

ESPARR

Etude de Suivi d'une Population d'Accidentés de la Route dans le Rhône

Entretien à 3 ans

Adultes et jeunes à partir de 16 ans compris

Numéro d'identification ESPARR :

Questionnaire concernant les personnes rencontrées par les neuropsychologues et le médecin. A préparer avant la rencontre, en fonction des informations sur le retour à la vie professionnelle ou scolaire à un an, de l'âge de la personne (problème des enfants). Toutes ces parties sont mentionnées.

Les parties inscrites en vert concernent uniquement les blessés AIS 4 ou Plus

«ESPARR»

UMRESTTE INRETS - 25 avenue François Mitterrand - Case 24 - 69675 Bron Cedex – Tél : 04 72 14 25 13
Hospices Civils De Lyon : Hôpital Henry Gabrielle, Route de Vourles, 69565 Saint Genis Laval



Institut National de Recherche
sur les Transports et leur Sécurité



Hospices de Lyon





Madame, Mademoiselle, Monsieur

Vous participez à ESPARR depuis maintenant 3 ans et vous connaissez donc déjà la forme des questions que nous allons vous poser.

Vous avez déjà répondu à des questions qui concernaient votre vie 1 an après votre accident. Nous vous en remercions encore, et vous ferons parvenir ce que cela nous a appris.

Aujourd'hui nous vous interrogeons sur la période qui s'est passée depuis ce dernier contact il y a maintenant deux ans.

Au delà de la prise en charge en phase aigue et de la prise en charge pendant l'hospitalisation, se pose la délicate question de la réinsertion professionnelle sociale, de l'autonomie financière des personnes qui ont été victimes de blessures lors d'un accident de la route.

Nous vous donnons depuis 3 ans, la parole sur des points importants de votre vie, et c'est la première fois que des chercheurs, des soignants, essaient de vous écouter, pour vraiment comprendre les choses que vous ressentez. Les ministères (Transport et Santé) soutiennent financièrement cette recherche qui ne peut avoir de résultats que si vous continuez à collaborer. Nous savons qu'il est parfois difficile de reparler de certains événements, et d'avance nous vous remercions de l'effort que vous allez faire.

La plupart des questions font référence au document que vous avez déjà complété il y a deux ans.

Nous aborderons tout d'abord votre état de santé depuis ce dernier contact, puis votre situation professionnelle ou scolaire actuelle, votre environnement affectif, familial, social, votre situation financière, ainsi que les médicaments que vous êtes amenés à prendre.

Enfin, nous vous proposons comme dans l'entretien initial et celui passé il y a deux ans, un questionnaire qui permet d'évaluer votre qualité de vie aujourd'hui, pour pouvoir étudier l'évolution.

Nous vous rappelons que tous les questionnaires sont rendus anonymes. Alors n'hésitez pas à vous livrer, à nous livrer votre point de vue. Cela est très important.

Nous abordons aussi des questions très personnelles. Vous pouvez vous exprimer dans les zones d'expression libre.

Dr M. Hours, Responsable Scientifique

Mme P. Charnay, Coordinateur

M JY Bar, Neuropsychologue

M S. Nash , Neuropsychologue

Dr J Le Berre, Médecin évaluateur

Mmes AM Bigot, N Demangel, Secrétaires

Contact : 04 72 14 25 13 ou 04 72 14 25 30

esparr@inrets.fr



SA 7. Pendant ces deux ans, que vous est-il arrivé de particulier que vous souhaitez nous signaler ?

SA8. Avez-vous vécu les situations suivantes au cours des deux ans qui viennent de se passer ?

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| Naissance, adoption | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Départ d'enfants du foyer | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Mariage | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Divorce, séparation | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Recomposition de famille | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Déménagement | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisation | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Décès d'un proche | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Perte d'emploi | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Difficultés financières | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Rupture affective | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Échec | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Autre événement | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | je ne sais pas <input type="checkbox"/> |



I-2 Quelle est votre situation professionnelle ou scolaire aujourd'hui

A compléter par l'enquêteur avant la rencontre avec le patient. Mais vérifier de nouveau au moment de l'entretien

- Au moment de l'accident, vous n'aviez pas d'activité professionnelle (chômage ou retraite) :

Retraite : passer à « suite du questionnaire »

Chômage :

Il y a deux ans

- Vous aviez repris un travail = P1.
- Vous n'aviez pas retrouvé de travail = P2.

- Au moment de l'accident, vous aviez une activité professionnelle,

Il y a deux ans

- Vous aviez repris votre travail = P1.
- Vous n'aviez pas repris votre travail = P2.

- Au moment de l'accident, vous étiez étudiant ou scolaire

Il y a deux ans

- Vous étiez rentré dans la vie active = P1
- Vous aviez repris vos études et êtes aujourd'hui dans la vie active = P1
- Vous aviez repris vos études et êtes toujours étudiant = S1
- Vous n'aviez pas repris vos études à ce moment là = S2



P 1. Vous aviez une activité professionnelle lors de l'entretien passé un an après l'accident

AUJOURD'HUI :

P 1.1. Suite à votre accident, avez-vous une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (anciennement COTOREP) ?

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions (niveau, pourcentage) :

P 1.2. Actuellement travaillez-vous ? oui non je ne sais pas

Si vous ne travaillez pas :

P 1.3. Depuis quand êtes-vous sans travail?

JJ		MM		A A A A					

P 1.4. Actuellement, êtes-vous :

P 1.4.1 Au chômage

P 1.4.2 En longue maladie

P 1.4.3 Reconnu inapte au travail → inaptitude : Partielle

Totale

P 1.4.4 En recherche d'emploi sans bénéficier du chômage..

Pour l'une de ces 4 situations posez la question suivante :

- Avez-vous été licencié pour inaptitude à votre travail ? oui non je ne sais pas

P 1.4.5 Père ou mère au foyer

P 1.4.6 En congé parental

P 1.4.7 En retraite, préretraite ou congé de fin de carrière

P 1.4.8 Autre cas

Précisez :

si le sujet a repris des études, passez à la question S 1.3

P1.4.9 Je ne sais pas

Note pour l'enquêteur, on peut être au chômage, ou en préretraite ... et avoir été reconnu partiellement inapte

Pour tous (ne pas poser les questions suivantes aux personnes qui sont en retraite ou en inaptitude totale au travail) :

P 1.5. Quelle est votre profession actuelle ou celle que vous recherchez ?

P 1.6. Diriez-vous que vous avez perdu le goût au travail ?

pas du tout un peu totalement je ne sais pas

Si vous travaillez :

P 1.7. Aujourd'hui quel est votre temps de travail ?

A temps plein

A mi-temps

Mi-temps thérapeutique

Mi-temps par votre choix

Mi-temps pour d'autres raisons

Précisez :

Autre temps partiel

Précisez :

Si la personne était étudiante il y a deux ans, passer à la question P 1.13

Si elle avait une activité professionnelle, continuez

P 1.8. Avez-vous le même employeur qu'il y a deux ans ?

oui

non

je ne sais pas

Si non, quelle est la raison du changement

P 1.9. Avez-vous le même emploi qu'il y a deux ans ?

oui

non

je ne sais pas

Si non, précisez en quoi il est différent et la raison du changement

Dans ce cas s'agit il de :

P 1.9.1 Reclassement professionnel (changement d'emploi du fait d'un changement d'aptitude au travail, en général au sein de la même entreprise, correspondant souvent à une moindre qualification)

oui

non

je ne sais pas

P 1.9. 2 Reconversion – réorientation (changement complet d'orientation professionnelle, en général dans une autre entreprise, qui ne s'accompagne pas forcément d'un déclassement)

oui

non

je ne sais pas



P 1.10. Avez-vous l'impression que vos relations avec vos collègues sont différentes de celles que vous aviez avant l'accident ?

oui non je ne sais pas

P 1.11. Si vous avez toujours le même employeur, l'accident a-t-il modifié vos relations avec lui ?

oui non je ne sais pas

Passer à la « suite du questionnaire » sauf si la personne était étudiante il y a deux ans, Dans ce cas, continuer :

P 1.12. L'accident a-t-il modifié votre parcours scolaire ?

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez en quoi votre parcours a été modifié :

P 1.13. L'accident a-t-il modifié vos projets professionnels ?

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez vous nous donner des précisions :



P2. Vous n'avez pas repris votre travail il y a deux ans

AUJOURD'HUI :

P 2.1. Actuellement travaillez-vous ? oui non je ne sais pas

P 2.2. Suite à votre accident, avez-vous une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions (niveau, pourcentage) :

Si le sujet travaille

P 2.3 A quelle date avez-vous repris le travail ?

JJ		MM		AAAA					

P 2.4. L'accident a-t-il modifié votre activité professionnelle ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

P 2.4.1 La modification a touché

votre emploi lui même

votre évolution au sein de l'entreprise

vos projets professionnels

P 2.5. Quelle est votre profession actuelle ?

P 2.6 Aujourd'hui travaillez-vous ?

A temps plein

A mi-temps du fait de l'accident

Mi-temps thérapeutique

Mi-temps par votre choix

Mi-temps pour d'autres raisons

Précisez :

Autre temps partiel

P 2.7 Avez-vous le même employeur qu'avant l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si non, quelle est la raison du changement

P 2.8. Avez-vous le même emploi qu'avant l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si non, précisez en quoi il est différent et la raison du changement ainsi que les conditions (formation)

P 2.9. Votre poste de travail a-t-il été « aménagé » du fait de votre accident ?

sans objet oui non je ne sais pas

Si le poste a été aménagé, est-ce un aménagement au niveau :

De vos horaires de travail

De l'ergonomie du poste de travail

De la charge de travail

Autres aménagements

Précisez :

P 2.10. Avez-vous l'impression que vos relations avec vos collègues sont différentes d'avant l'accident ?

sans objet oui non je ne sais pas

Si non, précisez en quoi il est différent et la raison du changement

P 2.11. Si vous avez toujours le même employeur, avez-vous l'impression que l'accident a modifié vos relations avec lui ?

sans objet oui non je ne sais pas

Si non, précisez en quoi il est différent et la raison du changement

Si le sujet ne travaille pas (Note pour l'enquêteur, on peut être au chômage, ou en préretraite ... et avoir été reconnu partiellement inapte)

P2.12. Actuellement, êtes vous :

P 2.12.1 Au chômage

P 2.12.2 En longue maladie

P 2.12.3 Reconnu inapte au travail → inaptitude : Partielle

Totale

P 2.12.4 En recherche d'emploi sans bénéficier du chômage

Pour l'une de ces 4 situations posez la question suivante :

Avez-vous été licencié pour inaptitude au travail ?

oui non je ne sais pas

- P 2.12.5 Père ou mère au foyer
- P 2.12.6 En congé parental
- P 2.12.7 En retraite ou préretraite
- P 2.12.8 Autre cas

Précisez :

si le sujet a repris des études, passez à la question S1.3

- P 2.12.9 Je ne sais pas

ATTENTION CETTE PARTIE NE CONCERNE QUE LES personnes pour lesquelles un certain niveau de handicap existe :
Sinon passer à « suite du questionnaire »

P 2.13. Etes-vous allé(e) en formation

- sans objet (personne à la retraite par exemple) oui non je ne sais pas

P 2.13.1. Dans un centre de pré orientation

P 2.13.2. Dans un centre de rééducation professionnelle (CRP)

P 2.13.3. Dans un centre de formation de droit commun

P 2.13.4. Avez-vous bénéficié d'un Projet professionnel personnalisé mis en place par les UEROS
 (Unité d'Évaluation et de Réinsertion Sociale et Professionnelle) ?

- sans objet oui non je ne sais pas

Si oui, depuis quand ?

JJ		MM		A A A A					

P2.14. Êtes vous allé (ou travaillez vous) :

P 2.14.1. Dans une entreprise adaptée (anciennement Travail protégé en milieu ordinaire) ?

- sans objet oui non je ne sais pas

P2.14.2. Dans un établissement et service d'aide par le travail (anciennement centre d'aide par le travail 'CAT'
 ou en atelier protégé) ?

- sans objet oui non je ne sais pas

Si oui à l'une de ces deux questions, depuis quand ?

JJ		MM		A A A A					



S 1. Vous aviez repris vos études il y a deux ans, et vous êtes toujours étudiant

AUJOURD'HUI :

S 1.1. L'accident a-t-il modifié votre parcours scolaire ? oui non je ne sais pas

Si oui, précisez en quoi votre parcours a été modifié :

S 1.2 Avez-vous pu continuer vos études ? oui non je ne sais pas

Si non, pouvez vous nous donner des précisions :

S 1.3. Dans quel type d'établissement êtes-vous aujourd'hui ?

Collège général

Lycée général

Lycée professionnel

Université ou écoles supérieures

Autre

(par exemple : enseignement à domicile, institution spécialisée)

Précisez : _____

Je ne sais pas

S 1.4. A quel niveau êtes-vous actuellement ?

NB : si le questionnaire est fait pendant les vacances d'été, mettre le dernier niveau fréquenté

Études secondaires 1^{er} cycle (collège)

Études secondaires 2^{ème} cycle général (lycée général)

Études secondaires Enseignement professionnel

Premier cycle d'études supérieures (licence, IUT, BTS, Prépa)

2nd cycle d'études supérieures (maîtrise, master, école d'ingénieur)

3^{ème} cycle d'études supérieures (DEA, DESS, doctorat, spécialisations diverses)

S 1.5. Êtes vous actuellement en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage ?

oui non je ne sais pas

S 1.6. Si vous êtes en formation en alternance ou contrat d'apprentissage

(sinon passer à la suite du questionnaire)

S 1.6.1. Quel poste occupez-vous ?

S 1.6.2 Depuis quand ?

JJ		MM		A A A A			

S 1.6.3. L'accident a-t-il modifié vos projets professionnels ?

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez :

S 1.6.4. Occupez vous le même poste au moment de l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si non, précisez :

S 1.6.5. Votre poste de travail a-t-il été « aménagé » du fait de votre accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez :

S 1.6.6. Avez-vous l'impression que vos relations avec vos collègues sont différentes d'avant l'accident ?

sans objet oui non je ne sais pas

Si non, précisez en quoi il est différent et la raison du changement :

S1.6.7. Si vous avez toujours le même employeur, avez-vous l'impression que l'accident a modifié vos relations avec lui ?

sans objet oui non je ne sais pas

Si non, précisez en quoi il est différent et la raison du changement



S 1.7. Pouvez-vous nous dire si vous avez l'impression d'avoir actuellement des difficultés dans vos études

(Mettre une croix à l'endroit qui correspond le mieux à votre impression concernant votre plus ou moins grande facilité pour suivre)

Beaucoup de difficultés | | | | | | | | | Pas du tout de difficultés
A B C D E F G H

S 1.8. Si vous avez des difficultés, est ce que vous pensez que c'est à cause :

De difficultés à parler, à vous exprimer ? oui non je ne sais pas

De difficulté de mémorisation ? oui non je ne sais pas

De difficultés à rester attentif ? oui non je ne sais pas

De difficultés à être avec les autres oui non je ne sais pas

De difficultés dans les activités physiques ou sportives ? oui non je ne sais pas

Si oui, précisez :

S 1.9. L'accident a-t-il modifié vos projets d'avenir professionnel ?

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions :

S1.10. Avez-vous l'impression que vos relations avec les autres élèves ou les enseignants sont différentes de celles que vous aviez avant l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez vous nous donner des précisions :

S 2. Vous n'avez pas repris vos études lors de l'entretien réalisé il y a deux ans

AUJOURD'HUI :

S 2.1 Les avez-vous reprises depuis ? oui non je ne sais pas

S 2.1.1 Si non, précisez la raison :

S 2.1.2 Si oui à quelle date ?

JJ		MM		A A A A					

S 2.2. L'accident a-t-il modifié votre parcours scolaire ?

oui non je ne sais pas

S 2.2.1 Si oui, précisez en quoi vos projets ont été modifiés et nous en donner les raisons :

S 2.2.2. Si non dans quel type d'établissement êtes-vous aujourd'hui ?

Collège général

Lycée général

Lycée professionnel

Université ou écoles supérieures

Autre

(par exemple : enseignement à domicile, institution spécialisée)

Précisez : _____

Je ne sais pas

S 2.3. A quel niveau êtes-vous actuellement ?

NB : si le questionnaire est fait pendant les vacances d'été, mettre le dernier niveau fréquenté

Études secondaires 1^{er} cycle (collège)

Études secondaires 2^{ème} cycle général (lycée général)

Études secondaires Enseignement professionnel

Premier cycle d'études supérieures (licence, IUT, BTS, Prépa)

2nd cycle d'études supérieures (maîtrise, master, école d'ingénieur)

3^{ème} cycle d'études supérieures (DEA, DESS, doctorat, spécialisations diverses)

S 2.4. Êtes vous actuellement en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage ?

oui non je ne sais pas



S 2.5. Si vous êtes en formation en alternance ou contrat d'apprentissage

(sinon passer à la suite du questionnaire)

S 2.5.1. Quel poste occupez-vous ?

S 2.5.2. Depuis quand ?

JJ		MM		AAAA					

S 2.5.3. Étiez-vous déjà en alternance ou contrat d'apprentissage au moment de l'accident ?

oui non je ne sais pas

S 2.5.4. Votre poste de travail a-t-il été « aménagé » du fait de votre accident ?

sans objet oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions :

S 2.5.5. Avez-vous l'impression que vos relations avec vos collègues sont différentes d'avant l'accident ?

sans objet oui non je ne sais pas

Si non, précisez en quoi il est différent et la raison du changement

S 2.5.6 Si vous avez toujours le même employeur, avez-vous l'impression que l'accident a modifié vos relations avec lui ?

sans objet oui non je ne sais pas

Si non, précisez en quoi il est différent et la raison du changement

S 2.6. Pouvez-vous nous dire si vous avez l'impression d'avoir actuellement des difficultés dans vos études

(Mettre une croix à l'endroit qui correspond le mieux à votre impression concernant votre plus ou moins grande facilité pour suivre)

Beaucoup de difficultés | | | | | | | | | Pas du tout de difficultés
A B C D E F G H

S 2.7. Si vous avez des difficultés, est ce que vous pensez que c'est à cause :

De difficultés à parler, à vous exprimer ? oui non je ne sais pas

De difficulté de mémorisation ? oui non je ne sais pas

De difficultés à rester attentif ? oui non je ne sais pas

De difficultés à être avec les autres oui non je ne sais pas

De difficultés dans les activités physiques ou sportives ? oui non je ne sais pas

Si oui, précisez :

S 2.8. L'accident a-t-il modifié vos projets d'avenir professionnel ?

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions :

S 2.9. Avez-vous l'impression que vos relations avec les autres élèves ou les enseignants sont différentes de celles que vous aviez avant l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez vous nous donner des précisions :



I-3 Votre qualité de vie

Dans les pages qui suivent nous allons vous demander comment vous vous sentez d'une façon générale dans votre vie de tous les jours.

Pour répondre à une question, mettez une croix dans la case de votre choix.

Certaines questions peuvent se ressembler, ou ressembler à celles que nous vous avons déjà posées, mais en fait, elles sont toutes différentes. Certaines questions parlent de problèmes que vous n'avez peut-être pas. Tant mieux, mais comme il est important pour nous de le savoir, nous vous demandons de répondre à toutes les questions.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si vous hésitez entre plusieurs réponses, donnez la réponse la plus proche de votre cas et mettez une explication dans la marge.

		Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
1	Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?	≤	≤	≤	≤	≤

		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
2	Êtes-vous satisfait de votre santé ?	≤	≤	≤	≤	≤

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Complètement
3	La douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?	≤	≤	≤	≤	≤
4	Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?	≤	≤	≤	≤	≤
5	Trouvez-vous la vie agréable ?	≤	≤	≤	≤	≤
6	Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?	≤	≤	≤	≤	≤

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
7	Êtes-vous capable de vous concentrer ?	≤	≤	≤	≤	≤
8	Vous sentez vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?	≤	≤	≤	≤	≤
9	Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.) ?	≤	≤	≤	≤	≤

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Suffisamment	Tout à fait
10	Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?	≤	≤	≤	≤	≤
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	≤	≤	≤	≤	≤
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	≤	≤	≤	≤	≤
13	Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?	≤	≤	≤	≤	≤
14	Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?	≤	≤	≤	≤	≤

		Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
15	Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul ?	≤	≤	≤	≤	≤

		Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
16	Êtes-vous satisfait de votre sommeil ?	≤	≤	≤	≤	≤
17	Êtes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?	≤	≤	≤	≤	≤
18	Êtes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?	≤	≤	≤	≤	≤

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
19	Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?	≤	≤	≤	≤	≤

		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
20	Êtes-vous satisfait de vos relations personnelles ?	≤	≤	≤	≤	≤
21	Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?	≤	≤	≤	≤	≤
22	Êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?	≤	≤	≤	≤	≤
23	Etes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?	≤	≤	≤	≤	≤



		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
24	Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?	≤	≤	≤	≤	≤
		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
25	Êtes-vous satisfait de vos moyens de transport ?	≤	≤	≤	≤	≤
		Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
26	Éprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	≤	≤	≤	≤	≤

I-4 Quel est AUJOURD'HUI votre environnement familial, affectif, et social

E 1. Vous êtes actuellement

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Célibataire | <input type="checkbox"/> | Séparé(e) | <input type="checkbox"/> |
| Vivant maritalement | <input type="checkbox"/> | Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> |
| Concubin | <input type="checkbox"/> | Veuf ou veuve | <input type="checkbox"/> |
| Marié(e) | <input type="checkbox"/> | Autre situation | <input type="checkbox"/> |
| Pacsé | <input type="checkbox"/> | | |

E 2. Où habitez-vous aujourd'hui ?

- Chez moi, dans le logement que j'occupais il y a deux ans
- Chez moi, dans un logement autre que celui occupé il y a deux ans
- Chez des parents, de la famille
- Chez des amis
- En institution

E 3. Des modifications au logement où vous vivez actuellement ont-elles dû être apportées en raison de votre état de santé ?

oui non je ne sais pas

Si oui, lesquelles :

E 4. Si vous avez déménagé depuis l'accident, pouvez vous nous en donner les raisons ?

Attention pour l'enquêteur E 5 et E 6, concernant les femmes dont l'âge correspond et tous les hommes quelque soit leur âge - à préparer à l'avance

Si le sujet a dit avoir eu un enfant à la question SA.10

E 5. Vous m'avez dit avoir eu un enfant dernièrement, avez-vous eu des difficultés pour avoir cet enfant ?

non concerné(e) oui non je ne sais pas

Si le sujet ne signale pas avoir eu d'enfant à la question SA.10

E 6. Avez-vous actuellement des difficultés pour avoir un enfant ?

non concerné(e) oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions :

E 7. Pensez vous aujourd'hui que votre entourage ressent encore des conséquences de l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous nous expliquer :

E 8. L'accident a-t-il perturbé votre vie affective et sociale ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

E 8.1. A quel(s) niveau

vos relations avec votre conjoint, ami(e)

vos relations amicales

vos relations familiales (enfants, parents...)

Vous pouvez ajouter un commentaire :

E 9. Avez-vous des difficultés à établir de nouveaux contacts ?

oui non je ne sais pas

E 10. Avez-vous le sentiment d'être « surprotégé » par votre entourage ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

E10.1. Est ce que cela vous pèse ?

oui non je ne sais pas

E 11. Avez-vous l'impression que vos difficultés sont mal perçues par votre entourage ?

oui non je ne sais pas



E 12. Si vous avez des enfants, avez-vous l'impression d'avoir été dépossédé de votre rôle de parent du fait de l'accident ?

oui

non

je ne sais pas

E 12.1. Quelles seraient vos souhaits, vos besoins ?

2. RÉPERCUSSIONS FINANCIÈRES

II. 1 En ce qui concerne la sécurité sociale

Fi. 1. Avez-vous reçu des ITT (indemnités temporaires totales) de la part de la Sécurité sociale ?

oui

non

je ne sais pas

Si oui,

Fi. 1.1. pendant quelle durée ? |_|_|_|_| jours

Fi. 2. A quelle date, votre état de santé a-t-il été reconnu comme consolidé par la sécurité sociale ?

JJ		MM		A A A A					

Ou pas encore consolidé

Fi. 3. Avez-vous une pension d'invalidité de la part de la sécurité sociale ?

oui

non

je ne sais pas

Fi. 3.1. De quelle catégorie ?

1^{ère}

2^{ème}

3^{ème}

Fi. 4. S'il s'agissait d'un accident du travail, avez-vous reçu une rente pour accident de travail ?

non concerné(e)

oui

non

je ne sais pas

Fi. 5. Disposez-vous de l'allocation supplémentaire du Fonds spécial d'invalidité ?

oui non je ne sais pas

Fi. 6. Une incapacité permanente (IPP) a t'elle été déterminée ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

Fi. 6.1 Quel taux d'IPP a été retenu ? [][]

Fi. 6.2 Avez-vous reçu :

Une rente d'IPP ?

Un capital ?

Une indemnisation plafonnée dans le cas d'une assurance « conducteur »

Fi. 7. Que pouvez-vous nous dire à propos de l'intervention de la sécurité sociale sur votre dossier ?

II. 2. En ce qui concerne les assurances

Si pas de prise en charge par l'assurance passez à II.3 prestations familiales

Fi. 8. A quelle date s'est faite la transaction ou la dernière décision judiciaire ?

[][] JJ [][] MM [][][][] AAAA ou pas encore réglé

Fi. 9. Avez-vous reçu une provision avant la consolidation de votre état de santé ?

oui non je ne sais pas

Fi. 10. Si la décision d'indemnisation a été faite, le règlement avec l'assurance s'est il fait

Fi. 10.1 Par transaction à l'amiable oui non je ne sais pas

Fi. 10.2 Après recours judiciaire ? oui non je ne sais pas

Si oui, à quel niveau

Fi. 10.2.1 décision judiciaire de premier degré oui non je ne sais pas

Fi. 10.2.2 décision judiciaire après appel oui non je ne sais pas

Si oui, à quel tribunal ?

Civil

Pénal

Administratif

je ne sais pas



Fi. 11. Votre assurance a-t-elle retenue pour vous une part de responsabilité ?

oui non je ne sais pas

Fi. 12. Avez-vous reçu une indemnisation pour

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------|
| Pretium doloris (gravité de la souffrance endurée) | <input type="checkbox"/> | Quel degré ?/7 |
| Préjudice esthétique | <input type="checkbox"/> | Quel degré ?/7 |
| Préjudice d'agrément | <input type="checkbox"/> | |
| Aménagement de logement | <input type="checkbox"/> | |
| Frais d'appareillage | <input type="checkbox"/> | |
| Frais d'aménagement de véhicule | <input type="checkbox"/> | |
| Frais de tierce personne | <input type="checkbox"/> | |
| Autres indemnités | <input type="checkbox"/> | |
| Précisez lesquelles ? | | |

Fi. 13. Vos proches ont-ils reçu également une indemnisation ?

oui non je ne sais pas

Si oui, de quel type ?

Fi. 14. Des frais médicaux sont-ils encore à prévoir ?

oui non je ne sais pas

Fi. 15. Êtes-vous satisfait du montant de l'indemnisation ?

oui non je ne sais pas

Fi.16. Que pouvez-vous nous dire à propos de l'intervention de l'assurance sur votre dossier

(en particulier pouvez-vous nous dire si vous avez eu des tracas et de quels types, ou si vous êtes satisfait du traitement de votre situation par l'assurance) ?

II. 3. En ce qui concerne les prestations familiales

Fi. 17. Recevez-vous une allocation pour adulte handicapé ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

Fi. 17.1 Date de début :

J J		M M		A A A A			

Fi. 17.2 Encore en cours

oui non je ne sais pas

Fi. 17.3 Si non date de fin :

J J		M M		A A A A			

Fi. 18. Recevez-vous une allocation pour tierce personne ?

oui non je ne sais pas

et/ou

Fi. 19. Recevez-vous une prestation de compensation du Handicap ?

oui non je ne sais pas

II. 4. Votre situation financière générale

Fi. 20. Avez-vous aujourd'hui des difficultés financières en relation avec l'accident?

oui non je ne sais pas

F. 20.1 Si oui, pourquoi ?

- Perte de salaire ou baisse de salaire oui non je ne sais pas
- Prise en charge de la sécurité sociale tardive oui non je ne sais pas
- Nécessité d'équipements ou de modifications du logement coûteux oui non je ne sais pas
- Nécessité d'avoir une aide à domicile oui non je ne sais pas
- Établissement de soin, ou de réadaptation, ou d'enseignement spécialisé coûteux oui non je ne sais pas
- Recours juridiques spécialisés coûteux oui non je ne sais pas

Autres, précisez

Fi. 21. Le cas échéant, acceptez-vous de nous dire qu'elle a été le montant des indemnités reçues

afin que nous puissions faire des analyses statistiques sur celles-ci, ou acceptez-vous que nous nous adressions à votre assurance pour obtenir ces montants ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

Fi. 21.1 Montant des indemnités reçues de la part de la sécurité sociale

_____ Indemnités initiales
_____ Indemnités par mois ou par année



Fi. 21.2 Montant des indemnisations reçues de la part de l'assurance

_____ Indemnisations initiales

_____ Indemnisations annuelles

ou

Fi. 21.3 Nom et adresse de l'assurance qui a réglé votre dossier d'accident

Fi.21.4 Montant des indemnisations reçues de la part des allocations familiales ou de la maison du département

_____ Indemnisations initiales

_____ Indemnisations par mois ou par année

Fi. 22. Pouvez-vous exprimer votre satisfaction ou insatisfaction par rapport aux problèmes d'indemnisation

III. Habitudes de consommation

M1. Durant les douze derniers mois avez-vous pris :

	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	Combien ?	
Des médicaments psychostimulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Lesquels ? _____
Des somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Lesquels ? _____
Des antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Lesquels ? _____
Du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cigarettes/j	
Du vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ verres/j	
De la bière ou du cidre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ verres/j	
Des alcools forts (vodka, whisky, martini....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ verres/j	
Du cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cigarettes	par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/>
Une autre substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ /semaine	Laquelle ? _____

IV. Questionnaire de santé (Général Health Questionnaire) GHQ 12

Nous aimerions savoir si vous avez eu des problèmes médicaux et comment, d'une manière générale vous vous êtes porté (e) au cours du dernier mois. Veuillez répondre à **toutes** les questions, en cochant la réponse qui vous semble correspondre le mieux à ce que vous ressentez.

Rappelez vous que nous désirons obtenir des renseignements sur les **problèmes actuels et récents**, et non pas ceux que vous avez pu avoir dans le passé.

Il est important que vous puissiez répondre à toutes les questions.

Il se peut que vous trouviez que certaines questions aient déjà été posées, mais il est important que je vous les pose d'une autre façon.



Au cours du mois précédent

1. Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout de que vous faites ?	<input type="checkbox"/> mieux que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude	<input type="checkbox"/> moins bien que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup moins bien que d'habitude
2. Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?	<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup plus que d'habitude
3. Vous êtes vous senti(e) capable de prendre des décisions ?	<input type="checkbox"/> plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude	<input type="checkbox"/> moins bien que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup moins bien que d'habitude
4. Vous êtes vous senti(e) constamment tendu(e) ou « stressé(e) » ?	<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup plus que d'habitude
5. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle dans la vie ?	<input type="checkbox"/> plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude	<input type="checkbox"/> moins utile que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup moins utile que d'habitude
6. Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?	<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup plus que d'habitude
7. Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?	<input type="checkbox"/> plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude	<input type="checkbox"/> un peu moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup moins que d'habitude
8. Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?	<input type="checkbox"/> mieux que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude	<input type="checkbox"/> un peu moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup moins que d'habitude
9. Avez-vous été malheureux(se), déprimé(e) ?	<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup plus que d'habitude
10. Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup plus que d'habitude
11. Vous êtes vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?	<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> un peu plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup plus que d'habitude
12. Vous êtes vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré ?	<input type="checkbox"/> plus que d'habitude	<input type="checkbox"/> comme d'habitude	<input type="checkbox"/> un peu moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> beaucoup moins que d'habitude

OK1. D'une façon générale, comment aujourd'hui ressentez vous cet événement accidentel qui vous est arrivé il y a trois ans ? Si vous avez des difficultés liées à votre accident, qu'est ce qui vous est le plus difficile ?



Questionnaire rempli par :

Entretien dans un centre médical

Entretien à domicile

Autre

Personne qui a répondu au questionnaire :

Le sujet accidenté lui-même

Accompagnant autre

Une autre personne : Proche

Soignant

Pour quelle raison ? _____

Nom du Neuropsychologue : _____

Date de remplissage du questionnaire :

JJ		MM		AAAA			

*Nous vous remercions très chaleureusement
de votre collaboration*