



Programme National de Recherche 50  
(PNR50)

Etude nationale sur la fertilité en Suisse

# Questionnaire adressé aux parents du conscrit

Numéro d'étude :

Date: .....

# QUESTIONNAIRE

## Projet National de Recherche (PNR 50)

### DIMINUTION DE LA FERTILITE MASCULINE DANS DIVERSES REGIONS GEOGRAPHIQUES DE SUISSE:

De nombreux scientifiques pensent que les facteurs environnementaux durant la vie intra-utérine peuvent être importants pour le développement et la santé future de l'homme. Par exemple, les conditions de travail et le style de vie de la mère lorsqu'elle était enceinte peuvent avoir influencé de manière significative la santé actuelle d'un jeune adulte.

Toutes les questions ci-dessous font référence à l'enfant participant à l'étude et appelé « votre enfant ». Si il devait y avoir le moindre doute, veuillez cocher la case « Je ne sais pas ».

Nous vous remercions très sincèrement de donner un peu de votre temps pour répondre à ce questionnaire qui est d'une grande utilité et servira très certainement à apporter de nombreuses réponses à des questions importantes pour la collectivité.

---

## GROSSESSE ET PREMIERE ANNEE DE VIE

---

B1.1. Où votre enfant est-il né ?

Ville/village ..... CP ..... Canton/Pays .....

Je ne sais pas

B1.2. Où a-t-il vécu durant sa première année de vie ?

Ville/village ..... CP ..... Canton/Pays .....

Ville/village ..... CP ..... Canton/Pays .....

Je ne sais pas

---

B2. Où habitez-vous lorsque vous étiez enceinte ?

Ville/village ..... CP ..... Canton/Pays .....

Je ne sais pas

---

B3.1. Où êtes-vous née ?

Ville/village ..... CP ..... Canton/Pays .....

Je ne sais pas

B3.2. Où le père de votre enfant est-il né ?

Ville/village ..... CP ..... Canton/Pays .....

Je ne sais pas

---

B4. Quelles sont vos années de naissance et celle du père de votre enfant ?

Année de naissance de la mère .....

Année de naissance du père .....

---

B5. Fumiez-vous lorsque vous étiez enceinte ?

- Non   
Oui
- 

B6. Le père de l'enfant fumait-il lorsque vous étiez enceinte ?

- Non   
Oui   
Je ne sais pas
- 

B7. Est-ce que vous, le père de votre enfant ou d'autres personnes vivant dans votre foyer fumaient lorsque votre enfant était petit (*Cochez plusieurs cases si plus d'une personne fumait*) ?

- Non, personne ne fumait chez nous   
Oui, la mère:   
Oui, le père:   
Oui, un autre membre de la famille:   
Je ne sais pas:
- 

B8. Combien de temps votre grossesse a-t-elle duré ?

Semaines : ..... ou mois : .....

**Votre enfant est né :**

- Prématuré (moins de 37 semaines)   
A terme (entre 37 et 42 semaines)   
Post-mature (42 semaines ou plus)   
Je ne sais pas
-

B9. Quels étaient le poids et la taille de votre enfant à la naissance ?

Poids : ..... kg                      Taille : ..... cm

**Ce poids était-il ?**

Très faible (moins de 2500 g)	<input type="checkbox"/>
Normal (entre 2500 et 4000 g)	<input type="checkbox"/>
Très lourd (plus de 4000 g)	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>

---

B10. Votre enfant fait-il partie de jumeaux ou de triplés (*garçon ou fille*) ?

Non                       **Allez à la question B12**  
Oui

---

B11. Quel est le sexe du deuxième jumeau ou des autres triplés ?

<i>2<sup>e</sup> jumeau ou 2<sup>e</sup> triplé :</i>		<i>3<sup>e</sup> triplé :</i>	
Masculin	<input type="checkbox"/>	Masculin	<input type="checkbox"/>
Féminin	<input type="checkbox"/>	Féminin	<input type="checkbox"/>

---

B12.1. Combien de fois avez-vous été enceinte avant de concevoir votre enfant (y compris les fausses couches, grossesses extra-utérines et interruptions volontaires de grossesse) ?

Nombre de grossesses menées à terme (enfant vivant ou mort à la naissance) .....

Nombre d'IVG, fausses couches et grossesses extra-utérines .....

B12.2. Combien de fois avez-vous été enceinte dans votre vie y compris les fausses couches, grossesses extra-utérines et interruptions volontaires de grossesse) ?

Nombre total de grossesses menées à terme (enfant vivant ou mort à la naissance) .....

Nombre total d'IVG, fausses couches et grossesses extra-utérines .....

B13. Avez-vous arrêté la contraception avant de concevoir votre enfant ou y a-t-il eu un échec de la contraception ou encore ne preniez-vous aucune précaution ?

- Aucune contraception
- Arrêt de la contraception avant la conception
- Echec de la contraception  **Allez à la question B15**
- Je ne sais pas

---

B14. Combien de temps s'est-il écoulé entre l'arrêt de la contraception et la conception de votre enfant ?

..... mois et/ou ..... années

**Si vous ne le savez pas exactement, précisez si cela a pris plus d'une année.**

- Non, cela a pris moins d'une année
- Oui, cela a pris plus d'une année
- Je ne sais pas

---

B15. Avez-vous reçu un traitement médicamenteux pour vous aider à être enceinte ?

- Non
- Oui  Si oui, précisez le type de traitement : .....

---

B16. Avez-vous utilisé des contraceptifs oraux un mois avant de concevoir votre enfant ?

- Non  **Allez à la question B18.1**
- Oui
- Je ne sais pas  **Allez à la question B18.1**

---

B17. Avez-vous continué de prendre une contraception orale alors que vous étiez enceinte sans le savoir ?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

B18.1. Combien pesiez-vous avant d'être enceinte et quelle était votre taille ?

Poids avant la grossesse .....kg      Taille .....cm

Je ne sais pas     

B18.2. Combien de kilos avez-vous pris pendant votre grossesse ?

Moins de 10 kg     

10-15 kg     

15-20 kg     

20-25 kg     

Plus de 25 kg     

Je ne sais pas     

---

B19. Travaillez-vous lorsque vous étiez enceinte ?

Non     

Oui            Si oui, quel était votre métier ? .....

---

B20. Le père de votre enfant travaillait-il lorsque vous étiez enceinte ?

Non     

Oui            Si oui, quel était son métier ? .....

Je ne sais pas     

---

B21. Aviez-vous des nausées lorsque vous étiez enceinte ?

Non            **Allez à la question B23**

Oui     

Je ne sais pas            **Allez à la question B23**

---

B22. Ces nausées étaient-elles ?

Légères     

Moyennes     

Sévères     

Je ne sais pas

B23. Etiez-vous végétarienne lorsque vous étiez enceinte ?

- Non   
 Oui

B24. Avez-vous eu les complications suivantes lorsque vous étiez enceinte ? Si oui, quel traitement avez-vous reçu ?

	Non	Oui	Ne sais pas	Traitement
Saignements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Menace d'avortement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Prééclampsie (hypertension induit par la grossesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Diabète induit par la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Contractions prématurées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lesquelles .....				

B25.1. Avez-vous eu à affronter des problèmes graves tels que divorce, mort d'un proche, maladie grave d'un proche ou de vous-même ou, encore, de sérieux problèmes financiers lorsque vous étiez enceinte ?

- Non   
 Oui

B25.2. Avez-vous souffert ou souffrez-vous encore de maladies sérieuses ?

	Mère	Père
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles :	.....	.....
	.....	.....



B25.3. Est-ce qu'un autre membre de votre famille souffre ou a souffert de maladies sérieuses ?

Non

Oui

Je ne sais pas

Côté maternel :

Si oui, quel membre : .....

Si oui, quelle maladie : .....

Côté paternel :

Si oui, quel membre : .....

Si oui, quelle maladie : .....

---

***Les questions qui suivent ont trait à l'allaitement que ce soit au sein ou au biberon durant les premiers mois de vie de votre enfant.***

---

B26. Avez-vous nourri votre enfant au sein ?

Non

**Allez à la question B28**

Oui

---

B27.1. Combien de temps votre enfant a-t-il été nourri au sein exclusivement (*lait maternel comme seul aliment*) ?

Mois .....

Je ne sais pas

B27.2. Combien de temps votre enfant a-t-il continué à être nourri au sein après l'introduction d'un complément lacté ou d'une autre nourriture ?

Mois .....

Je ne sais pas

B28. Avez-vous nourri votre enfant avec un lait industriel (lait en poudre pour bébé de diverses compositions, lait de vache, lait de soya, etc.) ?

Non  **Allez à la question B32**

Oui

Je ne sais pas  **Allez à la question B32**

---

B29. Quel âge avait votre enfant lorsque il a été nourri avec un lait industriel pour la première fois ?

Mois ..... Je ne sais pas

---

B30. Avec quel type de lait industriel votre enfant était-il nourri ?

Formule à base de lait de vache

Formule à base de lait de soya

Lait spécial pour intolérance au lactose

Autres (lesquels) .....

Marque du lait .....

Je ne sais pas

---

B31. Combien de temps avez-vous nourri votre enfant avec ce type de lait ?

Mois ..... Je ne sais pas

---

B32. Quel type de langes utilisiez-vous ?

Langes jetables

Langes en tissu

Autres  lesquels : .....

Je ne sais pas

B33. Pendant combien de temps votre enfant a-t-il porté des langes (*même seulement pendant la nuit*) ?

- 1-2 ans
- 3-4 ans
- 5-6 ans
- Plus de 6 ans
- Je ne sais pas

B34. Utilisez-vous une crème pour soigner les érythèmes fessiers de votre enfant (*irritations aux fesses que peuvent présenter les bébés*) ?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

B35. Votre enfant a-t-il eu une ou des maladies chroniques nécessitant une hospitalisation ou des soins médicaux réguliers (*pendant plus d'une semaine*) durant sa première année de vie ?

- Non
- Oui  Si oui, quelle maladie : .....
- Je ne sais pas

***Les questions suivantes concernent les conditions socio-économiques qui ont prévalu durant l'enfance de votre enfant (jusqu'à l'âge de 16 ans).***

q

- Mère et père
- Mère seule
- Père seul
- Mère et beau-père
- Belle-mère et père
- Grands-parents
- Autres  Avec qui : .....

B37. Quel est/était le degré de scolarisation des personnes qui s'occupaient de votre enfant lorsqu'il était petit ? Combien d'années d'école (*toutes écoles comprises*) ont-elles effectuées ?

	Mère	Père	Autres ( <i>voir question B36</i> ) (Exemples : grand-père, grand-mère)	
			.....	.....
Moins de 7 ans d'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 à 8 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 à 10 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ans et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B38. Quel est/était le niveau scolaire des personnes qui s'occupaient de votre enfant lorsqu'il était petit ?

	Mère	Père	Autres ( <i>voir question B36</i> ) (Exemples : grand-père, grand-mère)	
			.....	.....
Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat de capacité (CFC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CFC avec Maîtrise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres écoles professionnelles (instituteur, infirmier, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingénieur ETS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre diplôme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B39. Quel était l'emploi occupé par les personnes qui s'occupaient de votre enfant lorsqu'il était petit ?

	Mère	Père	Autres (voir question B36) (Exemples : grand-père, grand-mère)	
			.....	.....
Indépendant (paysan, éleveur de bétail...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indépendant libéral (notaire, médecin, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre indépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaillant ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrier qualifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrier non qualifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mère ou père au foyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chômeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B40. Lorsqu'il était petit, les personnes qui s'occupaient de votre enfant travaillaient-elles dans le domaine privé ou le domaine public (*employés d'Etat*) ?

	Mère	Père	Autres (voir question B36) (Exemples : grand-père, grand-mère)	
			.....	.....
Employé de l'Etat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaillant dans le privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B41. Combien d'employés les personnes s'occupant de votre enfant avaient-elles ? *Si aucun notez 0*

Employés de la mère .....

Employés du père .....

Autres ..... (voir question B36)

Autres ..... (voir question B36)

Je ne sais pas

B42. Quel était le titre précis de la profession des personnes qui s’occupaient de votre enfant (*par ex. maître d’école, infirmière, employé de commerce, médecin, etc.*) ?

- Mère .....
- Père .....
- Autres ..... (*voir question B36*) .....
- Autres ..... (*voir question B36*) .....
- Je ne sais pas

### SANTE DE L’APPAREIL URO-GENITAL DE VOTRE ENFANT

*Les questions suivantes concernent la santé de l’appareil uro-génital de votre enfant. Elles font appel à des faits lors de la naissance et les premières années de vie de votre enfant.*

C2. Est-ce que, lorsque votre enfant est né, les deux testicules étaient en place (*dans les bourses*) ?

- Les deux testicules étaient dans les bourses  **Allez à la question C4**
- Un testicule n’était pas dans les bourses
- Les deux testicules n’étaient pas dans les bourses
- Je ne sais pas

C3. Votre enfant a-t-il été traité pour faire descendre les testicules ou sont-ils descendus spontanément ? Les cas échéant, quand le traitement a-t-il commencé ?

- Non, ils sont descendus spontanément, il n’a pas eu besoin d’être traité
- Oui, les deux, par un traitement hormonal  Année du début du traitement : .....
- Oui, les deux, par une opération  Année de la 1<sup>er</sup> opération : .....
- Un est descendu spontanément, l’autre par un traitement hormonal  Année du début du traitement : .....
- Un est descendu spontanément, l’autre a été opéré  Année de la 1<sup>er</sup> opération : .....
- Je ne sais pas

C4. Votre enfant a-t-il eu les oreillons ?

- Non  **Allez à la question C7**  
 Oui   
 Je ne sais pas  **Allez à la question C7**

C5. A quel âge a-t-il eu les oreillons ?

..... ans

C6. Est-ce que un ou deux testicules ont été affectés par les oreillons ?

- Non   
 Oui   
 Je ne sais pas

C7. Votre enfant a-t-il déjà été blessé dans la région des bourses assez violemment pour les faire enfler (*ex. coup de pied lors d'un match de foot, etc.*) ? Si oui quand ?

- Non   
 Oui  Année : .....  
 Je ne sais pas

C8. Votre enfant a-t-il déjà été opéré d'une des affections suivantes ? Si oui, notez l'année de la 1<sup>ère</sup> opération.

	Non	Oui	Ne sais pas	Année
Hernie inguinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Varices sur les bourses (varicocèle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Torsion des testicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Cancer des testicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Hypospadias (orifice urètre anormal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Autres maladies du pénis, des testicules, du tractus urinaire ou des bourses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si autres, lesquelles	.....			

