

ENQUÊTE EN MATERNITÉ

Réalisée en 2011

ENTRETIEN AVEC LA MÈRE



Données recueillies en face à face
Questionnaire destiné aux mères majeures d'enfants nés à 33 semaines et plus
(naissances uniques ou gémellaires)

Les questions grisées sont à renseigner impérativement.

MAJ Les mises à jour (variables construites et variables corrigées) figurent en fin de chapitre, mentionnées par ce symbole.

SOMMAIRE

INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	2
SITUATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE	4
ÉTUDES ET SITUATION PROFESSIONNELLE.....	8
SITUATION AVANT VOTRE GROSSESSE	11
VOTRE GROSSESSE	12
ASPECTS PSYCHOLOGIQUES	14
EXAMENS D'IMAGERIE : SCANNER, IRM, RADIOGRAPHIE, ÉCHOGRAPHIE	16
DÉPISTAGE.....	23
NUTRITION TABAC ALCOOL	25
VACANCES – EXPOSITION AUX UV.....	28
ACCOUCHEMENT ET ENFANT	30

INFORMATIONS GÉNÉRALES

<FAFNIE>

Code-barres :

|_|_|_|_|_|_|_|

FAF

Questionnaire FAF disponible

0 Non disponible

1 Disponible

<FAFUSERNAME>

Identifiant de l'enquêteur _____

*FAFCREATION

Date de création du questionnaire

|_|_|||_|_|_|_|_|

*LIEUNAISSNF

Maternité de naissance de l'enfant _____

*COMNAISM2

Commune de la maternité _____

*DEPNAISM2

Code postal de la maternité

|_|_|_|_|_|_|_|

NAISS

Naissance

0 Unique

1 Multiple

*DNAISSE

Date de naissance de l'enfant (premier-né si grossesse gémellaire) :

|_|_|||_|_|_|_|_|

ENFTRANS

Enfant transféré :

0 Non

1 Oui

Si ENFTRANS=0 alors DNAISSM (page 2)

Si ENFTRANS=1 et NAISS=1

QLENFTRAN

De quel enfant s'agit-il ?

1 Le premier-né

2 Le deuxième-né

3 Les deux

9 Ne se prononce pas

TRPREV

Vous avait-on prévenue avant la naissance qu'il était possible que votre/vos bébé(s) soit/soient transféré(s) ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne se prononce pas

TREXPL

Vous a-t-on bien expliqué la raison de ce transfert ?

- 1 Oui, tout à fait
- 2 Plutôt oui
- 3 Plutôt non
- 4 Non, pas du tout
- 9 Ne se prononce pas

MVUBB

Avez-vous pu voir votre/vos bébé(s) avant le transfert ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne se prononce pas

PVUBB

Le père du/des bébé(s) a-t-il pu le/les voir ?

- 0 Non
- 1 Oui, le/les voir
- 2 Oui, le/les voir et l'/les accompagner
- 9 Ne se prononce pas

MERETR

Avez-vous pu être transférée dans le bâtiment ou l'établissement où votre/vos bébé(s) a/ont été transféré(s) ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne se prononce pas

SITUATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

*DNAISSM

Quelle est votre date de naissance ? (jj/mm/aa)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ANAISSM

(Variable construite) Année de naissance de la mère

|_|_|_|_|_|

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable construite : âge de la mère à la naissance

LIEUNAISM

Êtes-vous née en France ou dans un autre pays ?

- 1 En France
- 2 Dans un autre pays

Si LIEUNAISM=1

CPCONNUM

Connaissez-vous le code postal de votre ville de naissance ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne se prononce pas

Si CPCONNUM=1

*DEPNAISM

Quel est ce code postal ?

|_|_|_|_|_|_|_|

*COMNAISM

Quelle est votre commune de naissance ? _____

Si CPCONNUM=0

*DEPM

Quel est votre département de naissance ?

|_|_|_|

*COMM

Quelle est votre commune de naissance ? _____

*COMCLAIRM

Commune en clair de la mère _____

Si LIEUNAISM=2

*PAYSNAISM

Dans quel pays ? _____

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable construite

NATIOM

Quelle est votre nationalité ?

- 1 Française de naissance (y compris par réintégration)
- 2 Française par acquisition (naturalisation, mariage, déclaration, ou option à la majorité)
- 3 Étrangère
- 4 Apatride

***COMNAISP**

Quelle est sa commune de naissance ? _____

Si CPCONNUP=0

***DEPP**

Quel est son département de naissance ?

|_|_|

***COMP**

Quelle est sa commune de naissance ? _____

***COMCLAIRP**

Commune en clair du père : _____

Si LIEUNAIISP=2

***PAYSNAISP**

Dans quel pays ? _____

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable construite

NATIOP

Quelle est sa nationalité ?

- 1 Française de naissance (y compris par réintégration)
- 2 Française par acquisition (naturalisation, mariage, déclaration, ou option à la majorité)
- 3 Étrangère
- 4 Ne sait pas

AGEM

MAJ (Variable construite) Âge de la mère à la date de naissance de l'enfant Elfe |_|_|, |_|

AGEP

MAJ (Variable construite) Âge du père à la date de naissance de l'enfant Elfe |_|_|, |_|

PAYS2NAISM

MAJ (Variable construite) Dans quel pays ?

- 0 France
- 1 Union Européenne et EEE
- 2 Turquie
- 3 Maroc
- 4 Algérie
- 5 Tunisie
- 6 Afrique subsaharienne francophone
- 7 Autre Afrique subsaharienne
- 8 Autre pays
- 9 Non déclaré

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée

PAYS2NAISP

MAJ (Variable construite) Dans quel pays ?

- 0 France
- 1 Union Européenne et EEE
- 2 Turquie
- 3 Maroc
- 4 Algérie
- 5 Tunisie
- 6 Afrique subsaharienne francophone
- 7 Autre Afrique subsaharienne
- 8 Autre pays
- 9 Non déclaré

⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée

JNAISSEALEA

MAJ (Variable construite) Jour de naissance de l'enfant (jours théoriques Elfe, générés aléatoirement) ?

|_|_|

PAYS5NAISM

MAJ (Variable construite) Dans quel pays ?

- 1 Union Européenne
- 2 Turquie
- 3 Maroc
- 4 Algérie
- 5 Tunisie
- 6 Afrique subsaharienne francophone
- 7 Autre Afrique subsaharienne
- 8 Europe de l'est/centrale
- 9 Asie
- 10 Amérique du sud/centrale
- 11 Autres
- 12 Non déclaré

PAYS5NAISP

MAJ (Variable construite) Dans quel pays ?

- 1 Union Européenne
- 2 Turquie
- 3 Maroc
- 4 Algérie
- 5 Tunisie
- 6 Afrique subsaharienne francophone
- 7 Autre Afrique subsaharienne
- 8 Europe de l'est/centrale
- 9 Asie
- 10 Amérique du sud/centrale
- 11 Autres
- 12 Non déclaré

ÉTUDES ET SITUATION PROFESSIONNELLE

NIVET

Quel niveau d'études avez-vous atteint ?

- 1 École primaire
- 2 Collège (classes de 6^{ème} à 3^{ème})
- 3 Classes préparant à un CAP ou à un BEP
- 4 Classes de seconde, première ou terminale générales
- 5 Classes de seconde, première ou terminale techniques
- 6 Classes de seconde, première ou terminale professionnelles
- 7 Études supérieures (facultés, IUT, etc.)
- 8 Vous n'avez jamais été scolarisée

*PROFESSP

Quelle est votre profession actuelle ou la dernière exercée ? _____

ENQ : INDIQUER LA PROFESSION DE MANIÈRE DÉTAILLÉE. SI AUCUNE PROFESSION, ÉCRIRE « AUCUNE » ET NE RIEN NOTER POUR **PROFESS**

PROFMAUCUN

Aucune profession : |__|

PROFESS

Dans laquelle de ces catégories classez-vous cette profession ?

- 1 Agriculteur, exploitant
- 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- 4 Profession intermédiaire (instituteur, infirmier, technicien, contremaître, ...)
- 5 Employé
- 6 Ouvrier
- 7 Sans profession
- 9 Ne peut classer la profession

CSP1M

(Variable construite) Catégorie sociale complétée à partir du questionnaire 2 mois pour les mères ayant participé aux 2 mois et dont la catégorie sociale était manquante ou mal renseignée en maternité

- 1 Agriculteur, exploitant
- 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- 4 Profession intermédiaire (instituteur, infirmier, technicien, contremaître, ...)
- 5 Employé
- 6 Ouvrier
- 7 Sans profession
- 8 Étudiant
- 9 Ne peut classer la profession

SITUG

Au moment de votre grossesse

- 1 Vous aviez un emploi
- 2 Vous étiez femme au foyer

- 3 Vous étiez élève, étudiante ou en formation
- 4 Vous étiez au chômage
- 5 Vous étiez en congé parental
- 6 Vous étiez retraitée
- 7 Vous étiez dans une autre situation

ENQ : PROPOSER TOUTES LES RÉPONSES

Si SITUG=1

***DARRETT**

Quand avez-vous interrompu votre travail, c'est-à-dire sans le reprendre jusqu'à l'accouchement ?
⇒ Voir en fin de chapitre pour la variable corrigée et la variable construite : date d'arrêt de travail en jours d'aménorrhée

***PROFESSCP**

Quelle est la profession actuelle (ou la dernière exercée) du père de votre enfant ?

ENQ : INDIQUER LA PROFESSION DE MANIÈRE DÉTAILLÉE. SI AUCUNE PROFESSION, ÉCRIRE « AUCUNE » ET NE RIEN NOTER POUR LA QUESTION SUIVANTE

PROFAUCUN

Aucune profession : |__|

PROFESSC

Dans laquelle de ces catégories classez-vous cette profession ?

- 1 Agriculteur, exploitant
- 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- 4 Profession intermédiaire (instituteur, infirmier, technicien, contremaître, ...)
- 5 Employé
- 6 Ouvrier
- 7 Sans profession
- 9 Ne peut classer la profession

CSP1P

(Variable construite) Catégorie sociale complétée à partir du questionnaire 2 mois pour les mères ayant participé aux 2 mois et dont la catégorie sociale était manquante ou mal renseignée en maternité

- 1 Agriculteur, exploitant
- 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- 4 Profession intermédiaire (instituteur, infirmier, technicien, contremaître, ...)
- 5 Employé
- 6 Ouvrier
- 7 Sans profession
- 9 Ne peut classer la profession

EMPLOIC

Actuellement, le père de votre enfant

- 1 A un emploi
- 2 Est homme au foyer

- 3 Est élève, étudiant ou en formation
- 4 Est au chômage
- 5 Est en congé parental
- 6 Est retraité
- 7 Est dans une autre situation

Si EMPLOIC=7

***EMPLOICP**

Préciser en clair : _____

(Question supprimée à partir de la vague 2)

SS1

Quel régime de Sécurité sociale prend en charge vos dépenses de santé ?

- 1 La CMU
- 2 Le régime général ou un autre régime rattaché au régime général : fonctionnaires, ouvriers de l'État, agents des collectivités locales, professions de santé conventionnées, artistes, cultes, Alsace-Moselle, invalides de guerre, bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé, titulaires d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale
- 3 Le régime agricole : MSA, AMEXA, ASA, GAMEX, AAEXA (y compris ceux d'Alsace-Moselle)
- 4 Le régime social des indépendants : RSI, AMPI, RAM : artisans, commerçants, industriels, libéraux, médecins à honoraires libres
- 5 Un autre régime : EDF/GDF, SNCF, Mines, RATP, militaires de carrière, étudiant, frontalier
- 6 Aide Médicale de l'État
- 7 Le régime d'un proche assuré dans un pays étranger
- 8 Ne sait pas quel régime prend en charge
- 9 Aucun régime (vous n'êtes pas pris en charge)

CMCOMP

Bénéficiez-vous d'une COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE, c'est-à-dire d'une mutuelle, d'une assurance ou d'une caisse de prévoyance (y compris la CMU complémentaire) qui vous rembourse de vos soins médicaux en plus de la Sécurité sociale ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sait pas

Si CMCOMP=1

CMU

S'agit-il de la CMU ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

***DARRETTTC**

 **Date d'interruption du travail avant accouchement (corrigée) :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

DARRETTJR

 **(Variable construite) Date d'arrêt de travail en jours d'aménorrhée :** |_|_|

date d'arrêt de travail – date de conception corrigée + 14

SITUATION AVANT VOTRE GROSSESSE

« Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé avant et pendant votre grossesse. »

GANT

Avez-vous déjà été enceinte avant cette grossesse (y compris les IVG ou les fausses couches que vous auriez pu avoir) ?

- 0 Non
- 1 Oui

Si GANT=1

ENFGANT

Avez-vous déjà eu des enfants ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si ENFGANT=1

NBGANT

Combien (sans compter l'enfant qui vient de naître) ?

|_|_|

Si GANT=1

IVG

Au cours de grossesses antérieures, avez-vous eu une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse (ou IVG), que ce soit par une intervention ou avec un médicament (le RU) ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TRTSTER

Pour cette grossesse, avez-vous suivi un traitement contre la stérilité ?

- 0 Non
- 1 Oui

VOTRE GROSSESSE

REACG

Quand vous avez su que vous étiez enceinte :

- 1 Vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant
- 2 Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt
- 3 Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard
- 4 Vous auriez préféré ne pas être enceinte

DECLGQD

Quand avez-vous déclaré votre grossesse ?

- 0 Grossesse non déclarée
- 1 Au 1^{er} trimestre
- 2 Au 2^{ème} trimestre
- 3 Au 3^{ème} trimestre

Si DECLGQD≠0

DECLGQI

Qui a fait votre déclaration de grossesse ?

- 1 Un gynécologue ou obstétricien en ville ou en PMI
- 2 Un gynécologue ou obstétricien en maternité
- 3 Un généraliste
- 4 Une sage-femme en maternité
- 5 Une sage-femme libérale
- 6 Autre
- 9 Ne sait pas

Si DECLGQI=6

*DECLGQIP

Précisez _____

(Question supprimée à partir de la vague 2)

SUIVIG

Pour l'ensemble de votre grossesse, vous avez été suivie...

- 1 Essentiellement par un gynécologue ou obstétricien (ou plusieurs)
- 2 Essentiellement par un généraliste (ou plusieurs)
- 3 Essentiellement par une sage-femme (ou plusieurs)
- 4 Par plusieurs de ces professionnels
- 5 Par aucun de ces professionnels
- 6 Par personne

NVISPREN

Combien de visites prénatales avez-vous eues en tout ?

|_|_|

NVPMAT

Parmi ces visites, combien en avez-vous eues à la maternité ou auprès d'une personne qui appartient à l'équipe médicale de la maternité ?

|_|_|

HOSPG

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

- 0 Non
- 1 Oui

Si HOSPG=1

DURHOSPG

Quelle a été la durée totale de vos hospitalisations ? (En jours)

|_|_|_|

ENT4MOIS

Avez-vous eu l'entretien du 4^{ème} mois ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sait pas

PREPNAIS

Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pendant cette grossesse ?

- 0 Non
- 1 Oui

Si PREPNAIS=1

NPREPNAIS

Combien ?

|_|_|

Si NAISS=1 (grossesse gémellaire)

TYPJUM

Vos jumeaux sont-ils monozygotes ou dizygotes ?

- 1 Monozygotes
- 2 Dizygotes
- 3 Ne sait pas

Si NAISS=1 (grossesse gémellaire)

TYPGGEM

Votre grossesse était-elle monochoriale ou dichoriale ?

- 1 Monochoriale
- 2 Dichoriale
- 3 Ne sait pas

Si TYPGGEM=1 (grossesse gémellaire monochoriale)

GMONOCH

Et était-elle monoamniotique ou diamniotique ?

- 1 Monoamniotique
- 2 Diamniotique
- 3 Ne sait pas

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

« Je vais maintenant vous poser quelques questions sur la façon dont vous avez vécu votre grossesse. »

DIFFPSY

Pendant la grossesse, avez-vous eu des difficultés psychologiques persistantes ?

- 0 Non
- 1 Oui

Si DIFFPSY=1

CONSLPSY

Pendant votre grossesse, avez-vous consulté un psychiatre, un autre médecin, un(e) psychologue, un psychothérapeute pour ces difficultés ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si DIFFPSY=1

MEDPSY

Avez-vous pris des médicaments pour ces difficultés pendant votre grossesse ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si MEDPSY=1

MEDANX

En particulier, avez-vous pris pendant votre grossesse des médicaments pour l'anxiété ?

- 0 Non, pas du tout
- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 9 Ne sait pas

Si MEDPSY=1

MEDDEP

Des médicaments pour la dépression ?

- 0 Non, pas du tout
- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 9 Ne sait pas

Si MEDPSY=1

MEDHUM

Des médicaments pour réguler votre humeur ?

- 0 Non, pas du tout
- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 9 Ne sait pas

DEPGR

Et lors d'une grossesse précédente, avez-vous été déprimée ou vraiment très anxieuse ?

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si DEPGR=1

Combien de temps cela a-t-il duré ?

DEPMOI En mois :

|_|_|

Ou **DEPSEM** En semaines :

|_|_|

ENQ : SI PLUSIEURS GROSSESSES, DURÉE LA PLUS LONGUE

EXAMENS D'IMAGERIE : SCANNER, IRM, RADIOGRAPHIE, ÉCHOGRAPHIE

« Nous allons maintenant parler des examens médicaux que vous avez subis pendant votre grossesse. »

NECHO

Combien avez-vous eu d'échographies en tout (quel que soit le lieu) ?

|_|_|

SCANNER

Avez-vous eu un scanner durant votre grossesse ?

0 Non

1 Oui

Si SCANNER=1

À quel trimestre et pour quel motif ?

Tout le corps :

SCORT

Trimestre |_|

SCORM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Tête :

STETT

Trimestre |_|

STETM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Thorax :

STHOT

Trimestre |_|

STHOM

Motif

- 1 Pelvimétrie

12/02/2018

- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Ventre (abdomen) :

SABDOT

Trimestre |__|

SABDOM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Bassin ou hanches :

SBASST

Trimestre |__|

SBASSM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Membre (poignet, main, pied, cheville, jambe, bras, épaule) :

SMEMBT

Trimestre |__|

SMEMBM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Reins, vessie :

SREINT

Trimestre |__|

SREINM

Motif

12/02/2018

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

ENQ : REMPLIR POUR LA PARTIE DU CORPS CONCERNÉE

IRM

Avez-vous eu une IRM durant votre grossesse ?

- 0 Non
- 1 Oui

Si IRM=1

À quel trimestre et pour quel motif ?

Tout le corps :

ICORT

Trimestre |__|

ICORM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Tête :

ITETT

Trimestre |__|

ITETM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Thorax :

ITHOT

Trimestre |__|

ITHOM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme

12/02/2018

- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Ventre (abdomen) :

IABDOT

Trimestre |__|

IABDOM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Bassin ou hanches :

IBASST

Trimestre |__|

IBASSM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Membre (poignet, main, pied, cheville, jambe, bras, épaule) :

IMEMBT

Trimestre |__|

IMEMBS

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Reins, vessie :

IREINT

Trimestre |__|

IREINM

Motif

- 1 Pelvimétrie

12/02/2018

- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

ENQ : REMPLIR POUR LA PARTIE DU CORPS CONCERNÉE

RADIO

Avez-vous eu une radiographie durant votre grossesse ?

- 0 Non
- 1 Oui

Si RADIO=1

À quel trimestre et pour quel motif

Tout le corps :

RCORT

Trimestre |__|

RCORM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Tête :

RTETT

Trimestre |__|

RTETM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Thorax :

RTHOT

Trimestre |__|

RTHOM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique

12/02/2018

- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Ventre (abdomen) :

RABDOT

Trimestre |__|

RABDOM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Bassin ou hanches :

RBASST

Trimestre |__|

RBASSM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Membre (poignet, main, pied, cheville, jambe, bras, épaule) :

RMEMBT

Trimestre |__|

RMEMBM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme
- 3 Maladie chronique
- 4 Autre
- 5 Ne sait pas

Reins, vessie :

RREINT

Trimestre |__|

RREINM

Motif

- 1 Pelvimétrie
- 2 Traumatisme

12/02/2018

3 Maladie chronique

4 Autre

5 Ne sait pas

ENQ : REMPLIR POUR LA PARTIE DU CORPS CONCERNÉE

DÉPISTAGE

« Parlons à présent des maladies pour lesquelles on vous a testée durant votre grossesse. »

DEPVIHG

Avez-vous eu un dépistage du SIDA (VIH) pendant la grossesse ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sait pas

Si DEPVIHG=2

NONVIH

Pourquoi ?

- 1 Non proposé
- 2 Vous avez refusé
- 3 Dernier examen récent
- 4 Autre motif
- 5 Ne sait pas

Si NONVIH=4

*NONVIHP

Autre motif, précisez _____

(Question supprimée à partir de la vague 2)

CONTOXO

Avez-vous reçu pendant votre grossesse des conseils de prévention pour éviter d'avoir la toxoplasmose ?

- 1 Oui
- 2 Non car immunisée
- 3 Non sans précision
- 4 Ne sait pas

DEPDG

Avez-vous eu un test de dépistage du diabète gestationnel ?

- 0 Non
- 1 Oui, un seul
- 2 Oui, plusieurs
- 3 Ne sait pas

Si DEPDG=1 ou 2 (dépistage du diabète effectué)

Était-ce au moyen :

TDEPDG_1

D'une glycémie à jeun

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

TDEPDG_2

D'une glycémie post prandiale (après repas)

12/02/2018

0 Non

1 Oui

TDEPDG_3

D'un test de charge en glucose

0 Non

1 Oui

TDEPDG_4

Ne sait pas

0 Non

1 Oui

ENQ : PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES

NUTRITION TABAC ALCOOL

ACIDEFOL

Avez-vous pris de l'acide folique (aussi dénommé vitamine B9) avant et/ou pendant votre grossesse (pour prévenir les anomalies du système nerveux) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sait pas

Si ACIDEFOL=1

Indiquez les périodes pendant lesquelles vous en avez pris :

PERIODAF_1

1 à 3 mois avant la grossesse

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

PERIODAF_2

Dans les deux premiers mois de la grossesse

- 0 Non
- 1 Oui

PERIODAF_3

Entre le deuxième et le sixième mois de grossesse

- 0 Non
- 1 Oui

PERIODAF_4

Au-delà de six mois de grossesse

- 0 Non
- 1 Oui

ENQ : PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES

POIMAVTG

Quel était votre poids avant cette grossesse ? (en kg)

|_|_|_|

POIMFING

Quel était votre poids à la fin de cette grossesse (en kg)

|_|_|_|

TAIM

Quelle est votre taille ? (en cm)

|_|_|_|

TABAVTG

Avant votre grossesse, avez-vous déjà fumé pendant au moins 1 an ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Ne sait pas

Si TABAVTG=1

DBTTABA

À quel âge avez-vous commencé à fumer ?

|_|_|

Si TABAVTG=1

ARRTABA

Avez-vous déjà arrêté de fumer ?

0 Non

1 Oui

9 Non renseigné

Si ARRTABA=1

AGARRTAB

Quel âge aviez-vous la dernière fois que vous avez arrêté ?

|_|_|

Si TABAVTG=1

NBCIGAG

En moyenne pendant toute la période où vous avez fumé, avant d'arrêter ou de diminuer, combien avez-vous fumé ?

|_|_|

UTCIGAG

Unité

1 Paquet(s)

2 Cigarette(s)

9 Non renseigné

FRCIGAG

Par

1 Jour

2 Semaine

3 Mois

9 Non renseigné

TABAG

Pendant votre grossesse, fumiez-vous ne serait-ce que de temps en temps ?

0 Non

1 Oui

9 Ne sait pas

Si TABAG=1

TABA3G

Était-ce le cas également pendant le 3^{ème} trimestre de la grossesse ?

0 Non

1 Oui

9 Non renseigné

Si TABA3G=1

NBCIG3G

Quelle quantité en moyenne ?

|_|_|

UTCIG3G

Unité

- 1 Paquet(s)
- 2 Cigarette(s)
- 9 Non renseigné

FRCIG3G

Par

- 1 Jour
- 2 Semaine
- 3 Mois
- 9 Non renseigné

Si TABA3G=1

(Filtre prévu : TABA3G=0, erreur de programmation)

MSTOPTAB

À partir de quel mois de grossesse avez-vous cessé de fumer

|_|_|

EXPTABD

Pendant votre grossesse, avez-vous été exposée à la fumée de tabac des autres à votre domicile ?

- 0 Jamais ou presque jamais
- 1 Moins d'une heure par jour
- 2 1 à 2 heures par jour
- 3 2 à 5 heures par jour
- 4 Plus de 5 heures par jour

EXPTABLF

Pendant votre grossesse, avez-vous été exposée à la fumée de tabac des autres dans d'autres lieux fermés (lieux de travail, de loisirs, bar, restaurant, ...) ?

- 0 Jamais ou presque jamais
- 1 Moins d'une heure par jour
- 2 1 à 2 heures par jour
- 3 2 à 5 heures par jour
- 4 Plus de 5 heures par jour

Si EXPTABLF=4

EXPTABLFP

Précisez combien d'heures par jour

|_|_|

FQALCOOL

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

- 0 Jamais
- 1 1 fois par mois ou moins souvent, ou lors d'occasions particulières comme les fêtes
- 2 2 à 4 fois par mois
- 3 2 à 3 fois par semaine
- 4 4 fois par semaine ou plus mais pas tous les jours
- 5 Tous les jours
- 6 Seulement avant de se savoir enceinte
- 7 Ne souhaite pas répondre

VACANCES – EXPOSITION AUX UV

VACANCES

Avez-vous pris des vacances hors de votre résidence habituelle durant votre grossesse, pendant une durée de 4 jours ou plus ?

Si VACANCES=0, alors PEREACC (page 20)

- 0 Non
- 1 Oui

Si VACANCES=1

NBVAC

Combien de fois ?

|_|_|

Détail de chaque séjour :

VPAYS1

Dans quel pays vous êtes-vous rendue ?

- 1 En France
- 2 Dans un autre pays
- 9 Non renseigné

Si VPAYS1=2

VPAYSE1

Quel pays ? _____

VDPT1

Département (si France) : _____

VVILLE1

Ville(s) : _____

Type d'endroit :

VTYPER1_1

Plage

- 0 Non
- 1 Oui

VTYPER1_2

Montagne

- 0 Non
- 1 Oui

VTYPER1_3

Autre

- 0 Non
- 1 Oui

ENQ : PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES

VDEXACT1

Connaissez-vous la date exacte de votre séjour ?

0 Non

1 Oui

Si VDEXACT1=1

VDDEPART1

Date de départ :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

VDRETOUR1

Date de retour :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si VDEXACT1=0

VMDEPART1

Mois de départ : _____

VMRETOUR1

Mois de retour : _____

DUREESEJ1

Durée du séjour (en jours) :

|_|_|

VEXPOSOL1

Durée moyenne d'exposition au soleil (en heures par jour) :

|_|_|

Si VEXPOSOL1>0

EXPOVOL1

L'exposition au soleil était-elle volontaire ?

0 Non

1 Oui

9 Non renseigné

Si VEXPOSOL1>0

VCREMSOL1

Utilisation de crème solaire :

0 Non

1 Oui

9 Non renseigné

ENQ : DUPLIQUER CETTE PARTIE JUSQU'À 10 FOIS EN CAS D'AUTRES VACANCES

ACCOUCHEMENT ET ENFANT

« Je voudrais maintenant terminer par quelques questions sur votre/vos bébé(s). »

PEREACC

Est-ce que le père a assisté à l'accouchement ?

- 0 Non
- 1 Oui

Aujourd'hui comment votre/vos enfant(s) est-il/sont-ils nourri(s) ?

ALIMENF_1

Au lait maternel uniquement

- 0 Non
- 1 Oui

ALIMENF_2

Au lait premier âge (ou LP) uniquement

- 0 Non
- 1 Oui

ALIMENF_3

Allaitement mixte (lait maternel et lait premier âge ou LP)

- 0 Non
- 1 Oui

ALIMENF_4

Ne sait pas

- 0 Non
- 1 Oui

ALIMENF_5

Autre

- 0 Non
- 1 Oui

⇒ Voir en fin de chapitre pour les variables corrigées

Si ALIMENF_5=1

*ALIMENFP

Précisez _____

(Question supprimée à partir de la vague 2)

Si ALIMENF_2=1 ou ALIMENF_5=1

NONALLAIT

Est-ce parce que vous ne souhaitez pas allaiter votre/vos enfant(s) ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 9 Non renseigné

CHALIM

Qu'est-ce qui a motivé le choix du mode d'alimentation de votre/vos enfant(s) ?

- 1 La santé ou le bien-être de l'enfant
- 2 Des raisons pratiques
- 3 Des raisons financières
- 4 L'établissement de la relation avec l'enfant
- 5 Choix normal, habituel dans son entourage, a été nourrie comme cela
- 6 Des prescriptions/contre indications médicales
- 7 Autre

SUIVIENF

Avez-vous prévu qui va suivre votre/vos enfant(s) sur le plan médical après la sortie ?

- 0 Non
- 1 Oui

Si SUIVIENF=1

SUIVIENFQ

Qui avez-vous prévu ?

- 1 Votre généraliste (médecin traitant)
- 2 Un autre généraliste
- 3 Un pédiatre en ville
- 4 La PMI
- 5 Autre
- 9 Non renseigné

Si SUIVIENFQ=5

*SUIVIENFP

Précisez _____

Aujourd'hui comment votre/vos enfant(s) est-il/sont-ils nourri(s) ?

ALIMENFC_1

MAJ Au lait maternel uniquement (corrigée)

- 0 Non
- 1 Oui

ALIMENFC_2

MAJ Au lait premier âge (ou LP) uniquement (corrigée)

- 0 Non
- 1 Oui

ALIMENFC_3

MAJ Allaitement mixte (lait maternel et lait premier âge ou LP) (corrigée)

- 0 Non
- 1 Oui

ALIMENFC_4

MAJ Ne sait pas (corrigée)

- 0 Non
- 1 Oui

12/02/2018

ALIMENFC_5

MAJ Autre (corrigée)

0 Non

1 Oui

« Merci pour votre participation. »

FIN