

1 - Introduction

2 - Nombre d'enfants

3 - Premier enfant

4 - Première alimentation de cet enfant 1

5 - Soutien à l'allaitement enfant1

6 - Arrêt de l'allaitement enfant1

7 - Deuxième enfant

8 - Première alimentation de cet enfant 2

9 - Soutien à l'allaitement enfant2

10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2

11 - Troisième enfant

12 - Première alimentation de cet enfant 3

13 - Soutien à l'allaitement enfant3

14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3

15 - Quatrième enfant

16 - Première alimentation de cet enfant 4

17 - Soutien à l'allaitement enfant4

18 - Arrêt de l'allaitement enfant 4

19 - Cinquième enfant

20 - Première alimentation de cet enfant 5

21 - Soutien à l'allaitement enfant5

22 - Arrêt de l'allaitement enfant 5

23 - Votre idée de l'allaitement

24 - Commentaires

Les questions qui suivent vont permettre aux chercheurs de connaître les circonstances qui ont entouré l'alimentation de vos enfants lors des premiers moments de leur vie. Ces informations sont utiles pour déterminer s'il existe un lien entre l'allaitement maternel et certaines maladies. Elles pourront également servir à établir des recommandations sur l'allaitement en France, à destination des parents.

Munissez-vous dans la mesure du possible du carnet de santé de l'enfant pour lequel le questionnaire est rempli.

Merci de votre participation et bon remplissage !

Suite ▶

1 - Introduction

2 - Nombre d'enfants

3 - Premier enfant

4 - Première alimentation de cet enfant 1

5 - Soutien à l'allaitement enfant1

6 - Arrêt de l'allaitement enfant1

7 - Deuxième enfant

8 - Première alimentation de cet enfant 2

9 - Soutien à l'allaitement enfant2

10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2

11 - Troisième enfant

12 - Première alimentation de cet enfant 3

13 - Soutien à l'allaitement enfant3

14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3

15 - Quatrième enfant

16 - Première alimentation de cet enfant 4

17 - Soutien à l'allaitement enfant4

18 - Arrêt de l'allaitement enfant 4

19 - Cinquième enfant

20 - Première alimentation de cet enfant 5

21 - Soutien à l'allaitement enfant5

22 - Arrêt de l'allaitement enfant 5

23 - Votre idée de l'allaitement

24 - Commentaires

Nombre d'enfants

Avez-vous eu un ou des enfants ?

Oui Non

Combien d'enfants nés vivants avez-vous eu ?

◀ Précédent | Suite ▶

- 1 - Introduction
- 2 - Nombre d'enfants
- 3 - Premier enfant**
- 4 - Première alimentation de cet enfant 1
- 5 - Soutien à l'allaitement enfant1
- 6 - Arrêt de l'allaitement enfant1
- 7 - Deuxième enfant
- 8 - Première alimentation de cet enfant 2
- 9 - Soutien à l'allaitement enfant2
- 10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2
- 11 - Troisième enfant
- 12 - Première alimentation de cet enfant 3
- 13 - Soutien à l'allaitement enfant3
- 14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3
- 15 - Quatrième enfant
- 16 - Première alimentation de cet enfant 4
- 17 - Soutien à l'allaitement enfant4
- 18 - Arrêt de l'allaitement enfant 4
- 19 - Cinquième enfant
- 20 - Première alimentation de cet enfant 5
- 21 - Soutien à l'allaitement enfant5
- 22 - Arrêt de l'allaitement enfant 5
- 23 - Votre idée de l'allaitement
- 24 - Commentaires

Premier enfant

Commencez par l'enfant le plus jeune et terminez par l'enfant le plus âgé.

Premier enfant

Quelle est la date de naissance de cet enfant ?

mois	<input type="text"/>	*	année	<input type="text"/>
------	----------------------	---	-------	----------------------

Quelles sont les initiales de ses prénom et nom (Exemple : si l'enfant s'appelle Jean Dupont, mettre JD) ?

Si vous n'avez pas allaité cet enfant.

<p>1 - Introduction</p> <p>2 - Nombre d'enfants</p> <p>3 - Premier enfant</p> <p>4 - Première alimentation de cet enfant 1</p> <p>5 - Soutien à l'allaitement enfant1</p> <p>6 - Arrêt de l'allaitement enfant1</p> <p>7 - Deuxième enfant</p> <p>8 - Première alimentation de cet enfant 2</p> <p>9 - Soutien à l'allaitement enfant2</p> <p>10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2</p> <p>11 - Troisième enfant</p> <p>12 - Première alimentation de cet enfant 3</p> <p>13 - Soutien à l'allaitement enfant3</p> <p>14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3</p> <p>15 - Quatrième enfant</p> <p>16 - Première alimentation de cet enfant 4</p> <p>17 - Soutien à l'allaitement enfant4</p> <p>18 - Arrêt de l'allaitement enfant 4</p> <p>19 - Cinquième enfant</p> <p>20 - Première alimentation de cet enfant 5</p> <p>21 - Soutien à l'allaitement enfant5</p> <p>22 - Arrêt de l'allaitement enfant 5</p> <p>23 - Votre idée de l'allaitement</p> <p>24 - Commentaires</p>	<p>Première alimentation de cet enfant 1</p> <p>Allaitez-vous ou avez-vous allaité* cet enfant avec du lait maternel ?</p> <p>(*Par « allaité », nous entendons être nourri au lait produit par la mère soit directement au sein, soit au biberon après avoir tiré du lait)</p> <p><input type="radio"/> Oui, l'allaitement est toujours en cours</p> <p><input type="radio"/> Oui, l'allaitement est terminé</p> <p><input checked="" type="radio"/> Non, je n'ai pas allaité cet enfant</p> <p>◀ Précédent Suite ▶</p>
---	---

<p>1 - Introduction 2 - Nombre d'enfants 3 - Premier enfant 4 - Première alimentation de cet enfant 1 5 - Soutien à l'allaitement enfant1 6 - Arrêt de l'allaitement enfant1 7 - Deuxième enfant 8 - Première alimentation de cet enfant 2 9 - Soutien à l'allaitement enfant2 10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2 11 - Troisième enfant 12 - Première alimentation de cet enfant 3 13 - Soutien à l'allaitement enfant3 14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3</p>	<p>Première alimentation de cet enfant 1</p> <hr/> <p>Allaité-vous ou avez-vous allaité* cet enfant avec du lait maternel ? <i>(*Par « allaité », nous entendons être nourri au lait produit par la mère soit directement au sein, soit au biberon après avoir tiré du lait)</i></p> <p><input checked="" type="radio"/> Oui, l'allaitement est toujours en cours <input type="radio"/> Oui, l'allaitement est terminé <input type="radio"/> Non, je n'ai pas allaité cet enfant</p> <p>Vous souvenez-vous de la durée de l'allaitement EXCLUSIF de cet enfant ? <i>(La durée pendant laquelle l'enfant n'a reçu QUE du lait maternel, quel que soit son mode d'administration : au sein, au biberon, etc.)</i></p> <p><input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> L'enfant est toujours nourri uniquement au lait maternel <input type="radio"/> Non</p> <p><i>La case à cocher : jours, semaines, mois doit correspondre à l'unité de la valeur entrée dans la case durée de l'allaitement.</i></p> <p>Précisez la durée :</p> <p><input type="text"/> <input type="radio"/> jours <input type="radio"/> semaines <input type="radio"/> mois</p> <p>À quel âge avez-vous introduit un substitut de lait maternel dans l'alimentation de cet enfant ? <i>Les substituts de lait maternel incluent les formules lactées du commerce pour nourrissons, les laits végétaux comme le lait de soja, les laits d'animaux comme le lait de vache, de chèvre, de brebis ou de jument, les laits concentrés dilués, ou les autres types de lait.</i></p> <p><input type="text"/> mois <input type="radio"/> Moins d'un mois <input checked="" type="radio"/> L'enfant est toujours nourri uniquement au lait maternel <input type="radio"/> Je n'ai pas donné de substitut de lait maternel à cet enfant <input type="radio"/> Je ne sais pas</p> <p>À quel âge cet enfant a-t-il débuté une alimentation diversifiée* ? <i>(*La diversification est l'introduction d'aliments autres que le lait maternel ou un substitut de lait maternel (formules lactées du commerce pour nourrissons, laits végétaux comme le lait de soja, laits d'animaux comme le lait de vache, de chèvre, de brebis ou de jument, laits concentrés dilués, autres types de lait))</i></p> <p><input type="text"/> mois <input type="radio"/> L'alimentation de l'enfant n'est pas encore diversifiée <input checked="" type="radio"/> Je ne sais pas</p>
--	--

<p>1 - Introduction</p> <p>2 - Nombre d'enfants</p> <p>3 - Premier enfant</p> <p>4 - Première alimentation de cet enfant 1</p> <p>5 - Soutien à l'allaitement enfant1</p> <p>6 - Arrêt de l'allaitement enfant1</p> <p>7 - Deuxième enfant</p> <p>8 - Première alimentation de cet enfant 2</p> <p>9 - Soutien à l'allaitement enfant2</p> <p>10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2</p> <p>11 - Troisième enfant</p> <p>12 - Première alimentation de cet enfant 3</p> <p>13 - Soutien à l'allaitement enfant3</p> <p>14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3</p> <p>15 - Quatrième enfant</p> <p>16 - Première alimentation de cet enfant 4</p> <p>17 - Soutien à l'allaitement enfant4</p> <p>18 - Arrêt de l'allaitement enfant 4</p>	<p>Première alimentation de cet enfant 1</p> <hr/> <p>Allaitiez-vous ou avez-vous allaité* cet enfant avec du lait maternel ? <i>(*Par « allaité », nous entendons être nourri au lait produit par la mère soit directement au sein, soit au biberon après avoir tiré du lait)</i></p> <p><input type="radio"/> Oui, l'allaitement est toujours en cours</p> <p><input checked="" type="radio"/> Oui, l'allaitement est terminé</p> <p><input type="radio"/> Non, je n'ai pas allaité cet enfant</p> <p>Vous souvenez-vous de la durée TOTALE de l'allaitement de cet enfant ? <i>(Toute la durée pendant laquelle l'enfant a eu le lait maternel, quelle que soit la quantité)</i></p> <p><input checked="" type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p><i>La case à cocher : jours, semaines, mois doit correspondre à l'unité de la valeur entrée dans la case durée de l'allaitement.</i></p> <p>Précisez la durée :</p> <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="radio"/> jours</td><td><input type="radio"/> semaines</td><td><input type="radio"/> mois</td></tr></table> <p>Vous souvenez-vous de la durée de l'allaitement EXCLUSIF de cet enfant ? <i>(La durée pendant laquelle l'enfant n'a reçu QUE du lait maternel, quel que soit son mode d'administration : au sein, au biberon, etc.)</i></p> <p><input checked="" type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> L'enfant est toujours nourri uniquement au lait maternel</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p><i>La case à cocher : jours, semaines, mois doit correspondre à l'unité de la valeur entrée dans la case durée de l'allaitement.</i></p> <p>Précisez la durée :</p> <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="radio"/> jours</td><td><input type="radio"/> semaines</td><td><input type="radio"/> mois</td></tr></table> <p>À quel âge avez-vous introduit un substitut de lait maternel dans l'alimentation de cet enfant ? <i>Les substituts de lait maternel incluent les formules lactées du commerce pour nourrissons, les laits végétaux comme le lait de soja, les laits d'animaux comme le lait de vache, de chèvre, de brebis ou de jument, les laits concentrés dilués, ou les autres types de lait.</i></p> <p><input type="text"/> mois</p> <p><input type="radio"/> Moins d'un mois <input checked="" type="radio"/> L'enfant est toujours nourri uniquement au lait maternel <input type="radio"/> Je n'ai pas donné de substitut de lait maternel à cet enfant <input type="radio"/> Je ne sais pas</p> <p>À quel âge cet enfant a-t-il débuté une alimentation diversifiée* ? <i>(*La diversification est l'introduction d'aliments autres que le lait maternel ou un substitut de lait maternel (formules lactées du commerce pour nourrissons, laits végétaux comme le lait de soja, laits d'animaux comme le lait de vache, de chèvre, de brebis ou de jument, laits concentrés dilués, autres types de lait)</i></p> <p><input type="text"/> mois</p> <p><input type="radio"/> L'alimentation de l'enfant n'est pas encore diversifiée <input checked="" type="radio"/> Je ne sais pas</p>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> jours	<input type="radio"/> semaines	<input type="radio"/> mois	<input type="text"/>	<input type="radio"/> jours	<input type="radio"/> semaines	<input type="radio"/> mois
<input type="text"/>	<input type="radio"/> jours	<input type="radio"/> semaines	<input type="radio"/> mois						
<input type="text"/>	<input type="radio"/> jours	<input type="radio"/> semaines	<input type="radio"/> mois						

- 1 - Introduction
- 2 - Nombre d'enfants
- 3 - Premier enfant
- 4 - Première alimentation de cet enfant 1
- 5 - Soutien à l'allaitement enfant1
- 6 - Arrêt de l'allaitement enfant1
- 7 - Deuxième enfant
- 8 - Première alimentation de cet enfant 2
- 9 - Soutien à l'allaitement enfant2
- 10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2
- 11 - Troisième enfant
- 12 - Première alimentation de cet enfant 3
- 13 - Soutien à l'allaitement enfant3
- 14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3
- 15 - Quatrième enfant
- 16 - Première alimentation de cet enfant 4
- 17 - Soutien à l'allaitement enfant4
- 18 - Arrêt de l'allaitement enfant 4
- 19 - Cinquième enfant
- 20 - Première alimentation de cet enfant 5
- 21 - Soutien à l'allaitement enfant5
- 22 - Arrêt de l'allaitement enfant 5
- 23 - Votre idée de l'allaitement
- 24 - Commentaires

Soutien à l'allaitement enfant1

Quelles affirmations vous correspondent le plus :

Dans la mise en route de l'allaitement, après l'accouchement, je me suis sentie soutenue par :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Non applicable
Mon conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon entourage personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel de la maternité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La sage-femme ayant préparé mon accouchement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une autre sage-femme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le pédiatre de mon enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel de la PMI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La consultante en lactation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les associations de soutien à l'allaitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Y a-t-il d'autres sources de soutien qui n'ont pas été mentionnées ci-dessus ?

- Oui
- Non

Veuillez préciser :

Durant toute la période de l'allaitement, je me suis sentie soutenue par :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Non applicable
Mon conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon entourage personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le pédiatre de mon enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La consultante en lactation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les autres professionnels de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les associations de soutien à l'allaitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon entourage professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Y a-t-il d'autres sources de soutien qui n'ont pas été mentionnées ci-dessus ?

- Oui
 Non

Veuillez préciser :

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

<p>1 - Introduction</p> <p>2 - Nombre d'enfants</p> <p>3 - Premier enfant</p> <p>4 - Première alimentation de cet enfant 1</p> <p>5 - Soutien à l'allaitement enfant1</p> <p>6 - Arrêt de l'allaitement enfant1</p> <p>7 - Deuxième enfant</p> <p>8 - Première alimentation de cet enfant 2</p> <p>9 - Soutien à l'allaitement enfant2</p> <p>10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2</p> <p>11 - Troisième enfant</p> <p>12 - Première alimentation de cet enfant 3</p> <p>13 - Soutien à l'allaitement enfant3</p> <p>14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3</p> <p>15 - Quatrième enfant</p> <p>16 - Première alimentation de cet enfant 4</p> <p>17 - Soutien à l'allaitement enfant4</p> <p>18 - Arrêt de l'allaitement enfant 4</p> <p>19 - Cinquième enfant</p> <p>20 - Première alimentation de cet enfant 5</p> <p>21 - Soutien à l'allaitement enfant5</p> <p>22 - Arrêt de l'allaitement enfant 5</p> <p>23 - Votre idée de l'allaitement</p> <p>24 - Commentaires</p>	<p>Arrêt de l'allaitement enfant1</p> <hr/> <p>Quelles affirmations vous correspondent le plus :</p> <p>L'allaitement a été arrêté :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tout à fait d'accord</th> <th>Plutôt d'accord</th> <th>Plutôt pas d'accord</th> <th>Pas du tout d'accord</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Par moi-même (c'était mon choix)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sur incitation de mon conjoint</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sur incitation de mon entourage personnel</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>D'un commun accord entre mon conjoint et moi</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>A cause de la reprise de mon travail</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Parce que l'allaitement prenait trop de temps</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>A cause d'un traitement médicamenteux présenté comme incompatible</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>A cause de crevasses ou de douleurs mammaires</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>A cause d'un problème de succion de mon bébé/parce que mon bébé n'arrivait pas à téter</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Parce que j'ai été séparée de mon bébé</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Refus du lait maternel par la crèche/l'assistante maternelle</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Car quelqu'un m'a dit que mon lait n'était pas bon</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Parce que je n'avais pas assez de lait</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Parce que mon bébé ne voulait plus téter/ne demandait plus à téter</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Parce que j'ai recommencé à fumer</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Par fatigue et épuisement</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Par moi-même (c'était mon choix)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sur incitation de mon conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sur incitation de mon entourage personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'un commun accord entre mon conjoint et moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cause de la reprise de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parce que l'allaitement prenait trop de temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cause d'un traitement médicamenteux présenté comme incompatible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cause de crevasses ou de douleurs mammaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cause d'un problème de succion de mon bébé/parce que mon bébé n'arrivait pas à téter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parce que j'ai été séparée de mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Refus du lait maternel par la crèche/l'assistante maternelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Car quelqu'un m'a dit que mon lait n'était pas bon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parce que je n'avais pas assez de lait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parce que mon bébé ne voulait plus téter/ne demandait plus à téter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parce que j'ai recommencé à fumer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Par fatigue et épuisement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord																																																																																		
Par moi-même (c'était mon choix)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
Sur incitation de mon conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
Sur incitation de mon entourage personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
D'un commun accord entre mon conjoint et moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
A cause de la reprise de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
Parce que l'allaitement prenait trop de temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
A cause d'un traitement médicamenteux présenté comme incompatible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
A cause de crevasses ou de douleurs mammaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
A cause d'un problème de succion de mon bébé/parce que mon bébé n'arrivait pas à téter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
Parce que j'ai été séparée de mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
Refus du lait maternel par la crèche/l'assistante maternelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
Car quelqu'un m'a dit que mon lait n'était pas bon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
Parce que je n'avais pas assez de lait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
Parce que mon bébé ne voulait plus téter/ne demandait plus à téter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
Parce que j'ai recommencé à fumer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		
Par fatigue et épuisement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																		

Y a-t-il d'autres raisons non mentionnées ci-dessus ?

- Oui
 Non

Veillez les citer :

À l'arrêt de l'allaitement, je me suis sentie soutenue par :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Non applicable
Mon conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon entourage personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le pédiatre de mon enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La consultante en lactation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les associations de soutien à l'allaitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Y a-t-il d'autres sources de soutien qui n'ont pas été mentionnées ci-dessus ?

- Oui
 Non

Veillez préciser :

Je me suis sentie :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Coupable d'arrêter l'allaitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déçue d'arrêter d'allaiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soulagée d'arrêter l'allaitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auriez-vous aimé allaiter votre enfant plus longtemps ?

- Oui
 Non

Combien de temps au total auriez-vous aimé allaiter votre enfant ?

 mois

[← Précédent](#) | [Suite →](#)

Les questions sont répétées pour les « n » prochains enfants

- 1 - Introduction
- 2 - Nombre d'enfants
- 3 - Premier enfant
- 4 - Première alimentation de cet enfant 1
- 5 - Soutien à l'allaitement enfant1
- 6 - Arrêt de l'allaitement enfant1
- 7 - Deuxième enfant
- 8 - Première alimentation de cet enfant 2
- 9 - Soutien à l'allaitement enfant2
- 10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2
- 11 - Troisième enfant
- 12 - Première alimentation de cet enfant 3
- 13 - Soutien à l'allaitement enfant3
- 14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3
- 15 - Quatrième enfant
- 16 - Première alimentation de cet enfant 4
- 17 - Soutien à l'allaitement enfant4
- 18 - Arrêt de l'allaitement enfant 4
- 19 - Cinquième enfant
- 20 - Première alimentation de cet enfant 5
- 21 - Soutien à l'allaitement enfant5
- 22 - Arrêt de l'allaitement enfant 5
- 23 - Votre idée de l'allaitement**
- 24 - Commentaires

Votre idée de l'allaitement

Y'a-t-il un ou des enfants que vous n'avez pas allaité ?

- Oui
- Non

Si l'un des enfants n'a pas été, veuillez répondre à l'ensemble des questions suivantes.

<p>1 - Introduction</p> <p>2 - Nombre d'enfants</p> <p>3 - Premier enfant</p> <p>4 - Première alimentation de cet enfant 1</p> <p>5 - Soutien à l'allaitement enfant1</p> <p>6 - Arrêt de l'allaitement enfant1</p> <p>7 - Deuxième enfant</p> <p>8 - Première alimentation de cet enfant 2</p> <p>9 - Soutien à l'allaitement enfant2</p> <p>10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2</p> <p>11 - Troisième enfant</p> <p>12 - Première alimentation de cet enfant 3</p> <p>13 - Soutien à l'allaitement enfant3</p> <p>14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3</p> <p>15 - Quatrième enfant</p> <p>16 - Première alimentation de cet enfant 4</p> <p>17 - Soutien à l'allaitement enfant4</p> <p>18 - Arrêt de l'allaitement enfant 4</p> <p>19 - Cinquième enfant</p> <p>20 - Première alimentation de cet enfant 5</p> <p>21 - Soutien à l'allaitement enfant5</p> <p>22 - Arrêt de l'allaitement enfant 5</p> <p>23 - Votre idée de l'allaitement</p> <p>24 - Commentaires</p>	<p>Votre idée de l'allaitement</p> <hr/> <p>Y'a-t-il un ou des enfants que vous n'avez pas allaité ?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p>Concernant le ou les enfants qui n'ont pas été allaités :</p> <p>Quelles affirmations vous correspondent le plus :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tout à fait d'accord</th> <th>Plutôt d'accord</th> <th>Plutôt pas d'accord</th> <th>Pas du tout d'accord</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>J'aurais aimé allaiter mon bébé</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Je me suis sentie coupable de ne pas allaiter mon bébé</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Cela ne m'a pas posé de problèmes de ne pas allaiter mon bébé</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Je n'ai pas allaité mon/mes enfant(s) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tout à fait d'accord</th> <th>Plutôt d'accord</th> <th>Plutôt pas d'accord</th> <th>Pas du tout d'accord</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Par choix personnel</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sur incitation de mon conjoint</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sur incitation de mon entourage personnel</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>A cause de la reprise de mon travail</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sur incitation d'un professionnel de santé</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>A cause d'un traitement médicamenteux présenté comme incompatible</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>A cause d'une maladie me concernant</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	J'aurais aimé allaiter mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Je me suis sentie coupable de ne pas allaiter mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cela ne m'a pas posé de problèmes de ne pas allaiter mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Par choix personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sur incitation de mon conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sur incitation de mon entourage personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cause de la reprise de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sur incitation d'un professionnel de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cause d'un traitement médicamenteux présenté comme incompatible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cause d'une maladie me concernant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord																																																									
J'aurais aimé allaiter mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																									
Je me suis sentie coupable de ne pas allaiter mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																									
Cela ne m'a pas posé de problèmes de ne pas allaiter mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																									
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord																																																									
Par choix personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																									
Sur incitation de mon conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																									
Sur incitation de mon entourage personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																									
A cause de la reprise de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																									
Sur incitation d'un professionnel de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																									
A cause d'un traitement médicamenteux présenté comme incompatible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																									
A cause d'une maladie me concernant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																									

A cause d'un accouchement difficile (césarienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A cause d'une maladie de mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A cause d'une séparation d'avec mon bébé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Car quelqu'un m'a dit que mon lait n'était pas bon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que je n'avais pas assez de lait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que je fume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parce que mon bébé n'arrivait pas à téter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Y a-t-il d'autres sources de soutien qui n'ont pas été mentionnés ci-dessus ?

Oui Non

Veuillez préciser :

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

- 1 - Introduction
- 2 - Nombre d'enfants
- 3 - Premier enfant
- 4 - Première alimentation de cet enfant 1
- 5 - Soutien à l'allaitement enfant1
- 6 - Arrêt de l'allaitement enfant1
- 7 - Deuxième enfant
- 8 - Première alimentation de cet enfant 2
- 9 - Soutien à l'allaitement enfant2
- 10 - Arrêt de l'allaitement enfant 2
- 11 - Troisième enfant
- 12 - Première alimentation de cet enfant 3
- 13 - Soutien à l'allaitement enfant3
- 14 - Arrêt de l'allaitement enfant 3
- 15 - Quatrième enfant
- 16 - Première alimentation de cet enfant 4
- 17 - Soutien à l'allaitement enfant4
- 18 - Arrêt de l'allaitement enfant 4
- 19 - Cinquième enfant
- 20 - Première alimentation de cet enfant 5
- 21 - Soutien à l'allaitement enfant5
- 22 - Arrêt de l'allaitement enfant 5
- 23 - Votre idée de l'allaitement
- 24 - Commentaires**

Commentaires

Si vous n'avez pas de commentaires, merci de valider définitivement votre questionnaire.

En revanche, si vous pensez que votre situation n'est prise en compte que partiellement dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous préciser ci-dessous les informations supplémentaires qui nous permettront de mieux traiter vos réponses :

500 Caractères restants

Si vous avez besoin d'une aide pour remplir ce questionnaire, merci de cliquer sur la rubrique **NOUS CONTACTER** et de nous préciser vos difficultés : nous vous enverrons une réponse dans les plus brefs délais vous permettant de terminer et de valider votre questionnaire.

MERCI.

◀ Précédent | 📄 Enregistrer en brouillon | 🏠 Valider définitivement