



## **Enquête 7 ans et demie nationale Manger, bouger, grandir**

### **Table des matières**

Partie 1 : Informations générales .....	2
Partie 2 : Alimentation .....	3
Partie 3 : Réalisation d'un dessin .....	8
Partie 4 : Vos loisirs .....	9
Partie 5 : Croissance et puberté .....	13
5.1 Mesurer le poids, la taille et le tour de taille de votre enfant .....	13
5.2 Report des mesures.....	15
Partie 6 : Questions concernant le père de l'enfant participant à l'étude Elfe.....	18
Partie 7 : Pour rester en contact .....	19

## Partie 1 : Informations générales

### TYP (*variable construite*)

#### Type questionnaire (PAPIER/WEB) :

- 1 PAPIER
- 2 WEB

### PARTIREF7A (*variable construite*)

#### Répondant questionnaire :

- 0 Pas de participation
- 1 Participation du père ou de l'autre parent
- 2 Participation de la mère
- 9 Répondant inconnu

### REFCOMP7A (*variable construite*)

#### Complétude questionnaire :

- 0 Le questionnaire est non fait
- 1 Le questionnaire est complet
- 2 Seul le module croissance/puberté est manquant ou incomplet
- 3 Autre situation

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

### QREP\*

#### Vous êtes :

- 1 La mère de l'enfant Elfe
- 2 Son autre parent

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

### SEXENF\*

#### L'enfant qui participe à l'étude Elfe est :

- 1 Un garçon
- 2 Une fille

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

### EFVIT\*

#### Pouvez-vous indiquer où l'enfant qui participe à l'étude Elfe vit aujourd'hui ?

- 1 Avec vous et son autre parent sous le même toit
- 2 Avec vous seulement et pas son autre parent
- 3 Avec son autre parent seulement et pas vous
- 4 En alternance chez vous et son autre parent
- 5 Ni avec vous ni avec son autre parent, votre enfant vit chez une autre personne ou en institution

## Partie 2 : Alimentation

Abordons maintenant l'alimentation de votre enfant.

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

Habituellement, quel type de lait boit principalement votre enfant (y compris sous forme de lait concentré ou en poudre) ?

TYPLAIT\*

- 1 Lait de vache entier
- 2 Lait de vache 1/2 écrémé
- 3 Lait de vache écrémé
- 4 Autre lait animal (brebis, chèvre...)
- 5 Boisson végétale à base de riz, soja, amande...
- 6 Autre lait
- 7 Mon enfant ne boit pas de lait

**SI TYPLAIT=6**

**OPEN TEXT**

Pouvez-vous préciser de quel autre type de lait il s'agit :

TYPLAITP\* : .....

**SI TYPLAIT=1,2,3,4,5,6**

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

Quelle quantité de lait votre enfant boit-il/elle par jour en moyenne ?

QTLAIT\*

- 1 Moins d'un grand bol (250 ml) par jour
- 2 Un grand bol par jour
- 3 Plus d'un grand bol par jour

**OPEN NUMERIC**

Combien de fois par semaine mange-t-il/elle à la cantine en période scolaire ?

Si votre enfant mange exceptionnellement à la cantine, c'est-à-dire moins d'une fois par semaine indiquez 6

MANGCANT\*

|\_\_| (BORNES DE 0 À 6)

**OPEN NUMERIC**

Dans une semaine habituelle (en comptant le week-end), combien de petits-déjeuners votre enfant prend-il/elle à votre domicile ?

NBPDEJ\*

|\_\_| (BORNES DE 0 À 7)

**OPEN NUMERIC**

Dans une semaine habituelle (en comptant le week-end), combien de déjeuners votre enfant prend-il/elle à votre domicile ?

NBDEJ\*

|\_\_| (BORNES DE 0 À 7)

**OPEN NUMERIC**

Enfin, dans une semaine habituelle (en comptant le week-end), combien de dîners votre enfant prend-il/elle à votre domicile ?

NBDIN\*

|\_\_| (BORNES DE 0 À 7)

La suite de ce questionnaire porte maintenant sur l'alimentation de votre enfant À LA MAISON au cours des 12 DERNIERS MOIS.

Une liste d'aliments vous est proposée. Pour chaque aliment (ou groupe d'aliments) présenté, cochez la case correspondant à la fréquence de sa consommation que ce soit AU COURS DES REPAS OU ENTRE LES REPAS.

Si votre enfant prend des repas en dehors de la maison, ne tenez pas compte de ces repas.

		1	2	3	4	5
		Plusieurs fois par jour	Tous les jours ou presque	1 à 3 fois/semaine	1 à 3 fois/mois	Jamais ou presque
LAITAGE*	Laitages (yaourts, petits-suisses, fromage blanc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESSERTLAI*	Desserts lactés (crème dessert, glace, flan...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FROM*	Fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATERISEM*	Pâtes, riz, semoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PDT*	Pommes de terre (à l'eau ou en purée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PDTFRIT*	Frites, pommes de terre sautées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TARTESAL*	Quiches, pizzas, tartes salées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEGUMSEC*	Légumes secs (lentilles, haricots blancs, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEGUMCUI*	Légumes cuits (en dehors des pommes de terre), soupes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRUISAL*	Crudités, salade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOLAJAM*	Volaille ou jambon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIAND*	Viande type bœuf, mouton, porc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHARCUSJ*	Charcuterie (sauf jambon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POISGRA*	Poisson gras type maquereau, sardines, saumon, thon, hareng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POISFRAI*	Poisson blanc non pané type cabillaud, colin, merlan, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POISPANE*	Poisson pané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OEUF*	Œufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRUITFRAI*	Fruits frais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPOT*	Compotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUSFRUIT*	Jus de fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BOISSONSUC*	Sodas ordinaires, sirop, autres boissons sucrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SODALIGHT*	Sodas « light »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEREAL*	Céréales de type petit-déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PAIN7B*	Pain blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAIN7AUT*	Autre pain (complet, aux céréales...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIENBISGAT*	Viennoiseries, biscuits, gâteaux, pâtisseries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BONCHOC*	Bonbons, chocolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BISCAPERO*	Chips, biscuits apéritifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EAUROB*	Eau du robinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EAUBOUT*	Eau en bouteille ou bonbonne (minérale ou de source)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SINGLE (EXCLUSIVE)

**Le plus souvent, quelle matière grasse utilisez-vous pour...**

*Pour chaque ligne, une seule réponse est possible*

		1	2	3	4	5	6	7	8
		Aucune matière grasse	Huile d'olive	Huile de tournesol	Huile de colza, huiles mélangées	Margarine	Beurre, crème fraîche	Autre matière grasse	Aliment non consommé
MGVIAND*	La cuisson des viandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MGPOISSON*	La cuisson des poissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MGFRITES*	La cuisson des frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MGCRUDIT*	L'assaisonnement des crudités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MGLEGUM*	La cuisson des légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MGFECUL*	L'assaisonnement des féculents après cuisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SINGLE (EXCLUSIVE)

**Donnez-vous à votre enfant des aliments issus de l'agriculture biologique ?**

BIOENF\*

- 1 Oui
- 2 Non

**SI BIOENF=1****SINGLE (EXCLUSIVE)****Pouvez-vous indiquer quel type d'aliment bio vous lui donnez et à quelle fréquence ?**

		1	2	3	4
		Tous les jours ou presque	Plusieurs fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais ou rarement
BIOSUC*	Du sucre bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOFRUJ*	Des fruits bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOLEG*	Des légumes bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOPAIN*	Du pain bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOCER*	Des céréales bio (pâtes, riz, blé...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOLAIT*	Des produits laitiers bio (lait, beurre, crème fraîche, fromage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOEUF*	Des œufs bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOVIAND*	De la viande bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOPOISS*	Du poisson bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOBISCH*	Des biscuits, du chocolat bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOFRUISEC*	Des fruits secs bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SINGLE (EXCLUSIVE)****Utilisez-vous un four à micro-ondes chez vous ?**

MICROO\*

- 1 Oui  
2 Non

**SI MICROO=1****SINGLE (EXCLUSIVE)****Lorsque vous utilisez le four à micro-ondes pour chauffer ou réchauffer des aliments pour votre enfant, utilisez-vous ?**

		1	2	3	4
		Tous les jours ou presque	Plusieurs fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais ou rarement
MICROTUP*	Un contenant en plastique (type « Tupperware »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MICROEMB*	L'emballage d'origine (pour les plats préparés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MICROVER*	Un contenant en verre, céramique, terre cuite ou porcelaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MICROAUT*	Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SI MICROAUT=1,2,3****OPEN TEXT**

Pouvez-vous préciser de quel autre contenant il s'agit :

MICROAUTP\* : .....

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

Pour chacune des affirmations suivantes, veuillez cocher la case qui correspond le mieux au comportement de votre enfant.

		1	2	3	4	5
		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
CEBQ1*	Mon enfant aime beaucoup manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ2*	Mange davantage quand il/elle s'inquiète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ3*	A bon appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ4*	Termine ses repas rapidement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ5*	Apprécie la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ6*	La première réaction de mon enfant est de refuser de goûter à tout aliment inconnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ7*	Mon enfant mange lentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ8*	Mange moins quand il/elle est fâché(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ9*	Aime goûter à de nouveaux aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ10*	Mange moins quand il/elle est fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ11*	Demande toujours à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ12*	Mange davantage quand il/elle s'ennuie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ13*	Mon enfant mangerait trop si je le lui permettais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ14*	Mange davantage quand il/elle est anxieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ15*	Aime bien manger des aliments très variés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ16*	Laisse toujours de la nourriture dans son assiette à la fin du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ17*	Prend plus de 30 minutes pour finir son repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ18*	Mangerait presque tout le temps s'il/elle avait le choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ19*	Attend l'heure du repas avec impatience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ20*	Est rassasié(e) avant la fin du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ21*	Prend plaisir à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ22*	Mange davantage quand il/elle est content(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ23*	Il est difficile de trouver un menu qui plaise à mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ24*	Mon enfant mange moins quand il/elle est contrarié(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ25*	Est rassasié(e) facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CEBQ26*	Mange davantage quand il/elle n'a rien d'autre à faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ27*	Trouve toujours de la place pour manger sa nourriture préférée même lorsqu'il/elle est rassasié(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ28*	Mon enfant ne peut pas manger son repas juste après avoir mangé un snack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ29*	Aime goûter à des aliments auxquels il/elle n'a jamais goûté avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ30*	Décide qu'il/elle n'aime pas un aliment, avant même d'y avoir goûté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ31*	Serait toujours en train de manger si on le/la laissait faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEBQ32*	Mange de plus en plus lentement tout au long du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Calcul des scores pour le comportement alimentaire de l'enfant (*variables construites*)

CEBQ_FR	Sensibilité à l'alimentation (Food responsiveness)	$(\text{CEBQ11} + \text{CEBQ13} + \text{CEBQ18} + \text{CEBQ27} + \text{CEBQ31})/5$
CEBQ_EOE	Sur-consommation émotionnelle (Emotional overeating)	$(\text{CEBQ2} + \text{CEBQ12} + \text{CEBQ14} + \text{CEBQ26})/4$
CEBQ_EF	Appréciation de l'alimentation (Enjoyment of food)	$(\text{CEBQ1} + \text{CEBQ5} + \text{CEBQ19} + \text{CEBQ21})/4$
CEBQ_SR	Sensibilité à la satiété (Satiety responsiveness)	$(\text{CEBQ16} + \text{CEBQ20} + \text{CEBQ25} + \text{CEBQ28} - (\text{CEBQ3-6}))/5$
CEBQ_SE	Lenteur à s'alimenter (Slowness in eating)	$(\text{CEBQ7} + \text{CEBQ17} + \text{CEBQ32} - (\text{CEBQ4-6}))/4$
CEBQ_EUE	Sous-consommation émotionnelle (Emotional undereating)	$(\text{CEBQ8} + \text{CEBQ10} + \text{CEBQ22} + \text{CEBQ24})/4$
CEBQ_FF	Néophobie alimentaire (Food fussiness)	$(\text{CEBQ6} - (\text{CEBQ9-6}) - (\text{CEBQ15-6}) + \text{CEBQ23} - (\text{CEBQ29-6}) + \text{CEBQ30})/6$

## Partie 3 : Réalisation d'un dessin

Si vous ne l'avez pas déjà fait, demandez à votre enfant de dessiner un bonhomme avec des feutres sur la feuille pré-identifiée reçue. Merci de nous la retourner par courrier avec l'enveloppe T fournie.

### CODDESSIN (*variable construite*)

Dessin envoyé pour codage :

- 1 Oui
- 2 Non



## Partie 4 : Vos loisirs

Les questions qui suivent portent sur vos activités sportives et de loisir.

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

**PARSPORT\***

**Vous personnellement** pratiquez-vous une activité physique pour votre loisir (marche à pied, vélo, natation ou toute autre activité sportive encadrée ou pas) au moins une fois par semaine, en dehors des vacances ?

- 1 Oui
- 2 Non

**SI PARSPO=1**

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

**PARSPORTPS\***

**Combien de temps en moyenne par semaine consacrez-vous à cette/ces activité(s) ?**

*Additionnez les temps passés dans chacune des activités physiques pratiquées et indiquez le temps total.*

- 1 Moins de 30 minutes
- 2 Entre 30 minutes et 1 heure
- 3 Entre 1 et 2 heures
- 4 Plus de 2 heures

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

**PARSPORTAUT\***

**Votre conjoint(e) pratique-t-il/elle une activité physique pour son loisir au moins une fois par semaine, en dehors des vacances ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 8 Non concerné(e)

**SI PARSPOAUT=1**

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

**PARSPORTPSAUT\***

**Combien de temps en moyenne par semaine votre conjoint(e) consacre-t-il/elle à cette/ces activité(s) ?**

*Additionnez les temps passés dans chacune des activités physiques pratiquées et indiquez le temps total.*

- 1 Moins de 30 minutes
- 2 Entre 30 minutes et 1 heure
- 3 Entre 1 et 2 heures
- 4 Plus de 2 heures
- 9 Vous ne savez pas

**SINGLE (EXCLUSIVE)****Combien de temps votre enfant passe-t-il/elle à faire des activités physiques avec vous ?***Ne cochez qu'une case par ligne en faisant le total des activités physiques*

		1	2	3	4	5	6	7	9
		Jamais	Rarement, moins d'une fois par mois ou à certaines périodes de l'année	Occasionnellement, au moins une fois par mois	Toutes les semaines, mais moins de 30 minutes par semaine	Entre 30 minutes et 1 heure par semaine	Entre 1 et 2 heures par semaine	Plus de 2 heures par semaine	Vous ne savez pas
PARENFSPTPS1*	<b>Avec vous uniquement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SINGLE (EXCLUSIVE)****Combien de temps votre enfant passe-t-il/elle à faire des activités physiques avec vous et/ou votre conjoint(e) ?***Ne cochez qu'une case par ligne en faisant le total des activités physiques*

		1	2	3	4	5	6	7	9	8
		Jamais	Rarement, moins d'une fois par mois ou à certaines périodes de l'année	Occasionnellement, au moins une fois par mois	Toutes les semaines mais moins de 30 minutes par semaine	Entre 30 minutes et 1 heure par semaine	Entre 1 et 2 heures par semaine	Plus de 2 heures par semaine	Vous ne savez pas	Non concerné (e)
PARENFSPTPS2*	<b>Uniquement avec votre conjoint(e)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENFSPTPS3*	<b>Avec vous et votre conjoint(e) ensemble</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SI PARENFSPTPS1=2,3,4,5,6,7 OU PARENFSPTPS2=2,3,4,5,6,7 OU PARENFSPTPS3=2,3,4,5,6,7****SINGLE (EXCLUSIVE)****De quel(s) type(s) d'activité s'agit-il ?***Vous pouvez cocher « oui » à plusieurs activités*

		1	2
		Oui	Non
PARENFACT1*	<b>Marche ou course à pied</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENFACT2*	<b>Jeux de ballon</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENFACT3*	<b>Vélo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENFACT4*	<b>Piscine</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENFACT5*	<b>Jeux de raquettes (tennis, badminton, etc.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENFACT6*	<b>Poney, équitation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENFACT7*	<b>Sports de glisse sur eau (voile, canoë, surf, etc.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENFACT8*	<b>Sports d'hiver (ski, snowboard, luge, etc.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARENFACT9*	Escalade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENFACT10*	Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SI PARENFACT10=1**

OPEN TEXT

PARENFACT10P1\*

Préciser de quelle autre activité il s'agit : .....

**SI PARENFACT10=1**

SINGLE (EXCLUSIVE)

PARENFACT10P2\*

Y a-t-il une autre activité ?

- 1 Oui
- 2 Non

**SI PARENFACT10P2=1**

OPEN TEXT

PARENFACT10P2P\*

Préciser de quelle autre activité il s'agit : .....

Revenons à vous.

SINGLE (EXCLUSIVE)

Au cours des 12 DERNIERS MOIS, que ce soit AVEC ou SANS votre enfant, vous est-il arrivé de :

Cochez pour chaque ligne la case correspondante à ce que vous avez fait, vous personnellement

		1	2
		Oui	Non
CINE*	Aller au cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MATCH*	Aller voir un match, une compétition sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISCO*	Aller en boîte de nuit, en discothèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONC*	Aller à un concert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPEC*	Aller voir un spectacle (danse, théâtre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIBL*	Aller dans une bibliothèque, une médiathèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUSEE*	Aller dans un musée, voir une exposition, visiter un monument historique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

Et toujours au cours des 12 DERNIERS MOIS, que ce soit AVEC ou SANS votre enfant, vous est-il arrivé de :

Indiquez pour chaque activité, la fréquence de votre pratique personnelle

		1	2	3	4
		Tous les jours ou presque	1 à 2 fois par semaine	1 à 2 fois par mois	Moins souvent ou jamais
<b>BRICO*</b>	Bricoler, jardiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BROD*</b>	Broder, tricoter, coudre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DESSIN*</b>	Dessiner, chanter, danser, jouer d'un instrument de musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CHASSE*</b>	Aller à la chasse ou à la pêche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MOMTV*</b>	Regarder des émissions ou des programmes de télévision (y compris sur internet et programmes ou émissions enregistrés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MOMORDI*</b>	Utiliser un ordinateur, une tablette ou un smartphone pour vos loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RADIO*</b>	Écouter la radio (y compris sur internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MUSI*</b>	Écouter de la musique (CD, DVD, sites musicaux internet, MP3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VIDEO*</b>	Jouer à des jeux vidéo (y compris sur internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>JOUR*</b>	Lire des journaux, des magazines (y compris sur internet et journaux gratuits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BD*</b>	Lire des bandes dessinées (quel que soit le support)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LIVR*</b>	Lire des livres sans compter les bandes dessinées (quel que soit le support)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SINGLE (EXCLUSIVE)****NBLIVR\***

Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de livres environ avez-vous lus pour le plaisir, en excluant vos lectures professionnelles, les BD et les livres lus aux enfants (quel que soit le support y compris sur internet) ?

- 1 1 ou 2
- 2 3 à 5
- 3 6 à 10
- 4 11 à 20
- 5 Plus de 20
- 6 Aucun livre

OPEN NUMERIC

Combien de temps passez-vous devant un écran quel qu'il soit (télévision, ordinateur, tablette, téléphone portable) À VOTRE DOMICILE pour votre loisir ?

Ne pas inclure les temps passés hors du domicile comme dans les transports en commun. Renseigner d'abord les heures puis les minutes.

UN JOUR DE SEMAINE

PARECRANSEMH\* |\_\_|\_\_| heures (BORNES 0 ; 20)

PARECRANSEMM\* |\_\_|\_\_| minutes (BORNES 0 ; 59)

UN JOUR DE WEEK-END

PARECRANWEH\* |\_\_|\_\_| heures (BORNES 0 ; 20)

PARECRANWEM\* |\_\_|\_\_| minutes (BORNES 0 ; 59)

SINGLE (EXCLUSIVE)

ABJOUR\*

Êtes-vous abonné(e) à un journal quotidien (quel que soit le support y compris sur internet) ?

- 1 Oui
- 2 Non

SINGLE (EXCLUSIVE)

ABMAG\*

Êtes-vous abonné(e) à un magazine (quel que soit le support y compris sur internet) ?

- 1 Oui
- 2 Non

SINGLE (EXCLUSIVE)

MANQTL\*

Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment de manquer de temps libre pour faire tout ce dont vous avez envie ?

- 1 Oui souvent
- 2 Oui, de temps en temps
- 3 Non, jamais

## Partie 5 : Croissance et puberté

### 5.1 Mesurer le poids, la taille et le tour de taille de votre enfant

Le suivi de la croissance des enfants est un des objectifs importants de la cohorte Elfe. Vous nous avez déjà communiqué à plusieurs reprises des données sur la croissance de votre enfant à partir du carnet de santé. Cependant, les mesures de croissance sont moins fréquentes dans le carnet de santé après 3 ans. C'est pourquoi nous vous proposons aujourd'hui de nous transmettre des mesures que vous réaliserez vous-même. Nous vous en remercions par avance.

Si vous pouvez compléter les mesures faites chez votre enfant par des mesures vous concernant, nous disposerons d'éléments très précis pour mieux comprendre sa croissance. Le tour de taille est un indicateur de santé complémentaire au poids et à la taille.

Voici la liste du matériel dont vous aurez besoin :



un pèse-personne que vous pensez fiable



une boîte en carton solide (rectangulaire, de type boîte de céréales)



un mètre à enrouleur



un mètre souple (type mètre ruban de couturière), ou à défaut une ficelle



un crayon à papier et une gomme

### Comment mesurer le poids, la taille et le tour de taille

Pendant la séance de mesure, la personne mesurée, enfant(s) ou parent(s), sera si possible en sous-vêtements ou en vêtements légers. Il est en tout cas primordial d'enlever les chaussures.

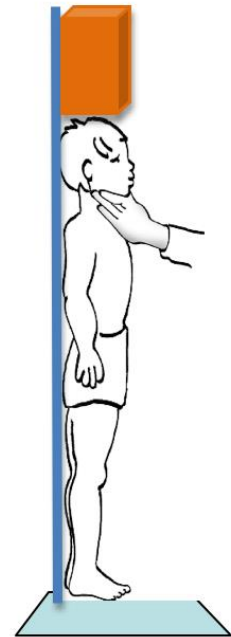
#### Mesure du poids

L'enfant ou l'adulte se tient debout sans aide, immobile au centre du plateau de la balance, le poids du corps étant réparti également sur les deux pieds.

#### Mesure de la taille

L'enfant ou l'adulte se tient debout sur le sol, le poids réparti sur les deux pieds, talons joints. Les bras pendent le long du corps. La tête, le dos, les fesses et les talons sont en contact avec le mur. L'enfant ou l'adulte regarde droit devant lui et inspire profondément.

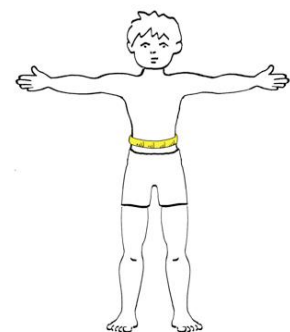
Une boîte en carton rigide sera placée au-dessus de sa tête puis abaissée jusqu'à ce qu'elle soit en contact avec le haut de la tête en l'appuyant suffisamment pour comprimer la chevelure. Maintenir la boîte en place pendant que l'enfant ou l'adulte se retire et souligner le bas de la boîte d'un trait de crayon sur le mur (marque que vous pourrez gommer une fois la mesure prise). Mesurer ensuite la hauteur entre ce trait et le sol avec un mètre rigide si possible, et en veillant à ce qu'il soit bien vertical.



#### Mesure du tour de taille

L'enfant ou l'adulte torse nu ou en légers sous-vêtements se tient debout, confortablement, le poids réparti sur les deux pieds légèrement écartés. La mesure est prise au niveau de la taille naturelle\* qui est l'endroit le plus étroit du torse, à la fin d'une expiration et sans serrer la taille. Vérifier que le mètre est bien positionné à l'horizontale et qu'il ne « penche » pas d'un côté ou d'un autre.

Si vous n'avez pas de mètre-ruban de couturière, prenez une ficelle pour procéder aux mesures dans un premier temps, et mesurez ensuite la ficelle à l'aide du mètre enrouleur.



\*si la taille naturelle est peu visible, prenez la mesure à mi-distance entre le bas des côtes et l'os du bassin

## 5.2 Report des mesures

Tout d'abord, merci de reporter les mesures concernant votre enfant.

OPEN NUMERIC
À quelle date ont été réalisées les mesures pour l'enfant ?
JMESENF
Le jour  __ __  (BORNES DE 1 À 31)
MMESENF
Le mois  __ __  (BORNES DE 1 À 12)
AMESENF
L'année  __ __ __ __  (BORNES À 2019)

OPEN NUMERIC
Quel est son poids ?
POIDSENF :  __ __ , __  kg (BORNES 10,0 ; 80,0)

OPEN NUMERIC
Quelle est sa taille ?
TAILLENF :  __ __ __ , __  cm (BORNES 90,0 ; 180,0)

OPEN NUMERIC
Quel est son tour de taille ?
TRTAILLENF :  __ __ __ , __  cm (BORNES 30,0 ; 130,0)

AGE7A *(variable construite)*

Âge de l'enfant à la date de remplissage du questionnaire en mois

AGE7AJR *(variable construite)*

Âge de l'enfant à la date de remplissage du questionnaire en jours

AGE7A\_DATMES *(variable construite)*

Âge de l'enfant à la date des mesures en mois

AGE7AJR\_DATMES *(variable construite)*

Âge de l'enfant à la date des mesures en jours

Merci de reporter maintenant les mesures concernant la mère de l'enfant Elfe.

OPEN NUMERIC
À quelle date ont été réalisées les mesures pour la mère ?
JMESMER
Le jour  __ __  (BORNES DE 1 À 31)
MMESMER
Le mois  __ __  (BORNES DE 1 À 12)
AMESMER
L'année  __ __ __ __  (BORNES À 2019)

OPEN NUMERIC
Quel est son poids ?
POIDSMER :  __ __ , __  kg (BORNES 30,0 ; 200,0)

OPEN NUMERIC

Quelle est sa taille ?

TAILLEMER : |\_|\_|\_|\_|,|\_| cm (BORNES 130,0 ; 210,0)

OPEN NUMERIC

Quel est son tour de taille ?

TRTAILLEMER : |\_|\_|\_|\_|,|\_| cm (BORNES 40,0 ; 160,0)

AGEMER\_DATMES (*variable construite*)

Âge de la mère à la date des mesures en années

Merci enfin de noter les mesures concernant le père de l'enfant Elfe.

OPEN NUMERIC

À quelle date ont été réalisées les mesures pour le père ?

JMESAUTP

Le jour |\_|\_| (BORNES DE 1 À 31)

MMESAUTP

Le mois |\_|\_| (BORNES DE 1 À 12)

AMESAUTP

L'année |\_|\_|\_|\_| (BORNES À 2019)

OPEN NUMERIC

Quel est son poids ?

POIDSAUTP : |\_|\_|,|\_| kg (BORNES 40,0 ; 250,0)

OPEN NUMERIC

Quelle est sa taille ?

TAILLEAUTP : |\_|\_|\_|\_|,|\_| cm (BORNES 140,0 ; 230,0)

OPEN NUMERIC

Quel est son tour de taille ?

TRTAILLEAUTP : |\_|\_|\_|\_|,|\_| cm (BORNES 40,0 ; 180,0)

AGEPER\_DATMES (*variable construite*)

Âge du père à la date des mesures en années

En grandissant, le corps des enfants change et chez certains, les premiers signes de puberté peuvent déjà être visibles. Merci de nous indiquer à l'aide des schémas suivants le stade pubertaire de votre enfant. Vous avez bien sûr la possibilité d'indiquer que vous ne souhaitez pas répondre.



**SI SEXENF=2**

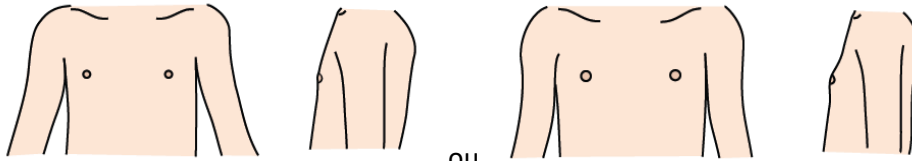
**SINGLE (EXCLUSIVE)**

**À quelle image correspond le développement des seins de votre fille ?**

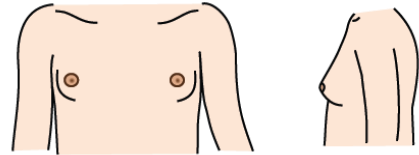
**TANSC\* (variable corrigée)**

(Ancienne variable TANS devenue TANSC le 25/06/2021 ; anciennes modalités « 1 » et « 2 » regroupées en « 1+ » cf. Protocole)

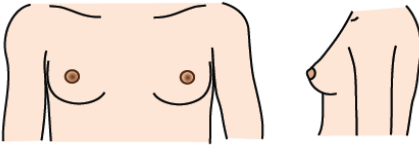
1+



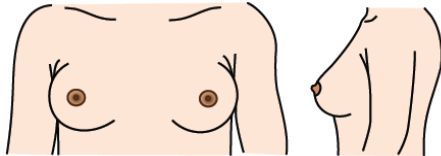
3



4



5



8  Vous ne souhaitez pas répondre

9  Vous ne savez pas

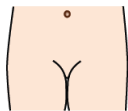
**SI SEXENF=2**

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

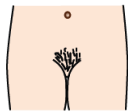
**TANPF\***

**Et à quelle image correspond la pilosité pubienne de votre fille ?**

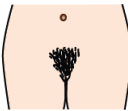
1



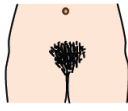
2



3



4



5



8  Vous ne souhaitez pas répondre

9  Vous ne savez pas

**SI SEXENF=1**

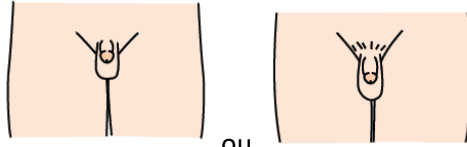
**SINGLE (EXCLUSIVE)**

**À quelle image correspond le développement des testicules et de la verge, et la pilosité pubienne de votre garçon ?**

**TANTGC\* (variable corrigée)**

(Ancienne variable TANTG devenue TANTGC le 25/06/2021 ; anciennes modalités « 1 » et « 2 » regroupées en « 1+ » cf. Protocole)

1+



3



4



5



8  Vous ne souhaitez pas répondre

9  Vous ne savez pas

**Partie 6 : Questions concernant le père de l'enfant participant à l'étude Elfe**

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

**CIGARP\***

**Le père de l'enfant a-t-il, au cours de sa vie, fumé régulièrement pendant au moins 1 an ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Vous ne savez pas

**SI CIGARP=1**

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

**CIGARAGEP\***

**À quel âge a-t-il commencé à fumer de façon régulière ?**

Indiquez 99 si vous ne connaissez pas l'âge

Âge en années |\_\_|\_\_| (BORNES DE 10 À 99)

## Partie 7 : Pour rester en contact

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

**CHGADDRESS\***

**Avez-vous changé d'adresse depuis les 5 ans de votre enfant ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**SI CHGADDRESS=1**

**OPEN TEXT**

**Pouvez-vous nous indiquer votre adresse actuelle ?**

**CIVILITE\*** Civilité :  Monsieur  Madame

**NOMREP\*** NOM : .....

**PRENREP\*** Prénom : .....

**ADR3REF\*** N° et libellé de la voie : .....

**ADR2REF** Complément d'adresse : .....

**ADRCREF\*** Code postal : .....

**ADRCOMREF\*** Commune : .....

**ADRPAIREF\*** Pays : .....

**SI CHGADDRESS=1**

**OPEN NUMERIC**

**Pouvez-vous nous indiquer la date d'arrivée dans votre logement actuel ?**

**MDATDEM\*** Mois |\_\_|\_\_| (DE 1 À 12)

**ADATDEM\*** Année |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (DE 2015 À 2019)

**SINGLE (EXCLUSIVE)**

**CHGTELMAIL\***

**Avez-vous changé de numéro de téléphone ou d'adresse e-mail depuis les 5 ans de votre enfant ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**SI CHGTELMAIL=1**

**OPEN NUMERIC/TEXT**

**Pouvez-vous nous indiquer votre numéro de téléphone et votre adresse e-mail ?**

**TELREF7** Numéro de téléphone : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (CONTRÔLE FORMAT 10 CHIFFRES)

*Saisir uniquement si vous possédez un numéro de téléphone français.*

**EMAILREF7** E-mail : .....

**Merci pour votre participation !**