



**Institut de
la statistique
du Québec**

Direction Santé Québec

En
2002...
J'aurai 5 ans!

Questionnaire papier rempli par l'intervieweure (QPRI)

Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
ÉLDEQ (E3) - Volet 2000

No de dossier :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|----|----|----|----|----|
| 2 | - | 0 | 0 | - | | - | | - | | | | - | | | | | | |
| 1 | | 2 | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | 7 | | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

No d'intervieweure :

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Langue de l'entrevue :

| |
|---|
| 1 |
|---|

| | | |
|---------------------------|------------------------|---|
| Statut du questionnaire : | Complété | 1 |
| | Partiellement complété | 2 |
| | Non complété | 3 |

Heure internationale de début du questionnaire :

| | | | |
|---------|--|----------|--|
| | | | |
| Heure/s | | Minute/s | |

Date de l'entrevue :

| | | | | | |
|------|--|------|--|-------|--|
| | | | | | |
| Jour | | Mois | | Année | |

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College
Bureau 1620
Montréal (Québec) H3B 4J8
Tél. : (514) 873-4749

Bip Bureau d'intervieweurs professionnels
630, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 210
Montréal (Québec) H3A 1E4
Tél. : (514) 288-1980 ou (877) 843-7304

NOURRISSONS SIMPLES D'ENVIRON 29 MOIS

1. Statut du/de la répondant/e :

| | |
|--|---|
| Mère biologique de l'enfant | 1 |
| Conjoint actuel de la mère biologique de l'enfant (autre que le père biologique) | 2 |
| Père biologique de l'enfant | 3 |
| Conjointe actuelle du père biologique de l'enfant (autre que la mère biologique) | 4 |
| Autre | 5 |

Section 1

Concernant les dents de _____ (d'ENVIRON 29 MOIS)...

Cette première section concerne le brossage des dents de _____ (d'ENVIRON 29 MOIS)

2. Quel âge avait _____ (d'ENVIRON 29 MOIS) lorsque ses dents ont été brossées pour la première fois?

| | |
|---|-------------------|
| _____ mois | 01 |
| Ses dents n'ont jamais été brossées | 02 → Passez à Q.6 |
| Ne sait pas | 98 |
| Refus | 99 |

3. Habituellement qui brosse les dents de _____ ?

| | |
|--|---|
| Il/elle les brosse lui/elle-même | 1 |
| Il/elle les brosse sous la surveillance d'un adulte (l'adulte regarde l'enfant) | 2 |
| Il/elle les brosse avec l'aide d'un adulte (l'adulte fait le brossage avec l'enfant) | 3 |
| Un adulte les brosse | 4 |
| Ne sait pas | 8 |
| Refus | 9 |

4. Par exemple, hier, combien de fois les dents de _____ ont-elles été brossées?

| | |
|----------------------|---|
| Aucun brossage | 1 |
| 1 fois | 2 |
| 2 fois | 3 |
| 3 fois ou + | 4 |
| Ne sait pas | 8 |
| Refus | 9 |

5. En général, quelle quantité de dentifrice est utilisée lors du brossage des dents de _____ ?
[! → Si la quantité est plus petite qu'un petit pois ou qu'un mince ruban, inscrire quand même 2 ou 3 - Montrer le carton-réponses « D »]

| | |
|---|---|
| Aucun dentifrice | 1 |
| Une toute petite quantité équivalente à la grosseur d'un petit pois | 2 |
| Une toute petite quantité équivalente à un mince ruban | 3 |
| Plus qu'un petit pois | 4 |
| Sur toute la longueur de la brosse | 5 |
| Ne sait pas | 8 |
| Refus | 9 |



Section 2

Concernant l'alimentation de _____ (d'ENVIRON 29 MOIS)...

Cette section permettra de dresser un profil alimentaire de votre enfant (d'ENVIRON 29 MOIS). On y traitera de ses habitudes alimentaires ainsi que des boissons et aliments nouvellement introduits dans son régime.

6. Quand _____ (d'ENVIRON 29 MOIS) est à la maison avec vous, pour son repas principal de la journée, à quelle fréquence mange-t-il/elle un repas différent de celui des autres membres de votre famille?

| | |
|------------------------|---|
| Presque jamais | 4 |
| Quelquefois | 3 |
| Presque toujours | 2 |
| Toujours | 1 |
| Refus | 9 |

7. Au cours des sept derniers jours, combien de fois _____ (d'ENVIRON 29 MOIS) a-t-il/elle pris un de ses repas principaux (EXCLURE les collations)...

| Nombre de repas pris... | Déjeuner | Dîner | Souper |
|--|----------|-------|--------|
| a) ... hors de la maison (restaurant, garderie, gardienne privée, chez sa mère/son père biologique absent/e, grands-parents, oncle, tante, etc.) | | | |
| b) ... à la maison | | | |
| [I → Cela doit sommer à 7 si l'enfant ne saute pas de repas, sinon (-) mais jamais (+)] | 7 | 7 | 7 |

8. De manière générale, _____ ... [I → Montrer le carton-réponses « H »]

| | Jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Refus |
|---|--------|----------|-------------|---------|-------|
| a) ... mange-t-il/elle suffisamment? | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| b) ... se montre-t-il/elle difficile avec sa nourriture? | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| c) ... mange-t-il/elle trop? | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| d) ... mange-t-il/elle trop vite? | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| [I → De manière générale...] | | | | | |
| e) ... mange-t-il/elle entre les repas et n'a plus faim aux repas? .. | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| f) ... mange-t-il/elle à des heures régulières? | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| g) ... refuse-t-il/elle de manger? | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |

9. _____ prend-t-il/elle le biberon **présentement**?

- Oui 1 → **Passez à Q. 9b**
- Non 2 → **Passez à Q. 9a**
- N'a jamais pris le biberon 3
- Ne sait pas 8 → **Passez à Q. 10**
- Refus 9

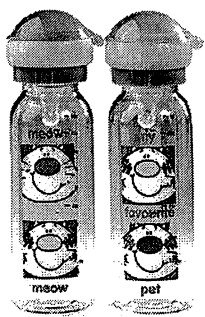
9a. À quel âge a-t-il/elle arrêté complètement? _____ mois → **Passez à Q. 10**

9b. À quelle fréquence le prend-il/elle... [**I** → **Montrer le carton-réponses « H »**]

| | Jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Refus |
|--|--------|----------|-------------|---------|-------|
| 1. ... pour s'endormir le jour (sieste) et/ou pour s'endormir la nuit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| 2. ... pendant son sommeil le jour (sieste) et/ou pendant son sommeil la nuit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| 3. ... en période d'éveil (exemple : pendant le jeu, devant la télé, en se promenant, etc.)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 |

9c. Qu'est-ce que vous mettez dans ce biberon le **plus souvent**?
 [**I** → **Inscrire une seule réponse** → **Ne pas lire les choix de réponse**]

- Eau 1
- Lait maternel 2
- Formule de lait commercial pour bébé 3
- Lait de vache 4
- Jus 5
- Jus additionné d'eau 6
- Autre (précisez) _____ 7



10. Au cours de la dernière semaine, en moyenne, combien de fois dans la semaine ou combien de fois par jour _____ (d'ENVIRON 29MOIS) a-t-il/elle mangé les aliments suivants? [I → Montrer le carton-réponses « B »]

| | Aucune | Fois (dans la semaine) | | | Fois (par jour) | | NSP |
|---|--------|------------------------|-----|-----|-----------------|--------|-----|
| | | 1-2 | 3-4 | 5-6 | 1 | 2 et + | |
| a) Lait | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| b) Fromage | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| c) Yogourt, desserts au lait (exemple : pudding au lait Laura Secord) [I → Exclure la crème glacée] | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| [I → Au cours de la dernière semaine...] | | | | | | | |
| d) Fruits | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| e) Jus / Boissons aux fruits | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| f) Légumes / Pommes de terre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| g) Volailles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| h) Viandes (exemple : porc, boeuf, veau, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| i) Poissons / Fruits de mer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| [I → Au cours de la dernière semaine...] | | | | | | | |
| j) Légumineuses (exemple : lentilles, tofu) .. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| k) Pain | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| l) Céréales de bébé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| m) Céréales régulières (exemple : Corn Flakes, Froot Loops, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| [I → Au cours de la dernière semaine...] | | | | | | | |
| n) Pâtes alimentaires / Riz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
| o) Pâtisseries / Friandises / Biscuits / Croustilles (chips) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |

11. Quels suppléments de fluorure (seul ou en association avec des vitamines et/ou minéraux) donnez-vous présentement à _____ (d'ENVIRON 29 MOIS)? [I → Montrer le carton-réponses « C »]

Nom sur la boîte 1

N'en prend pas 2 → Passez à Q.12

11a. À quelle fréquence en prend-il/elle **présentement**?

| | |
|------------------------------------|---|
| 2 fois par jour | 1 |
| 1 fois par jour | 2 |
| Moins d'une fois par jour | 3 |
| Moins d'une fois par semaine | 4 |
| Ne sait pas | 8 |
| Refus | 9 |

11b. À quel âge avez-vous commencé à lui donner CES suppléments de fluorure?

| | |
|-----------------------|---|
| À sa naissance | 1 |
| _____ jours | 2 |
| _____ semaine/s | 3 |
| _____ mois | 4 |
| Ne sait pas | 8 |
| Refus | 9 |

12. Au cours de la dernière semaine, en moyenne, combien de fois dans la semaine ou combien de fois par jour _____ a-t-il/elle mangé les aliments suivants **en guise de collation**, c'est-à-dire entre les repas ou immédiatement avant le coucher?
[I → Montrer le carton-réponses « L »]

| | Aucune | Fois (dans la semaine) | | Fois (par jour) | | | | NSP |
|--|--------|------------------------|-----|-----------------|---|---|--------|-----|
| | | 1-3 | 4-6 | 1 | 2 | 3 | 4 et + | |
| a) Fruits séchés (exemple : raisins, dattes, abricots, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| b) Crème glacée, sorbet, yogourt glacé, popsicle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c) Boissons aux fruits, boissons gazeuses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d) Biscuits sucrés, pâtisseries, barres granolas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e) Bonbons, confitures, sirop, miel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

13. **Au cours des trois derniers mois** (soit depuis ... dernier), combien de fois _____ (d'ENVIRON 29 MOIS) a-t-il/elle eu les problèmes de santé suivants? [*l* → **Montrer le carton-réponses « l »**]

| | Aucune | 1 fois | 2 fois | 3 fois | 4 fois et + | NSP | Refus |
|---|--------|--------|--------|--------|-------------|-----|-------|
| a) une infection gastro-intestinale (une «gastro» d'une journée ou plus de vomissements et/ou de diarrhées) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 |
| b) une infection aux oreilles (otites) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 |
| [<i>l</i> → Au cours des trois derniers mois...] | | | | | | | |
| c) une infection des voies respiratoires avec fièvre (exemple : rhume, grippe, pneumonie) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 |
| d) autre infection (exemple : infection urinaire) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 9 |
| spécifiez _____ | | | | | | | |

14. **Au cours des six derniers mois** (soit depuis ... dernier), combien de fois _____ a-t-il/elle pris des traitements aux antibiotiques?

[*l* → **Inclure la journée de l'entrevue - Un traitement peut durer plusieurs jours - Montrer le carton-réponses « l »**]

| | |
|-------------------|---|
| Aucune | 1 |
| 1 fois | 2 |
| 2 fois | 3 |
| 3 fois | 4 |
| 4 fois et + | 5 |
| Ne sait pas | 8 |
| Refus | 9 |

Section 3

Concernant les grands-parents de votre enfant (d'ENVIRON 29 MOIS)...

Cette section concerne l'aide que vous recevez des grands-parents de votre enfant (d'ENVIRON 29 MOIS).

15a. Veuillez indiquer quel genre de soutien vous recevez des grands-parents maternels de _____ (d'ENVIRON 29 MOIS) c'est-à-dire des parents de la répondante? [I → Encercler « 97 » si les grands-parents maternels sont décédés]

Décédés 97 → Passez à Q.16a

1. Aide matérielle / soutien matériel
(argent, objets de valeur, nourriture,
vêtements, meubles, etc.) (inclure
les cadeaux)

1 2 3 4 5 8 9
Pas du tout Beaucoup NSP Refus

15b. Veuillez indiquer quel genre de soutien vous recevez des grands-parents maternels et à quelle fréquence?
[I → Montrer le carton-réponses « J »]

| | Chaque jour | Plus d'une fois/sem. | 1 fois/ sem. | 1 fois/ mois | Moins d'une fois/mois | Jamais | NSP | Refus |
|--|----------------|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|--------|-----|-------|
| 1. Garde de votre enfant | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 |
| 2. Entretien de votre maison (ménage, faire la cuisine, réparations, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 |
| 3. Soutien moral | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 |
| 4. Des conseils sur le développement de votre enfant | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 |

16a. Veuillez indiquer quel genre de soutien vous recevez des grands-parents paternels de _____ (d'ENVIRON 29 MOIS) c'est-à-dire des parents du père biologique de l'enfant?

[I → Encercler « 97 » si les grands-parents paternels sont décédés]

Décédés 97 → Passez à Q.17

1. Aide matérielle / soutien matériel
(argent, objets de valeur, nourriture,
vêtements, meubles, etc.) (inclure
les cadeaux)

1 2 3 4 5 8 9
Pas du tout Beaucoup NSP Refus

16b. Veuillez indiquer quel genre de soutien vous recevez des grands-parents paternels et à quelle fréquence?

[I → Montrer le carton-réponses « J »]

| | Chaque jour | Plus d'une fois/sem. | 1 fois/ sem. | 1 fois/ mois | Moins d'une fois/mois | Jamais | NSP | Refus |
|---|----------------|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|--------|-----|-------|
| 1. Garde de votre enfant | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 |
| 2. Entretien de votre maison (ménage, faire la cuisine, réparations, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 |
| 3. Soutien moral | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 |
| 4. Des conseils sur le développement de votre enfant | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 |

POUR consultation seulement

Section 4

Concernant le vocabulaire de votre enfant (d'ENVIRON 29 MOIS)...

Cette section concerne les mots **compris** et **dits** par votre enfant (d'ENVIRON 29 MOIS).

17. Parmi les mots suivants, veuillez indiquer lesquels votre enfant (d'ENVIRON 29 MOIS) **comprend** et aussi lesquels il **dit**. Il n'est pas nécessaire que la prononciation des mots soit tout à fait la bonne. En général, les enfants comprennent plus de mots qu'ils n'en utilisent. Par exemple, l'enfant comprendra «va chercher tes chaussettes», mais utilisera le mot «bas» à la place. Dans un tel cas, veuillez indiquer que l'enfant **comprend** le mot mais qu'il ne le **dit** pas encore. À l'inverse, il arrive que certains enfants répètent des mots qu'ils entendent sans vraiment les comprendre. Par exemple, l'enfant peut répéter les paroles d'une chanson où l'on retrouve «sonnez les matines» sans qu'il ne comprenne ce que veut dire le mot «matines». Dans ce cas, veuillez indiquer que l'enfant **dit** le mot mais qu'il ne le **comprend** pas.

Est-ce que votre enfant **comprend** et/ou **dit**...

| | Comprend | | Dit | |
|---|----------|-----|-----|-----|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| a. Menton | 1 | 2 | 1 | 2 |
| b. Jambe | 1 | 2 | 1 | 2 |
| c. Balai | 1 | 2 | 1 | 2 |
| d. Assiette | 1 | 2 | 1 | 2 |
| e. Serviette | 1 | 2 | 1 | 2 |
| f. Chambre | 1 | 2 | 1 | 2 |
| g. Escalier | 1 | 2 | 1 | 2 |
| h. Étoile | 1 | 2 | 1 | 2 |
| i. Balançoire | 1 | 2 | 1 | 2 |
| j. Ciel | 1 | 2 | 1 | 2 |
| k. Fête | 1 | 2 | 1 | 2 |
| l. Aller au magasin | 1 | 2 | 1 | 2 |
| m. Jeter | 1 | 2 | 1 | 2 |
| n. Écouter | 1 | 2 | 1 | 2 |
| o. Déchirer | 1 | 2 | 1 | 2 |
| p. Goûter | 1 | 2 | 1 | 2 |
| q. Gentil | 1 | 2 | 1 | 2 |
| r. Vite | 1 | 2 | 1 | 2 |
| s. Content | 1 | 2 | 1 | 2 |
| t. Après | 1 | 2 | 1 | 2 |
| u. Toi | 1 | 2 | 1 | 2 |
| v. À côté de | 1 | 2 | 1 | 2 |
| w. Tout | 1 | 2 | 1 | 2 |
| x. Beaucoup | 1 | 2 | 1 | 2 |
| y. Laisse-moi (ex. : «Laisse-moi faire!») | 1 | 2 | 1 | 2 |

18. Votre enfant (d'ENVIRON 29 MOIS) a-t-il commencé à **combiner** des mots? Par exemple, dit-il des choses comme «donne cuillère» ou «encore jus»?

| | |
|-------------------|---|
| Pas encore | 1 |
| Parfois | 2 |
| Souvent | 3 |
| Ne sait pas | 8 |
| Refus | 9 |

19. Lorsque votre enfant est à la maison, dans quelle proportion du temps s'exprime-t-il...

| | |
|--------------------------------|-------|
| | % |
| a. en français | _____ |
| b. en anglais | _____ |
| c. dans une autre langue | _____ |

| |
|-------------|
| Total 100 % |
|-------------|

POUR consultation seulement

Section 5

Concernant votre situation socioéconomique....

Les questions qui suivent portent sur votre situation financière et les besoins essentiels de votre famille.

20. **Au cours des douze derniers mois, jusqu'à quel point vous est-il arrivé de manquer d'argent pour payer le loyer ou l'hypothèque? [I → Montrer le carton-réponses « G »]**

| | |
|---|---|
| Je n'ai pas manqué d'argent | 1 |
| J'ai manqué un peu d'argent | 2 |
| J'ai manqué d'argent de façon assez importante | 3 |
| J'ai manqué d'argent de façon très importante | 4 |
| Ne sait pas | 8 |
| Refus | 9 |

21. **Au cours des douze derniers mois, jusqu'à quel point vous est-il arrivé de manquer d'argent pour payer l'électricité, le chauffage ou l'eau chaude pour vous ou votre famille? [I → Montrer le carton-réponses « G »]**

| | |
|---|---|
| Je n'ai pas manqué d'argent | 1 |
| J'ai manqué un peu d'argent | 2 |
| J'ai manqué d'argent de façon assez importante | 3 |
| J'ai manqué d'argent de façon très importante | 4 |
| Ne sait pas | 8 |
| Refus | 9 |

22. **Au cours des douze derniers mois, jusqu'à quel point vous est-il arrivé de manquer d'argent pour acheter des médicaments prescrits pour vous ou votre famille? [I → Montrer le carton-réponses « G »]**

| | |
|---|---|
| Je n'ai pas manqué d'argent | 1 |
| J'ai manqué un peu d'argent | 2 |
| J'ai manqué d'argent de façon assez importante | 3 |
| J'ai manqué d'argent de façon très importante | 4 |
| Ne sait pas | 8 |
| Refus | 9 |

23. Au cours des douze derniers mois, jusqu'à quel point vous est-il arrivé de manquer d'argent pour payer d'autres dépenses importantes (habillement, transport, etc.) pour vous ou votre famille? [I → Montrer le carton-réponses « G »]

- Je n'ai pas manqué d'argent 1
- J'ai manqué un peu d'argent 2
- J'ai manqué d'argent de façon assez importante 3
- J'ai manqué d'argent de façon très importante 4
- Ne sait pas 8
- Refus 9

CP → 1 Oui 2 Non

Heure internationale de la fin du questionnaire :

| | |
|---------|--|
| | |
| Heure/s | |

| | |
|----------|--|
| | |
| Minute/s | |

Merci de votre précieuse collaboration !