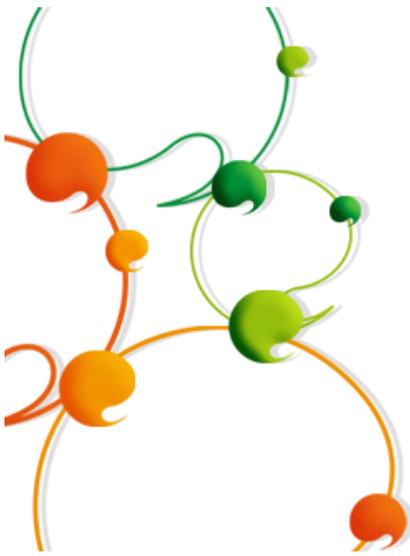
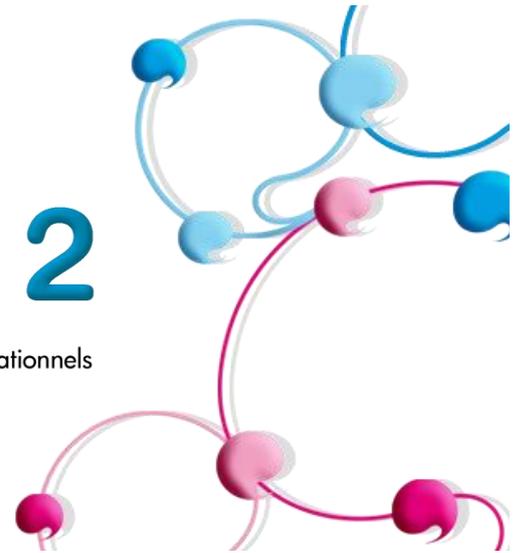


Deuxième questionnaire de suivi de votre enfant



Epipage 2

Étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels



Chers parents,

Ce questionnaire porte sur la santé et le développement de votre enfant qui a fêté son deuxième anniversaire.

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 de cocher la case correspondant à votre réponse :

Si vous répondez « oui » : Non Oui Si vous répondez « non » : Non Oui

Ou écrivez en clair votre réponse dans les cases ou sur les lignes prévues pour cela.

Veillez n'oublier aucune question, elles sont toutes importantes. Merci de bien vouloir répondre 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 cocher, écrivez votre réponse en clair en face de la question.

Si vous avez des jumeaux ou des triplés, vous remplirez un questionnaire pour chacun des enfants en utilisant le (ou les) questionnaire(s) supplémentaire(s) joint(s). Les pages 14 à 16 concernent la maman, il n'est donc pas nécessaire d'y répondre plusieurs fois.

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

Si vous avez besoin de renseignements complémentaires ou besoin d'aide pour remplir le questionnaire, n'hésitez pas à contacter la coordination régionale EPIPAGE 2 :

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

Eligible suivi 2 ans (Enfant suivivant à 1 an avec suivi accepté) : **fu2_asuivre2ans** en oui/non

Décès entre sortie de neonat et Q2ans : **fu2_decesapsortie** en oui/non

Répondant au Q2ans PARENTS: **fu2_deux_par** en oui/non

EPIPAGE2 - SUIVI A 2ANS : Questionnaire aux parents

Cette première page sera détachée du reste du questionnaire par la coordination régionale EPIPAGE 2.
Le questionnaire sera donc analysé de manière anonyme.

A remplir par la coordination régionale après réception du questionnaire

Numéro identifiant EPIPAGE 2 de l'enfant : |_|_|_|_|_|_| ENR_CODE_ENFANT
Numéro identifiant EPIPAGE 2 de la maman : |_|_|_|_|_|_| ENR_CODE_MERE

Si les nom et prénom de votre enfant ne sont pas correctement orthographiés dans la lettre accompagnant le questionnaire, pouvez-vous les réécrire ?.....fu2_nom1_enf..... fu2_pren1_enf

Merci de renseigner les informations suivantes concernant l'enfant participant à EPIPAGE 2 :

- sa date de naissance |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| fu2_ddn_enf
- la date de naissance de sa mère |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| fu2_ddn_mere
- le nom de jeune fille de sa mère :..... fu2_nom_jf
- la commune de naissance de sa mère (code postal et ville) : fu2_comnaiss1_mere (code postal)
fu2_comnaiss2_mere (ville)
- la date de naissance de son père |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| fu2_ddn_pere
- la commune de naissance de son père (code postal et ville) : fu2_comnaiss1_pere (code postal)
fu2_comnaiss2_pere (ville)

Si vous avez changé de nom depuis la dernière fois que nous vous avons contacté, pouvez-vous nous indiquer votre nouveau nom ?..... fu2_nom_mere

De même, si votre enfant a changé de nom depuis la dernière fois que nous vous avons contacté, pouvez-vous nous indiquer nouveau nom ?..... fu2_nom2_enf

Si vous souhaitez que les documents de l'étude (questionnaires, lettre d'information...) vous soient envoyés par courrier électronique, merci de nous indiquer votre (vos) adresse(s) e-mail : fu2_email_mere

Merci de nous indiquer/rappeler vos coordonnées actuelles :

Nom : fu2_ad1
Bâtiment, résidence : fu2_ad2
Rue : fu2_ad3
Code postal et ville (France Métropole / DOM): d_commune..... fu2_ad4
Code postal et ville (HORS France Métropole /DOM): fu2_ad5(ville) fu2_ad6(CP)
Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| fu2_ad7

Si vous devez déménager bientôt, merci de bien vouloir nous indiquer vos nouvelles coordonnées :

Bâtiment, résidence : fu2_ad8
Rue : fu2_ad9
Code postal et ville (France Métropole / DOM): |_|_|_|_|_|_|_| d_commune fu2_ad10
Code postal et ville (HORS France Métropole /DOM): fu2_ad11(ville) fu2_ad12(CP)
Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| fu2_ad13
Date de déménagement : |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_| fu2_ad14
Téléphone portable de la mère |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| fu2_ad15
Téléphone portable du père |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| fu2_ad16

Merci de nous transmettre les coordonnées du (des) médecin(s) qui suit (vent) votre (vos) enfant(s) :

✓ **Pédiatre dans le cadre d'un « réseau de suivi »¹ ou dans un service de néonatalogie :**

Nom : Dr fu2_ad17
Bâtiment, résidence : fu2_ad18
Rue : fu2_ad19
Code postal et ville (France Métropole / DOM): |_|_|_|_|_|_|..... **d_commune**..... fu2_ad20
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|..... fu2_ad21

✓ **Autre(s) (pédiatre, médecin généraliste) :**

Nom : Dr fu2_ad22
Bâtiment, résidence : fu2_ad23
Rue : fu2_ad24
Code postal et ville (France Métropole / DOM): |_|_|_|_|_|_|..... **d_commune** fu2_ad25
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|..... fu2_ad26

Nom : Dr fu2_ad27
Bâtiment, résidence : fu2_ad28
Rue : fu2_ad29
Code postal et ville (France Métropole / DOM): |_|_|_|_|_|_|..... **d_commune** fu2_ad30
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|..... fu2_ad31

A propos du questionnaire EPIPAGE 2 destiné au médecin de votre enfant (que vous avez reçu ou que vous allez recevoir prochainement), merci de cocher la case correspondante

Vous avez remis au médecin de votre enfant le « questionnaire médecin EPIPAGE 2 » de suivi à 2 ans :

Quel est le nom du médecin, et son lieu d'exercice ? **fu2_qmed1** (nom) **fu2_qmed2** (lieu)
A quelle date lui avez-vous remis le questionnaire ? |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_| **fu2_qmed3**

Le questionnaire a-t-il été renvoyé à la coordination régionale ? Oui Non Ne sait pas **fu2_qmed4**
d_yorn2f

Vous n'avez pas encore remis au médecin de votre enfant le « questionnaire médecin EPIPAGE 2 » de suivi à 2 ans :

Quel est le nom du médecin qui assurera la prochaine consultation de votre enfant, et son lieu d'exercice ?
..... **fu2_qmed5** (nom) **fu2_qmed6** (lieu)
Quelle est la date de cette prochaine consultation? |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_| **fu2_qmed7**

Autre, précisez : **fu2_qmed8**

¹ En fonction de l'âge et de l'histoire d'un enfant né prématurément, quelques consultations à des âges spécifiques s'ajoutent aux consultations pédiatriques habituelles (vaccins, alimentation, croissance ...) pour suivre le développement de l'enfant. Dans certaines régions françaises, un ensemble de soignants (hospitaliers, libéraux, PMI) s'est organisé en « réseau » afin d'assurer ce suivi.

A quelle date remplissez-vous ce questionnaire ? |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

fu2_deux_e1

Age de l'enfant (en jours) au moment de remplir le questionnaire

fu2_deux_e1C

Age de l'enfant (en mois révolus) au moment de remplir le questionnaire

fu2_deux_e1C_mr

Age corrigé de l'enfant (en jours) au moment de remplir le questionnaire

fu2_deux_e1CC

Age corrigé de l'enfant (en mois révolus) au moment de remplir le questionnaire

fu2_deux_e1CC_mr

Age de l'enfant (en jours) à la réception du questionnaire

fu2_age_recep_QparC

LA VIE ET LA SANTE DE VOTRE ENFANT

1. Votre enfant vit-il actuellement : (une réponse possible) _____|__|

fu2_deux_e2

- Avec sa maman et son papa
- Avec sa maman, et pas son papa
- Avec son papa, et pas sa maman
- En alternance avec son papa et sa maman
- Avec ses grands-parents ou avec un autre membre de la famille
- En pouponnière
- Chez une assistante familiale
- En famille d'accueil
- Autre, précisez :

d_foyer

fu2_deux_e3

2. Quel est le principal mode de garde pour votre enfant ? (une réponse possible) _____|__|

fu2_deux_e4

- Sa maman
- Son papa
- Un ou ses grands-parents, ou autre membre de la famille
- Une crèche
- Une assistante maternelle
- Une employée à domicile
- Autre, précisez :

d_garde2f

fu2_deux_e5

S'il/elle est en crèche, quel âge avait votre enfant lors de son entrée en crèche ? |__|__| mois

fu2_deux_e6

3. Un mode de garde en collectivité (crèche, halte-garderie) vous a-t-il été déconseillé par un médecin ou un autre professionnel de santé pour votre enfant ? Non Oui

fu2_deux_e7

Si oui, jusqu'à quel âge vous l'a-t-on déconseillé ?|__|__| mois

fu2_deux_e8

4. Un mode de garde en collectivité (crèche, halte-garderie) vous a-t-il été recommandé par un médecin ou un autre professionnel de santé pour votre enfant ? Non Oui

fu2_deux_e9

Si oui, à partir de quel âge vous l'a-t-on recommandé ?|__|__| mois

fu2_deux_e10

5. A l'aide du carnet de santé (pages 40-41), pouvez-vous nous indiquer les mesures suivantes de votre enfant?

	Date de la consultation (jour/mois/année)	Poids (kg)	Taille (cm)	Périmètre crânien (cm)
Vers l'âge de 17-18 mois	_ _ / _ _ / _ _ _ _ fu2_deux_e11			
	Age de l'enfant (en mois révolus) à la consultation vers 17-18 mois fu2_deux_e11C_mr	_ _ , _ fu2_deux_e12	_ _ , _ fu2_deux_e13	_ _ , _ fu2_deux_e14
	Age corrigé de l'enfant (en mois révolus) à la consultation vers 17-18 mois fu2_deux_e11CC_mr			
Vers l'âge de 21-22 mois	_ _ / _ _ / _ _ _ _ fu2_deux_e15			
	Age de l'enfant (en mois révolus) à la consultation vers 21-22 mois fu2_deux_e15C_mr	_ _ , _ fu2_deux_e16	_ _ , _ fu2_deux_e17	_ _ , _ fu2_deux_e18
	Age corrigé de l'enfant (en mois révolus) à la consultation vers 21-22 mois fu2_deux_e15CC_mr			
Consultation 24 ^{ème} mois <i>page 42 (si elle a eu lieu)</i>	_ _ / _ _ / _ _ _ _ fu2_deux_e19			
	Age de l'enfant (en mois révolus) à la consultation vers 24 mois fu2_deux_e19C_mr	_ _ , _ fu2_deux_e20	_ _ , _ fu2_deux_e21	_ _ , _ fu2_deux_e22
	Age corrigé de l'enfant (en mois révolus) à la consultation vers 24 mois fu2_deux_e19CC_mr			

6. Considérez-vous que **votre enfant grandit bien** ? Non Oui fu2_deux_e23

7. Votre enfant a-t-il/elle **besoin d'une aide technique pour la vie quotidienne** comme par exemple des chaussures orthopédiques, un corset, un fauteuil roulant, des attelles...? Non Oui fu2_deux_e24

Si oui, précisez : fu2_deux_e25

8. Selon vous, **votre enfant est actuellement** : **d_etatenf** fu2_deux_e26
 en bonne santé plutôt en bonne santé plutôt en mauvaise santé en mauvaise santé

9. **Depuis que votre enfant a 1 an**

- Votre enfant a-t-il été **hospitalisé plus d'une journée** ? Non Oui fu2_deux_e27

Si oui, combien de fois ? |_|_| fu2_deux_e28

- Avez-vous **consulté aux urgences** pour votre enfant sans que cela ait été suivi d'une hospitalisation ? Non Oui fu2_deux_e29

Si oui, combien de fois ? |_|_| fu2_deux_e30

- Avez-vous vu **un(e) ostéopathe** pour votre enfant ? Non Oui fu2_deux_e31

Si oui, combien de fois ? |_|_| fu2_deux_e32

- Avez-vous vu **un(e) psychomotricien(ne)** pour votre enfant ? Non Oui **fu2_deux_e33**

Si oui, combien de fois ? |__|__| **fu2_deux_e34**

- Avez-vous vu **un(e) psychologue** pour votre enfant ? Non Oui **fu2_deux_e35**

Si oui, combien de fois ? |__|__| **fu2_deux_e36**

- Avez-vous vu **un(e) orthophoniste** pour votre enfant ? Non Oui **fu2_deux_e37**

Si oui, combien de fois ? |__|__| **fu2_deux_e38**

- Avez-vous vu **un(e) orthoptiste** pour votre enfant ? Non Oui **fu2_deux_e39**

Si oui, combien de fois ? |__|__| **fu2_deux_e40**

- Votre enfant a-t-il/elle eu des **séances de kinésithérapie respiratoire** ? Non Oui **fu2_deux_e41**

Si oui, combien de fois ? |__|__| **fu2_deux_e42**

- Votre enfant a-t-il/elle eu des **séances de kinésithérapie motrice** ? Non Oui **fu2_deux_e43**

Si oui, combien de séances par semaine ? |__|__| **fu2_deux_e44**

10. Votre enfant est-il/elle actuellement suivi, au moins en partie (plusieurs réponses sont possibles) :

- Dans le cadre d'un « Réseau de suivi » (cf note¹ en page 3) ? Non Oui **fu2_deux_e45**

- Par un médecin libéral en cabinet (**pédiatre, médecin généraliste**) ? Non Oui **fu2_deux_e46**

- Dans un **centre de PMI** (Protection Maternelle et Infantile) ? Non Oui **fu2_deux_e47**

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

fu2_deux_e48

- Dans une **consultation d'anciens grands prématurés** ? Non Oui **fu2_deux_e49**

- Dans un **centre spécialisé** :

- CAMSP : Non Oui **fu2_deux_e50**
- CMP : Non Oui **fu2_deux_e51**
- CMPP : Non Oui **fu2_deux_e52**
- Autre : Non Oui **fu2_deux_e53**

Si autre, précisez : **fu2_deux_e54**

Avez-vous autre chose à nous signaler sur la santé de votre enfant ?

..... **fu2_deux_e55**

..... **fu2_deux_e56**

LE LANGAGE DE VOTRE ENFANT

Vous trouverez ci-dessous des questions portant sur le langage des enfants en général. Votre enfant est capable de dire certains mots ; par contre, il y en a d'autres qu'il/elle ne dit pas encore.

11. **Quelle(s) langue(s) parle-t-on habituellement à votre domicile ?**

d_langue

fu2_deux_e57

français seulement

autre(s) langue(s) seulement

français ET autre langue

Si autre(s) langue(s), la ou lesquelles?

fu2_deux_e58

Si on ne parle pas habituellement le français chez vous, passez directement à la question 15

12. **Cochez la case en face des mots que votre enfant dit actuellement de manière spontanée (hors imitation). Si sa prononciation est différente de celle des adultes, cochez tout de même le mot.**

1 : Oui

d_oui

fu2_deux_e59_1

à

fu2_deux_e59_100

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> aïe(1) | <input type="checkbox"/> 2allô (2) | <input type="checkbox"/> assiette (3) | <input type="checkbox"/> attention (4) | <input type="checkbox"/> au revoir (5) |
| <input type="checkbox"/> a peur/avoir peur(6) | <input type="checkbox"/> ballon(7) | <input type="checkbox"/> bateau(8) | <input type="checkbox"/> beau/belle(9) | <input type="checkbox"/> bébé(10) |
| <input type="checkbox"/> bête bête(11) | <input type="checkbox"/> biberon/bibi (12) | <input type="checkbox"/> bois/boire(13) | <input type="checkbox"/> bon/bonne(14) | <input type="checkbox"/> bonbons(15) |
| <input type="checkbox"/> bonjour(16) | <input type="checkbox"/> bottes(17) | <input type="checkbox"/> bouche(18) | <input type="checkbox"/> bras(19) | <input type="checkbox"/> ça(20) |
| <input type="checkbox"/> cache/cacher(21) | <input type="checkbox"/> cadeau(22) | <input type="checkbox"/> caillou(23) | <input type="checkbox"/> canard (24) | <input type="checkbox"/> casse/casser(25) |
| <input type="checkbox"/> chaise (26) | <input type="checkbox"/> chat (27) | <input type="checkbox"/> chaud/chaude(28) | <input type="checkbox"/> chaussure/soulier(29) | <input type="checkbox"/> cheval(30) |
| <input type="checkbox"/> cheveux(31) | <input type="checkbox"/> chien/toutou(32) | <input type="checkbox"/> chocolat (33) | <input type="checkbox"/> chut (34) | <input type="checkbox"/> cochon (35) |
| <input type="checkbox"/> coin-coin(36) | <input type="checkbox"/> compote(37) | <input type="checkbox"/> couche/lange(38) | <input type="checkbox"/> coucou(39) | <input type="checkbox"/> cuillère(40) |
| <input type="checkbox"/> dame(41) | <input type="checkbox"/> dehors(42) | <input type="checkbox"/> eau(43) | <input type="checkbox"/> école/crèche (44) | <input type="checkbox"/> écris/écrire(45) |
| <input type="checkbox"/> éléphant (46) | <input type="checkbox"/> encore(47) | <input type="checkbox"/> fais/faire un bisou(48) | <input type="checkbox"/> ferme/fermer (49) | <input type="checkbox"/> fleur (50) |
| <input type="checkbox"/> froid/e (51) | <input type="checkbox"/> fromage(52) | <input type="checkbox"/> ici (53) | <input type="checkbox"/> là(54) | <input type="checkbox"/> lait (55) |
| <input type="checkbox"/> lapin(56) | <input type="checkbox"/> lit (57) | <input type="checkbox"/> livre(58) | <input type="checkbox"/> lumière(59) | <input type="checkbox"/> lune(60) |
| <input type="checkbox"/> main(61) | <input type="checkbox"/> maison(62) | <input type="checkbox"/> maman(63) | <input type="checkbox"/> mange/manger(64) | <input type="checkbox"/> merci (65) |
| <input type="checkbox"/> meuh(66) | <input type="checkbox"/> miaou(67) | <input type="checkbox"/> moi (68) | <input type="checkbox"/> monsieur (69) | <input type="checkbox"/> moto (70) |
| <input type="checkbox"/> musique (71) | <input type="checkbox"/> nez (72) | <input type="checkbox"/> son prénom(73) | <input type="checkbox"/> oreille (74) | <input type="checkbox"/> où (75) |
| <input type="checkbox"/> ouaf-ouaf(76) | <input type="checkbox"/> pain (77) | <input type="checkbox"/> pantalon(78) | <input type="checkbox"/> papa(79) | <input type="checkbox"/> pars/partir/parti(80) |
| <input type="checkbox"/> pas (81) | <input type="checkbox"/> pâtes(82) | <input type="checkbox"/> pleure/pleurer(83) | <input type="checkbox"/> pluie(84) | <input type="checkbox"/> poisson(85) |
| <input type="checkbox"/> pomme(86) | <input type="checkbox"/> porte(87) | <input type="checkbox"/> pot(88) | <input type="checkbox"/> poubelle(89) | <input type="checkbox"/> pyjama(90) |
| <input type="checkbox"/> quoi (91) | <input type="checkbox"/> sale(92) | <input type="checkbox"/> s'il te plaît(93) | <input type="checkbox"/> télé(94) | <input type="checkbox"/> tombe/tomber(95) |
| <input type="checkbox"/> verre(96) | <input type="checkbox"/> voiture/auto(97) | <input type="checkbox"/> vroum(98) | <input type="checkbox"/> yaourt/yogourt(99) | <input type="checkbox"/> yeux (100) |

Retard de langage (dit moins de 28 mots = correspond au 10 percentile du test) oui / non ifdc_28mots

Elle concerne tous les enfants du tronc commun vivants à suivre à 2 ans, sans trisomie 21 et autres anomalie congénitales, sans paralysie cérébrale ou appareillage, sans surdité bilatérale ou appareillage auditif, sans déficience visuelle bilatérale et où le français était parlé à la maison

13. **Votre enfant a-t-il/elle déjà commencé à combiner des mots (par exemple « gâteau encore ») ?**

Souvent

Quelquefois

Pas encore

d_freq1

fu2_deux_e60

14. **Indiquez les trois phrases les plus longues que votre enfant dit de manière spontan e actuellement :**

1..... **fu2_deux_e61**

2..... **fu2_deux_e62**

LE COMPORTEMENT DE VOTRE ENFANT

15. Votre enfant aime-t-il être balancé sur vos genoux? Non Oui **fu2_deux_e64**
16. Votre enfant s'intéresse-t-il aux autres enfants? Non Oui **fu2_deux_e65**
17. Votre enfant aime-t-il monter sur des meubles ou des escaliers? Non Oui **fu2_deux_e66**
18. Votre enfant aime-t-il jouer aux jeux de cache-cache ou à « coucou, me voilà »? Non Oui **fu2_deux_e67**
19. Votre enfant joue-t-il à des jeux de « faire semblant », par exemple fait-il semblant de parler au téléphone ou joue-t-il avec des peluches ou des poupées? Non Oui **fu2_deux_e68**
20. Votre enfant utilise-t-il son index pour pointer en demandant quelque chose? Non Oui **fu2_deux_e69**
21. Votre enfant utilise-t-il son index pour vous montrer des choses qui l'intéressent? Non Oui **fu2_deux_e70**
22. Votre enfant joue-t-il correctement avec des petits jouets sans les porter à la bouche, les tripoter ou les faire tomber ? Non Oui **fu2_deux_e71**
23. Votre enfant amène-t-il des objets pour vous les montrer? Non Oui **fu2_deux_e72**
24. Votre enfant regarde-t-il dans vos yeux plus d'une seconde ou deux? Non Oui **fu2_deux_e73**
25. Arrive-t-il que votre enfant semble excessivement sensible à des bruits (jusqu'à se boucher les oreilles)? Non Oui **fu2_deux_e74**
26. Arrive-t-il que votre enfant vous sourit en réponse à votre sourire? Non Oui **fu2_deux_e75**
27. Votre enfant vous imite-il? (par exemple quand vous faites une grimace) Non Oui **fu2_deux_e76**
28. Votre enfant répond-il à son nom quand vous l'appellez? Non Oui **fu2_deux_e77**
29. Si vous lui montrez un objet à l'autre bout de la pièce, votre enfant regarde-t-il dans cette direction ? Non Oui **fu2_deux_e78**
30. Votre enfant marche-t-il sans aide? Non Oui **fu2_deux_e79**
31. Votre enfant regarde-t-il des objets que vous regardez? Non Oui **fu2_deux_e80**
32. Votre enfant fait-il des gestes inhabituels avec ses mains près du visage? Non Oui **fu2_deux_e81**
33. Votre enfant essaie-t-il d'attirer votre attention vers son activité? Non Oui **fu2_deux_e82**
34. Vous êtes-vous demandé si votre enfant était sourd? Non Oui **fu2_deux_e83**
35. Votre enfant comprend-il ce que les gens lui disent? Non Oui **fu2_deux_e84**
36. Arrive-t-il que votre enfant regarde dans le vide ou qu'il se promène sans but? Non Oui **fu2_deux_e85**
37. Votre enfant regarde-t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est face à une situation inhabituelle? Non Oui **fu2_deux_e86**
38. Votre enfant peut-il jouer seul ? Jamais Parfois Souvent Toujours **d_freq2 fu2_deux_e87**
39. Votre enfant a-t-il des difficultés à se séparer de sa maman ? **d_freq2 fu2_deux_e88**

Jamais Parfois Souvent Toujours

40. **Votre enfant fait-il des colères ?**

d_freq2 fu2_deux_e89

 Jamais Parfois Souvent Toujours

LE DEVELOPPEMENT GLOBAL DE VOTRE ENFANT

Vous trouverez dans les pages suivantes des questions portant sur les activités des enfants en général. Votre enfant est capable d'en exécuter un certain nombre ; par contre, il y en a d'autres qu'il/elle n'a pas encore réalisées. A chaque question, veuillez cocher la case qui correspond à la réponse appropriée, selon que votre enfant fait l'activité souvent, parfois ou pas encore.

Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant. Les enfants de 2 ans ne se montrent pas toujours coopératifs quand on leur demande de faire quelque chose. Il est possible que vous deviez vous y reprendre à plusieurs fois pour savoir si votre enfant est capable ou non de réaliser les activités suivantes. S'il est capable de faire une activité mais qu'il s'y refuse, répondez « oui » à la question.

41. **Sans que vous lui montriez, votre enfant indique-t-il la bonne image quand vous lui dites « Montre-moi le petit chat ! » ou « Où est le chien ? »** (il suffit qu'une seule image soit correctement identifiée)

 Oui Parfois Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e90

42. **Votre enfant imite-t-il une phrase de deux mots ? Par exemple, si vous dites, « Maman mange », « Papa joue » ou « Chat parti ! » votre enfant répète-t-il après vous ces deux mêmes mots ?** (cochez « oui » même si le langage de votre enfant est difficile à comprendre)

 Oui Parfois Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e91

43. **Sans que vous lui donniez la solution en montrant du doigt ou en faisant des gestes, votre enfant suit-il au moins trois de ces directives :**

a. « Mets le jouet sur la table »

d. « Va chercher ton manteau »

b. « Ferme la porte »

e. « Prends ma main »

c. « Apporte-moi une serviette »

f. « Prends ton livre »

 Oui Parfois Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e92

44. **Si vous montrez du doigt une image représentant un ballon (ou un chat, une tasse, un chapeau, etc.) et demandez à votre enfant « Qu'est-ce que c'est ? », nomme-t-il correctement au moins l'une des images ?**

 Oui Parfois Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e93

45. **Votre enfant dit-il à la suite deux ou trois mots qui représentent différentes idées qui sont liées les unes aux autres comme, par exemple : « Regarde chien ! » « Maman maison » ou « Chat parti ! ».** (Ne comptez pas les combinaisons de mots qui expriment une seule idée comme, par exemple : « bye-bye ! », « Plus là ! », « Très bien ! » et « Qu'est-ce que c'est ? »).

 Oui Parfois Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e94

Veillez donner un exemple des combinaisons de mots que fait votre enfant :

fu2_deux_e95

46. **Votre enfant utilise-t-il correctement au moins deux mots parmi les suivants : « moi », « je », « le mien », « toi » ?**

 Oui Parfois Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e96

47. **Votre enfant descend-il les escaliers si vous le tenez par une main ?** (Vous pouvez essayer cette activité dans un magasin, au terrain de jeu, ou à la maison)

 Oui Parfois Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e97

48. Si vous lui montrez comment donner un coup de pied dans un gros ballon, votre enfant essaie-t-il d'en faire autant en lançant la jambe en avant en frappant le ballon tout en marchant ? (Si votre enfant donne déjà un coup de pied dans un ballon, cochez « oui »)

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e98**

49. Votre enfant monte-t-il ou descend-il au moins deux marches par lui-même ? Vous pouvez essayer cette activité dans un magasin, au terrain de jeu, ou à la maison. (Cochez « oui » même s'il se tient au mur ou à la rampe)

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e99**

50. Votre enfant court-il assez bien, s'arrêtant tout seul sans se cogner contre des objets ni tomber ?

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e100**

51. Votre enfant saute-t-il à pieds joints (en levant les deux pieds en même temps) ?

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e101**

52. Sans recourir à aucun soutien, votre enfant donne-t-il un coup de pied dans un ballon en lançant la jambe vers l'avant ?

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e102**

53. Votre enfant porte-t-il une cuillère à la bouche, du bon côté et, généralement, sans renverser de nourriture ?

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e103**

54. Votre enfant tourne-t-il les pages d'un livre par lui-même ? (il est possible qu'il tourne plus d'une page à la fois)

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e104**

55. Votre enfant fait-il un mouvement de rotation de la main quand il essaie de tourner des poignées de porte, de remonter le mécanisme des jouets ou de visser et de dévisser des couvercles sur des pots ?

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e105**

56. Votre enfant allume-t-il et éteint-il la lumière ?

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e106**

57. Votre enfant empile-t-il tout seul sept petits cubes ou petits jouets ? (vous pouvez utiliser des bobines de fil, des petites boîtes ou des jouets mesurant environ 2,5 cm)

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e107**

58. Votre enfant enfle-t-il une perle ou passe-t-il un lacet dans l'œillet d'une chaussure ?

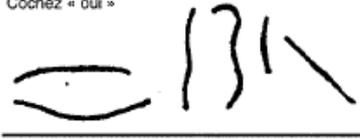
d_freq3 fu2_deux_e108



Oui Parfois Pas encore

59. Une fois que vous avez tracé devant lui une ligne de haut en bas sur une feuille de papier avec un crayon, votre enfant vous imite-t-il en traçant à son tour une ligne sur la feuille (peu importe la direction de cette ligne) ? Le fait de gribouiller dans tous les sens ne compte pas pour un « oui ».

Cochez « oui »



d_freq3 fu2_deux_e109

Oui

Parfois

Pas encore

Cochez « pas encore »



60. Sans que vous lui montriez comment faire, votre enfant renverse-t-il intentionnellement une petite bouteille transparente pour en faire tomber un petit morceau de biscuit? (Vous pouvez utiliser une bouteille en plastique ou un biberon)

Oui

Parfois

Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e110

61. Votre enfant joue-t-il à prendre certains objets pour d'autres ? Par exemple, place-t-il une tasse près de son oreille en disant qu'il s'agit d'un téléphone ? Se met-il une boîte sur la tête affirmant qu'il s'agit d'un chapeau ? Utilise-t-il un petit cube ou un petit jouet pour mélanger la nourriture ?

Oui

Parfois

Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e111

62. Votre enfant sait-il où vont les choses ? Par exemple, sait-il que ses jouets vont sur l'étagère à jouets, que sa couverture va sur son lit et que les assiettes vont dans la cuisine ?

Oui

Parfois

Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e112

63. Si votre enfant veut quelque chose qu'il ne peut pas atteindre, va-t-il chercher une chaise ou une boîte et monte-t-il dessus pour attraper ce qu'il désire ?

Oui

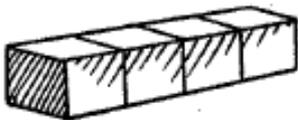
Parfois

Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e113

64. Sous les yeux de votre enfant, alignez et mettez côte à côte quatre objets (comme de cubes ou des petites voitures). Votre enfant vous imite-t-il et fait-il la même chose avec au moins quatre objets identiques ? (Vous pouvez utiliser aussi des bobines de fil, des petites boîtes ou d'autres jouets)

d_freq3 fu2_deux_e114



Oui

Parfois

Pas encore

65. Votre enfant boit-il à l'aide d'une tasse ou d'un verre et le pose-t-il sans presque rien renverser ?

Oui

Parfois

Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e115

66. Votre enfant vous imite-t-il en train, par exemple, d'essuyer un liquide renversé, de balayer ou fait-il semblant de se raser ou de se peigner ?

Oui

Parfois

Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e116

67. Votre enfant mange-t-il avec une fourchette ?

Oui

Parfois

Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e117

68. Quand votre enfant joue avec une poupée ou un animal en peluche, fait-il semblant de le bercer, de le nourrir, de lui changer sa couche, de le mettre au lit et ainsi de suite ?

Oui

Parfois

Pas encore

d_freq3 fu2_deux_e118

69. **Votre enfant pousse-t-il un caddy, une poussette ou une voiturette, contourne-t-il les obstacles rencontrés et recule-t-il avec le chariot s'il ne peut pas tourner dans un coin ?**

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e119**

70. **Votre enfant se désigne-t-il lui-même à l'aide des mots « je » ou « moi » plutôt qu'en utilisant son prénom ?**
Par exemple, dit-il « Je fais telle chose » plutôt que « Pierre fait telle chose ».

Oui Parfois Pas encore **d_freq3 fu2_deux_e120**

Variables ASQ de synthèses générées :

ATTENTION

Les scores ASQ ont été calculés pour tous les enfants qui ont répondu à l'ASQ (totalement ou presque : si 1 ou 2 items manquant par domaine, on remplace par la moyenne du domaine)

MAIS

Les scores ASQ sont à interpréter en fonction de l'âge au remplissage : la fenêtre d'âge de passation théorique est 23-24 mois + les enfants avec de sévères déficiences ont un score peu interprétable.

Choix article 2 ans BMJ : l'ASQ a été analysé chez les répondants entre 22 et 26 mois d'âge corrigé sans paralysie cérébrale, surdité uni ou bilatérale, cécité uni ou bilatérale ou anomalie congénitale sévère (déficiences identifi es à partir du questionnaire médecin ou parents si le questionnaire médecin n'était pas disponible).

Sélection âge corrigé au remplissage du questionnaire 22-26 mois : fu2_deux_e1cc_mr in (22,23,24,25,26)

Exclure enfants avec déficiences/malformations : fu2_neurosensory2  1

Score en continu :

Score ASQ total (chez les enfants avec ASQ complet = tous les domaines remplis) : **fu2_asqtotal2ans**

Score ASQ communication : **fu2_communication2ans**

Score ASQ gross motor : **fu2_grossmotor2ans**

Score ASQ fine motor : **fu2_finemotor2ans**

Score ASQ problem solving : **fu2_problemsolving2ans**

Score ASQ personal social : **fu2_personalsocial2ans**

Alerte oui/non (score < US ASQ-3 reference) :

Alerte ASQ oui/non (chez les enfants avec ASQ complet = tous les domaines remplis) : **fu2_alerteasq**

Alerte ASQ communication : **fu2_communication2ans2**

Alerte ASQ gross motor : **fu2_grossmotor2ans2**

Alerte ASQ fine motor : **fu2_finemotor2ans2**

Alerte ASQ problem solving : **fu2_problemsolving2ans2**

Alerte ASQ personal social : **fu2_personalsocial2ans2**

LE SOMMEIL DE VOTRE ENFANT

71. Au cours du dernier mois, **quand vous mettez votre enfant au lit, a-t-il des difficultés pour s'endormir** (appelle ou pleure longuement) ?

d_freq3 fu2_deux_e121

Souvent

Parfois

Jamais

72. En moyenne, ce dernier mois, **combien de fois par nuit votre enfant s'est-il réveillé ?**

d_freq5

fu2_deux_e122

Il ne se réveille jamais

Moins d'1 fois par nuit

1 ou 2 fois par nuit

3 ou 4 fois par nuit

5 fois par nuit ou plus

73. Le soir, **au moment du coucher**, votre enfant a-t-il/elle l'habitude qu'on lui chante une berceuse, une comptine, ou qu'on lui raconte une histoire ?

fu2_deux_e123

Non

Oui

si oui, **quelle est la personne qui lui chante une berceuse / raconte une histoire ?**

d_parent

fu2_deux_e124

sa maman le plus souvent

son papa le plus souvent

l'un ou l'autre des 2 parents

autre

74. **Votre enfant suce-t-il son pouce ?**

d_freq6

fu2_deux_e125

Jamais

Parfois

Souvent

Tout le temps ou presque

75. **Votre enfant suce-t-il ses doigts ou son poing ?**

d_freq6

fu2_deux_e126

Jamais

Parfois

Souvent

Tout le temps ou presque

76. **Votre enfant suce-t-il une tétine (sucette) ?**

d_freq6

fu2_deux_e127

Jamais

Parfois

Souvent

Tout le temps ou presque

77. **Votre enfant suce-t-il autre chose comme un doudou, un tissu... ?**

d_freq7

fu2_deux_e128

Jamais

Pour s'endormir ou s'il est fatigué

Tout le temps ou presque

LES REPAS DE VOTRE ENFANT

78. Actuellement, comment **votre enfant participe-t-il/elle à son repas** ? **d_aliment5 fu2_deux_e129**
- il/elle mange seul(e) avec une ou deux mains
 - il/elle mange avec difficulté à l'aide d'une ou des deux mains
 - il/elle n'est pas capable de manger seul(e)
79. Au cours du dernier mois, **donner un repas à votre enfant était-il** :
- facile
 - moyennement facile
 - difficile
 - très difficile **d_aliment2 fu2_deux_e130**
80. Avez-vous **consulté un médecin ou un autre professionnel de santé (puéricultrice, infirmière,) pour des problèmes d'alimentation de votre enfant** ? **fu2_deux_e131**
- Non
 - Oui
81. Votre enfant **est-il content à l'idée de passer à table** ? **d_aliment6 fu2_deux_e132**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux
82. Votre enfant **aime-t-il beaucoup certains aliments et en rejette-t-il d'autres très fortement** ? **fu2_deux_e133**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**
83. Votre enfant **est-il intéressé par la nourriture** ? **fu2_deux_e134**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**
84. Votre enfant **mange-t-il en petites quantités (même s'il aime ce qu'il mange)** ? **fu2_deux_e135**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**
85. Votre enfant **accepte-t-il spontanément de goûter les aliments qu'il ne connaît pas** ? **fu2_deux_e136**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**
86. Votre enfant **mange-t-il seulement une petite variété d'aliments** ? **fu2_deux_e137**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**
87. Votre enfant **est-il un petit mangeur (quel que soit ce qui est servi, bon ou mauvais)** ? **fu2_deux_e138**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**
88. Votre enfant **fait-il la grimace quand on lui présente de nouveaux aliments** ? **fu2_deux_e139**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**
89. Votre enfant **a-t-il bon appétit** ? **fu2_deux_e140**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**
90. Votre enfant **accepte-t-il une grande variété de légumes** ? **fu2_deux_e141**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**
91. Votre enfant **rejette-t-il les aliments nouveaux, rien qu'en les voyant** ? **fu2_deux_e142**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**
92. Votre enfant **a-t-il du plaisir à manger** ? **fu2_deux_e143**
- très vrai
 - vrai
 - moyennement
 - faux
 - très faux **d_aliment6**

QUESTIONS POUR LA MAMAN

- de l'enfant (des enfants) participant à EPIPAGE 2 -

Nous voudrions vous demander quelques précisions supplémentaires sur votre activité professionnelle pendant la grossesse de votre (vos) enfant(s) participant à EPIPAGE 2, et sur l'environnement dans lequel vous avez travaillé :

93. **Avez-vous travaillé pendant votre grossesse ?** Non Oui **fu2_deux_m1**

Si non, merci de passer directement à la question 99

94. **Quelle était l'activité principale de l'entreprise où vous avez travaillé pendant votre grossesse (soyez le plus précis possible : supermarché, maintenance et dépannage informatiques, activités auprès de personnes âgées ou malades à domicile ou en institution, hôtels, activité libérale, etc....) :** **fu2_deux_m2**

95. **Votre travail s'effectuait-il entièrement ou en partie de nuit (après 23h et avant 5h) ?**

Non Oui **fu2_deux_m3**

Si oui, combien de nuits par semaine en moyenne ? |__| |__| **fu2_deux_m4**

96. **Aviez-vous des horaires variables ?**

Non Oui **fu2_deux_m5**

Si oui, pouvez-vous les détailler : **fu2_deux_m6**

97. **Au cours de votre grossesse, votre poste de travail a-t-il été modifié ?**

Non Oui

fu2_deux_m7

Si oui, à quel mois de votre grossesse étiez-vous ? (de 1 à 9) |__| mois (Si moins de 1, mettre 0) **fu2_deux_m8**

Pour quelle raison votre poste de travail a-t-il été modifié ? (par exemple, moins de poids à porter, suppression d'une activité ...)..... **fu2_deux_m9**

98. **Si, pendant votre grossesse, vous travailliez en milieu de soins (hôpital, clinique, cabinet...), dans quel service ou unité travailliez-vous ?** **fu2_deux_m10**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bloc opératoire | <input type="checkbox"/> Urgences (y compris pédiatrique) |
| <input type="checkbox"/> Stérilisation | <input type="checkbox"/> Réanimation, soins intensifs (y compris pédiatrique) |
| <input type="checkbox"/> Oncologie (y compris pédiatrique) | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Hématologie (y compris pédiatrique) | <input type="checkbox"/> Pédiatrie d_milmed |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Service de médecine de court séjour |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Service de médecine de long séjour |
| <input type="checkbox"/> Travail en cabinet libéral | <input type="checkbox"/> Autres : précisez..... fu2_deux_m11 |

Concernant le père de l'enfant (des enfants) participant à EPIPAGE 2 :

99. **Le père de votre (vos) enfant(s) a-t-il travaillé l'année précédant votre grossesse ou au moment de la conception ?** **fu2_deux_m12**

Non Oui

Si non, merci de passer directement à la question 101

100. **Quelle était l'activité principale de l'entreprise où le père de votre (vos) enfant(s) a travaillé l'année précédant votre grossesse (ou, si changement, au moment de la conception) (soyez le plus précis possible : supermarché, maintenance et dépannage informatiques, activités auprès de personnes âgées ou malades à domicile ou en institution, hôtels, activité libérale, etc....) :** **fu2_deux_m13**

101. Si le père de votre enfant travaillait en milieu de soins (hôpital, clinique, cabinet...) l'année précédant votre grossesse ou au moment de la conception, dans quel service ou unité travaillait-il ? fu2_deux_m14

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bloc opératoire | <input type="checkbox"/> Urgences (y compris pédiatrique) |
| <input type="checkbox"/> Stérilisation | <input type="checkbox"/> Réanimation, soins intensifs (y compris pédiatrique) |
| <input type="checkbox"/> Oncologie (y compris pédiatrique) | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Hématologie (y compris pédiatrique) | <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Service de médecine de court séjour |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Service de médecine de long séjour |
| <input type="checkbox"/> Travail en cabinet libéral | <input type="checkbox"/> Autres : précisez..... fu2_deux_m15 |

Votre santé

102. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : d_sante fu2_deux_m16

- excellente très bonne bonne assez bonne / passable mauvaise

103. 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 ? d_freq8 fu2_deux_m17

- en permanence très souvent quelquefois rarement jamais

104. Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? d_freq8 fu2_deux_m18

- en permanence très souvent quelquefois rarement jamais

105. 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 ? d_freq8 fu2_deux_m19

- en permanence très souvent quelquefois rarement jamais

106. 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 ? d_freq8 fu2_deux_m20

- en permanence très souvent quelquefois rarement jamais

107. Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitée dans votre travail ou vos activités domestiques ? d_freq8 fu2_deux_m21

- en permanence très souvent quelquefois rarement jamais

Les questions suivantes font référence à votre (vos) enfant(s) participant à EPIPAGE 2 :

108. Depuis la naissance de votre (vos) enfant(s), avez-vous consulté un(e) psychologue ou un(e) psychiatre ? fu2_deux_m22

- Non Oui

Si vous n'avez pas consulté, en avez-vous parfois ressenti le besoin ? Non Oui fu2_deux_m23

Si vous avez consulté, pendant combien de temps (depuis combien de temps si vous la/le voyez encore) ?

d_freq9 fu2_deux_m24

- consulté 1 fois seulement moins de 3 mois entre 3 et 6 mois plus de 6 mois

109. Avez-vous des difficultés à faire garder votre (vos) enfant(s) pour des besoins occasionnels (courses, sorties) ? Jamais Parfois Souvent Toujours d_freq2 fu2_deux_m25

Si parfois, souvent ou toujours, est-ce parce que :

Vous ne connaissez personne de disponible près de chez vous ? Non Oui fu2_deux_m26

Vous trouvez difficile de confier votre (vos) enfant(s) à quelqu'un d'autre ? Non Oui fu2_deux_m27

110. Êtes-vous inquiète pour la santé de votre (vos) enfant(s)? fu2_deux_m28

Non

Oui

..... fu2_deux_m29

111. Êtes-vous inquiète pour le développement de votre (vos) enfant(s)? fu2_deux_m30

Non

Oui

..... fu2_deux_m31

Êtes-vous inquiète pour la santé de votre enfant, si jumeaux, triplés ou plus, inquiète pour la santé d'au moins un des enfants? fu2_inquiet_sante

Non

Oui

Êtes-vous inquiète pour le développement de votre enfant, si jumeaux, triplés ou plus, inquiète pour le développement d'au moins un des enfants? fu2_inquiet_dvp

Non

Oui

112. Avez-vous du mal à reparler de la naissance de votre (vos) enfant(s)? d_freq2 fu2_deux_m32

Jamais

Parfois

Souvent

Toujours

Votre situation familiale

113. Actuellement, vivez-vous en couple ? d_couple fu2_deux_m33

Non
 Oui, avec le papa de l'enfant (ou des enfants) EPIPAGE 2
 Oui, avec un autre conjoint ou compagnon

Si oui, vivez-vous ensemble dans le même logement ? Non Oui fu2_deux_m34

114. Depuis la naissance du (des) enfant(s) participant à EPIPAGE 2, avez-vous eu un autre enfant ?

Non

Oui

fu2_deux_m35

Si oui, quels étaient :

sa date de naissance ?

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

1^{er} enfant

2^è enfant

3^è enfant

fu2_deux_m36

fu2_deux_m39

fu2_deux_m42

Age de l'enfant (en jours) à la naissance de sa/son 1^{ère} sœur/frère

fu2_deux_m36C

Age de l'enfant (en mois révolus) à la naissance de sa/son 1^{ère} sœur/frère

fu2_deux_m36C_mr

Age de l'enfant (en jours) à la naissance de sa/son 2^{ème} sœur/frère

fu2_deux_m39C

Age de l'enfant (en mois révolus) à la naissance de sa/son 2^{ème} sœur/frère

fu2_deux_m39C_mr

Age de l'enfant (en jours) à la naissance de sa/son 3^{ème} sœur/frère

fu2_deux_m42C

Age de l'enfant (en mois révolus) à la naissance de sa/son 3^{ème} sœur/frère

fu2_deux_m42C_mr

son terme de naissance ? |_|_| semaines

fu2_deux_m37

fu2_deux_m40

fu2_deux_m43

son poids de naissance ? |_|_|_|_| grammes

fu2_deux_m38

fu2_deux_m41

fu2_deux_m44

Si non, souhaiteriez-vous avoir un autre enfant ?

Non

Oui, maintenant

Oui, plus tard

d_famille2

fu2_deux_m45

Vous êtes actuellement enceinte

Votre situation professionnelle

115. **Actuellement, quelle est votre situation ?** d_activite4f fu2_deux_m46
- Vous avez un emploi
 - Vous êtes mère au foyer
 - Au chômage ou à la recherche d'un emploi
 - Etudiante, élève, en formation ou en stage
 - En « congé parental »
 - En « congé de présence parentale »
 - Autre situation, précisez : fu2_deux_m47
- Si vous avez un emploi, travaillez-vous : à temps plein à temps partiel d_contrat2f fu2_deux_m48
116. **Quelle est votre profession actuelle ou, si vous n'en avez pas actuellement, la dernière que vous avez exercée ? (Précisez de façon détaillée)** fu2_deux_m49

La situation professionnelle de votre mari ou compagnon

117. **Actuellement, quelle est la situation de votre mari ou compagnon vis-à-vis du travail ?**
- Il a un emploi d_activite3f fu2_deux_m50
 - Apprenti sous contrat ou stage rémunéré
 - Etudiant, élève, en formation ou en stage
 - Au chômage ou à la recherche d'un emploi
 - Au foyer
 - En « congé parental »
 - En « congé de présence parentale »
 - Autre, précisez : fu2_deux_m51
118. **Quelle est la profession actuelle de votre mari ou compagnon ou, s'il n'en a pas actuellement, la dernière qu'il a exercée ? (Précisez de façon détaillée)** fu2_deux_m52
119. **Qui a complété ce questionnaire ?** d_rempli fu2_deux_m53
- la maman le papa les deux autre, précisez : fu2_deux_m54

MERCI BEAUCOUP D'AVOIR REMPLI CE QUESTIONNAIRE

Vous pouvez écrire vos commentaires si vous le souhaitez :

..... fu2_deux_m55

..... fu2_deux_m56

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Témoignage sur le site internet EPIPAGE 2 :

Nous avons mis en place une nouvelle version du site internet Epipage 2 (<http://epipage2.inserm.fr>) sur lequel vous pouvez laisser un témoignage. Pour cela vous pouvez utiliser l'espace ci-dessous pour écrire votre commentaire. Celui-ci ne pourra être publié que si vous cochez la case ci-dessous et apparaîtra de manière anonyme.

J'accepte que mon commentaire soit publié sur le site internet Epipage 2 de manière anonyme **d_accept** **fu2_deux_m57**

fu2_deux_m58.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vos commentaires peuvent également être transmis à l'équipe EPIPAGE 2 par mail à cette adresse : Epipage.u953@inserm.fr.

.....