Votre (vos) enfant(s) a (ont) besoin de beaucoup de soins : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN337
- Vous avez déménagé loin de votre emploi : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN338
- Autre raison : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN339

Si autre, précisez : .....

FU1\_UN\_AN340

108. Avez-vous eu des changements dans votre travail par rapport à ce que vous faisiez pendant la grossesse ?

0 : Non \_\_\_\_\_ |\_\_| FU1\_UN\_AN341

1 : Oui

D\_CONTRAT3F

2 : Vous n'avez pas travaillé pendant la grossesse

Si oui,

**quels changements ?**

- Un emploi dans une autre entreprise : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN342
- Un changement de poste dans la même entreprise : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN343
- Une réduction de la durée du travail : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN344
- Un autre changement : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN345

Si autre, précisez : .....

FU1\_UN\_AN346

**pour quels motifs avez-vous eu l'un de ces changements ?**

- La naissance de votre (vos) enfant(s) EPIPAGE 2 : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN347
- La santé de votre (vos) enfant(s) EPIPAGE 2 : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN348
- Un changement dans votre travail, indépendant de votre situation personnelle : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN349
- Un autre motif : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| FU1\_UN\_AN350

Si autre, précisez : .....

FU1\_UN\_AN351

109. **Avez-vous dû vous absenter de votre travail pour des problèmes de santé de votre(vos) enfant(s) EPIPAGE 2 ?**

- 0 : Non \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN352**  
1 : Oui, quelques heures *D\_ABSENCE*  
2 : Oui, un jour ou plus : **nombre de jours** \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN353**

**Si oui, aviez-vous pris ?**

- Un congé pour enfant malade : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN354**  
Un congé pris sur vos vacances : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN355**  
Un arrêt maladie à votre nom : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN356**  
Un congé sans solde : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN357**  
Des heures à récupérer : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN358**  
Un congé sans justification formelle : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN359**  
Autre : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_| **FU1\_UN\_AN360**  
Si autre, précisez : ..... **FU1\_UN\_AN361**

110. **Quelle est le niveau d'étude de votre mari ou compagnon ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN362**

- 0 : Non scolarisé *D\_ETUDE*  
1 : Primaire  
2 : Niveau collège (1<sup>er</sup> cycle : 6<sup>ème</sup> à 3<sup>ème</sup>)  
3 : Enseignement professionnel court (y compris SES, SEGPA, CAP, BEP)  
4 : Niveau lycée, enseignement général (y compris bac général)  
5 : Niveau lycée, enseignement technologique (y compris bac techno)  
6 : Niveau lycée, enseignement professionnel (y compris bac pro)  
7 : Niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans (y compris DUT, BTS)  
8 : Niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans (y compris licence, maîtrise)  
9 : Niveau baccalauréat + 5 ans ou plus (y compris master, diplôme d'ingénieur)

111. **Quelle est la situation de votre mari ou compagnon vis-à-vis du travail ?** **FU1\_UN\_AN363**

- 1 : Occupe un emploi *D\_SITUATION*  
2 : Apprenti sous contrat ou stage rémunéré  
3 : Etudiant, élève, en formation ou en stage  
4 : Au chômage ou à la recherche d'un emploi  
5 : Au foyer  
6 : En congé parental d'éducation  
7 : Autre, précisez : ..... **FU1\_UN\_AN364**

112. **Quelle est la profession actuelle de votre mari ou compagnon ou sa dernière profession exercée ? (Indiquez de façon détaillée) .....** **FU1\_UN\_AN365**

113. **Votre mari ou compagnon s'est-il absenté de son travail pour des problèmes de santé de votre (vos) enfant(s) EPIPAGE 2 ?** \_\_\_\_\_ |\_\_| **FU1\_UN\_AN366**

- 0 : Non *D\_ABSENCE*  
1 : Oui, quelques heures  
2 : Oui, un jour ou plus : **nombre de jours** : \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_|\_\_| **FU1\_UN\_AN367**

114. Si vous incluez toutes les sources d'argent (salaires, pensions, allocations, indemnités ou autres entrées), quel est le montant habituel de vos revenus chaque mois, pour vous et votre mari ou compagnon ?

1 : Moins de 500 € par mois

FU1\_UN\_AN368

2 : Moins de 1 000 € par mois

D\_ARGENT

3 : Moins de 1 500 € par mois

4 : Moins de 2 000 € par mois

5 : Moins de 3 000 € par mois

6 : Moins de 4 000 € par mois

7 : 4 000 € ou plus

8 : Ne sait pas

115. Quelles sont vos sources de revenus, pour vous et votre mari ou compagnon ?

- Revenus du travail, salarié ou non : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN369

- Allocations chômage : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN370

- RSA : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN371

- Prestations liées à la maladie : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN372

- Autres allocations : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN373

Si autres, précisez : .....

FU1\_UN\_AN374

116. Actuellement, diriez-vous que financièrement : \_\_\_\_\_ |\_\_|

FU1\_UN\_AN375

1 : Vous êtes à l'aise

D\_FINANCIERE

2 : Ça va

3 : C'est juste, il faut faire attention

4 : Vous y arrivez difficilement ou vous n'y arrivez pas

117. Au cours de la dernière année, avez-vous du renoncer pour vous ou votre famille à des examens ou soins médicaux ou dentaires pour des raisons financières ? \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN376

Si oui, pour qui ?

- Vous-même : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN377

- Votre enfant EPIPAGE 2 : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN378

- Vos autres enfants : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN379

- D'autres membres de la famille : \_\_\_\_\_ 0 : Non, 1 : Oui |\_\_|

FU1\_UN\_AN380

118. De quel type de couverture sociale bénéficiez-vous ?

FU1\_UN\_AN381

1 : CMU avec la part complémentaire

D\_SECU

2 : CMU sans la part complémentaire

3 : AME ou soins urgents

4 : Sécurité sociale ou autre couverture sociale, avec complémentaire

5 : Sécurité sociale ou autre couverture sociale, sans complémentaire

6 : Aucune

