

ESPARR

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

Entretien à 3 ans

(Enfants de moins de 16 ans)

Numéro d'identification ESPARR :

Questionnaire concernant les enfants rencontrés par les neuropsychologues et le médecin – A préparer avant la rencontre, en fonction des informations sur le retour à la vie scolaire à un an. 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



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 aiguë 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

Dr E. Javouhey, pédiatre réanimateur

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

1. LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT ET SA VIE

I. 1 Comment va t'il aujourd'hui, et depuis notre dernier contact il y a deux ans ?

SA 1. Depuis le questionnaire que vous avez rempli il y a deux ans, a t-il été de nouveau hospitalisé pour des suites de l'accident ? oui non je ne sais pas

Si oui,

SA 1.1. Combien de fois | | |

SA 1.2. A t'il eu des interventions chirurgicales en rapport avec l'accident ou ses conséquences (y compris chirurgie esthétique) ? oui non je ne sais pas

Si oui, précisez : _____

SA 2. A votre avis, son état médical est aujourd'hui

Totalement rentré dans l'ordre

Amélioré mais pas rentré dans l'ordre

Stabilisé

Détérioré

Je ne sais pas

SA 3. Pensez-vous que son moral soit encore affecté par l'accident ?

 oui non parfois je ne sais pas

Si oui, précisez :

SA 4. Le sentez-vous plus facilement irritable depuis l'accident ?

 oui non je ne sais pas

Si oui, précisez :

SA 5. A-t-il encore des douleurs dues aux blessures qu'il a eues lors de l'accident ?

 oui non je ne sais pas

Si oui,

SA 5.1. Indiquez nous par une croix dans une des cases le niveau de sa douleur actuelle

Pas de douleur | | | | | | | | | douleur maximale imaginable
A B C D E F G H

Une extrémité correspond à la « douleur maximale envisageable ». Plus la croix est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante. L'autre extrémité correspond à « pas de douleur » : Plus la croix est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante.

SA 5.2. S'agit-il de douleurs :

Permanentes

Spontanées mais non permanentes

Seulement créées dans certaines circonstances

(Par exemple lors de certains mouvements)

SA 5.3. A-t-il besoin de traitement(s) contre la douleur pour se sentir mieux ? :

oui non je ne sais pas

SA 6. Prend-il d'autres médicaments que des antalgiques en relation avec l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez : _____

SA7. Garde-t-il encore des séquelles de ses blessures ?

oui non je ne sais pas

Si oui, lesquelles :

(par exemple : l'impossibilité de faire certains gestes, des crises migraineuses, des crises d'épilepsie, des phobies, des rhumatismes, etc)

SA 7.1. Ces séquelles entraînent-elles un ou des handicaps ?

oui non je ne sais pas

Si oui, lesquels :

SA 7.2. Dans ce cas, comment ressent il aujourd'hui son handicap (indiquez, par une croix dans une des cases, où se situe selon lui son niveau de handicap) ?

pas de handicap | | | | | | | | handicap total
A B C D E F G H



SA 8. Actuellement, votre enfant est-il suivi(e) par un service d'hospitalisation à domicile ou de soins à domicile ou une « équipe mobile » ? oui non je ne sais pas

Si oui,

SA 8.1 De quel type de suivi s'agit-il ?

Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Services d'accompagnement médico-social pour les adultes HANDICAPES (SAMSAH)

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Autres : lesquels :

SA 8.2 Nombre d'heures par semaine |__|__| heures

SA 9. Pendant ces deux ans, que lui est-il arrivé de particulier que vous souhaitez ou qu'il souhaite nous signaler ?

SA 10. A-t-il 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 sa situation scolaire aujourd'hui

Si l'enfant n'avait pas repris ses études lors de l'entretien réalisé il y a deux ans

A cocher par l'enquêteur avant la rencontre avec le patient.

AUJOURD'HUI :

S 1. Quelle est sa situation scolaire aujourd'hui ?

Non scolarisé	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	je ne sais pas <input type="checkbox"/>
En apprentissage	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	je ne sais pas <input type="checkbox"/>
Reprise en milieu ordinaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	je ne sais pas <input type="checkbox"/>
Reprise en milieu adapté	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	je ne sais pas <input type="checkbox"/>

S 1.1 S'il n'a pas repris ses études, précisez la raison :

S 1.2 S'il les a reprises, précisez à quelle date ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JJ	MM	AAAA					

Pour tous :

S 2. L'accident a-t-il modifié son parcours scolaire ?

oui non je ne sais pas

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

S 3. Dans quel type d'établissement est-il aujourd'hui ?

Non scolarisé <input type="checkbox"/>	Lycée professionnel <input type="checkbox"/>
Ecole Maternelle <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Ecole Primaire <input type="checkbox"/>	(par exemple : enseignement à domicile, institution spécialisée)
Collège général <input type="checkbox"/>	Précisez :
Lycée général <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>

S 4. Dans quelle classe est-il actuellement ?

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



S 5. A t'il redoublé ?

oui non je ne sais pas

Si oui, quand et quelle classe ? :

S 6. S'il a repris en milieu ordinaire, ya-t'il eu un plan d'intégration (PAI ou autre) ?

oui non je ne sais pas

Si oui, depuis quand ? :

 | | | | | | | | | | |
 J J M M A A A A

S 7. Le temps scolaire a-t-il été aménagé ?

oui non je ne sais pas

S 8. Pouvez-vous nous dire si vous avez l'impression qu'il a actuellement des difficultés dans ses études

(Mettre une croix dans la case 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 8.1. S'il a des difficultés, pensez-vous 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 9. L'accident a-t-il modifié ses projets d'avenir professionnel ?

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions :

S 10 Avez-vous l'impression que ses relations avec les autres élèves ou les enseignants sont différentes de celles qu'il avait avant l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions :

I-3 La qualité de vie et le bien-être de votre enfant

ATTENTION : au cours de ces 4 DERNIERES SEMAINES

Dans les pages qui suivent nous vous posons des questions sur la SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE VOTRE ENFANT.

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 votre enfant n'a 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 du cas de votre enfant et mettez une explication dans la marge. Vous pouvez en mettre autant que vous le désirez.

Pour chaque section, lisez l'ensemble des questions avant de répondre à chacune d'elle.

Q 1 - Dans l'ensemble, vous diriez qu'en ce moment la santé de votre enfant est :

Excellente	Très bonne	Bonne	Pas très bonne	Mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes portent sur les activités physiques que votre enfant peut avoir à faire au cours d'une journée.

Q 2- Au cours des 4 dernières semaines, votre enfant a-t-il eu des difficultés pour faire les choses suivantes, à cause de sa santé.

	Beaucoup	Modérément	Un peu	Pas du tout
a) Faire des choses qui demandent beaucoup d'énergie, comme par exemple jouer au football, au basket, au tennis ou courir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Faire des choses qui demandent un peu d'énergie, comme par exemple faire de la danse ou du patin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Se déplacer dans le quartier, près de chez vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Marcher un peu ou monter un étage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Se baisser, se relever ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Manger ou s'habiller, se laver ou aller aux toilettes tout seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Q 3. Au cours des 4 dernières semaines, votre enfant a-t-il eu des difficultés, à cause de son comportement, pour :

	Beaucoup	Modérément	Un peu	Pas du tout
a) Participer à certaines activités scolaires ou extrascolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Passer autant de temps que d'habitude à ses activités scolaires ou extrascolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tout simplement faire ses activités scolaires ou extrascolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q 4. Au cours des 4 dernières semaines, votre enfant a-t-il eu des difficultés, à cause de problèmes de santé physique, pour :

	Beaucoup	Modérément	Un peu	Pas du tout
a) Faire certaines activités scolaires ou extrascolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Passer autant de temps que d'habitude à ses activités scolaires ou extrascolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q 5. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant a-t-il eu mal quelque part ?

Pas du tout	Un petit peu	Un peu	Moyennement	Très mal	Énormément
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q 6. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant a-t-il souvent eu mal quelque part ?

Jamais	Une ou deux fois	Quelquefois	Assez souvent	Très souvent	Tous les jours ou presque
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voici une liste de façons de se comporter, d'attitudes ou de problèmes que des enfants ou des jeunes peuvent avoir.

Q 7. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant :

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
a) S'est-il opposé aux autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) A-t-il eu du mal à se concentrer, à être attentif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A-t-il menti ou triché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) A-t-il volé quelque chose à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) A-t-il fait des colères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q 8. Comparé à d'autres enfants du même âge, diriez-vous que, d'une manière générale, la façon de se comporter de votre enfant est :

Excellente	Très bonne	Bonne	Pas très bonne	Pas bonne du tout
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions qui suivent portent sur des choses que des jeunes peuvent ressentir.

Q 9. Au cours des 4 dernières semaines, votre enfant :

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
a) A-t-il eu envie de pleurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) S'est-il senti seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A-t-il été nerveux, agité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) A-t-il été inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) A-t-il eu du plaisir à faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les enfants ont une plus ou moins bonne opinion d'eux-mêmes, de l'école et des autres. Donnez votre avis sur ce que ressent votre enfant.



Q 10. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant a-t-il été content :

	Très content	Assez content	Ni content, ni mécontent	Pas très content	Pas content du tout
a) de son travail scolaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) de ce qu'il est capable de faire en sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) de la façon dont il s'entend avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) de son physique, de son allure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) de ses relations avec sa famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) de sa vie en général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les phrases suivantes portent sur la santé de votre enfant en général.

Q 11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses

	Tout à fait vrai	Assez vrai	Ni vrai, ni faux	Plutôt faux	Complètement faux
a) Mon enfant semble être en moins bonne santé que les enfants de son âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mon enfant a toujours été en bonne santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mon enfant attrape toutes les maladies qui passent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Je pense que, plus tard, mon enfant vivra en bonne santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Je me fais plus de soucis pour la santé de mon enfant que les autres parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q 12. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous l'état de santé de votre enfant en ce moment ?

Bien meilleur	Plutôt meilleur	A peu près pareil	Plutôt moins bon	Beaucoup moins bon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q 13. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure les choses suivantes vous ont-elles inquiété(e) ou soucie(e) ?

	Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
a) la santé physique de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) l'état affectif, psychologique ou le comportement de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) la capacité de votre enfant à être attentif, et à apprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q14. Au cours des 4 dernières semaines, les choses suivantes ont-elles réduit le temps que vous consacrez habituellement à vos activités personnelles ?

	Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
a) la santé physique de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) l'état affectif, psychologique ou le comportement de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) la capacité de votre enfant à être attentif, et à apprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q 15. Au cours des 4 dernières semaines, la santé ou le comportement de votre enfant

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
a) vous ont-ils empêché de faire certaines choses en famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ont-ils interrompu des choses que vous faites en famille (repas, regarder la télé, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) vous ont-ils empêché de faire en famille des choses décidées au dernier moment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ont-ils provoqué des tensions ou des disputes à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ont-ils été une cause de désaccord profond au sein de votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) vous ont-ils obligé à changer ou annuler à la dernière minute des projets personnels ou professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Q 16. Il arrive qu'en famille on ait du mal à s'entendre. On n'est pas d'accord et on se met quelquefois en colère.

Dans votre famille, de quelle façon vous entendez-vous ?

Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne	Pas bonne du tout
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q 17. Votre enfant a-t-il été examiné par quelqu'un à l'école, dans une clinique ou un cabinet médical avant son accident :

	Oui	Non
a) Pour des blessures suite à un accident antérieur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Parce qu'il faisait pipi au lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A cause de douleurs au niveau de la poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Parce qu'il était en diarrhée ou était constipé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Parce qu'il se fatiguait vite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Parce qu'il avait mal à la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Parce qu'il n'avait pas d'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Parce qu'il faisait des cauchemars, qu'il avait du mal à s'endormir ou à rester endormi(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Parce qu'il avait mal au ventre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OK 1. D'une façon générale, comment aujourd'hui votre enfant vit-il cet événement accidentel qui est arrivé il y a trois ans ? S'il a des difficultés liées à son accident, qu'est ce qui lui est le plus difficile ?

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

E 1. Actuellement, la situation familiale de l'enfant est :

Parents mariés ou vivant maritalement

Parents divorcés ou séparés

Parent célibataire

Parent veuf

Autre situation

Précisez :

Je ne sais pas

E 2. Si l'enfant ne vit pas avec ses deux parents, quel est aujourd'hui son mode de vie ?

Avec sa mère

Avec son père

Garde alternée

Avec ses grands parents

Autre mode de vie

Précisez :

E 3. Quel est le lieu de résidence actuel de votre enfant ?

Dans le même logement qu'il y a deux ans

Dans un logement autre que celui occupé il y a deux ans ...

Chez des personnes de la famille

Chez des amis

En institution spécialisée

En centre de rééducation

Autre

E 4. Pensez-vous aujourd'hui que son entourage ressent encore des conséquences de l'accident ?

oui

non

je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous nous expliquer :

E 4.1 Concernant vous-même, pouvez-vous dire si l'accident de votre enfant a :

	Nettement amélioré	Plutôt amélioré	Pas modifié	Plutôt détérioré	Nettement détérioré
Votre vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre vie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations avec votre conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E 5. En général, avez-vous l'impression que votre enfant se sente isolé ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

E 5.1 Est-ce au niveau de

ses relations avec ses copains, amis

ses relations avec ses frères et sœurs

ses relations familiales avec vous

Vous pouvez ajouter un commentaire :

E 6. En général, avez-vous l'impression que votre enfant se sente isolé ?

oui non je ne sais pas

E 7. A-t-il des difficultés à établir de nouveaux contacts ?

oui non je ne sais pas

E 8. Avez-vous le sentiment qu'il se sente « surprotégé » par son entourage ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

E 8.1 Est-ce que cela lui pèse ?

oui non je ne sais pas

E 9. A-t-il confiance en lui ?

oui

non

je ne sais pas

Si non pourquoi ?

E 10. Avez-vous l'impression que ses difficultés sont mal perçues par son entourage ?

oui

non

je ne sais pas

E 11. Quels seraient ses souhaits, ses besoins ?

2. RÉPERCUSSIONS FINANCIÈRES

II. 1 En ce qui concerne la sécurité sociale

Fi. 1. Votre enfant bénéficie t'il

D'une prise en charge à 100 % (ALD ou non) oui non je ne sais pas
De la couverture maladie universelle (CMU) oui non je ne sais pas
D'un secours CPAM ou d'autres secours oui non je ne sais pas

Fi. 2. Avez-vous reçu des ITT (indemnités temporaires) de la part de la Sécurité sociale ?

oui non je ne sais pas

Si oui

Fi. 2.1. Pendant combien de temps ? jours

Fi. 3. A quelle date, l'état de santé de votre enfant a-t-il été reconnu comme consolidé par la sécurité sociale ?

JJ MM AAAA

Ou pas encore consolidé

Fi. 4. Une incapacité permanente (IPP) a-t-elle été déterminée ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

Fi. 4.1 Quel taux d'IPP a été retenu ? %

Fi. 5. Votre enfant a-t-il une pension d'invalidité de la part de la sécurité sociale ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

Fi. 5.1 Quelle catégorie ? 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème}

Autre _____

Fi. 6. 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

Fi. 7. A quelle date s'est faite la transaction ou la dernière décision judiciaire ?

JJ		MM		AAAA			

Ou pas encore réglé

Fi. 8. Avez-vous reçu une provision avant la consolidation de son état de santé ?

oui

non

je ne sais pas

Fi. 9. Si la décision d'indemnisation a été faite, le règlement avec l'assurance s'est-il fait

Fi. 9.1 Par transaction à l'amiable ?

oui

non

je ne sais pas

Fi. 9.2 Après recours judiciaire ?

oui

non

je ne sais pas

Si oui à quel niveau :

Fi. 9.2.1 décision judiciaire de premier degré

oui

non

je ne sais pas

Fi. 9.2.2 décision judiciaire après appel

oui

non

je ne sais pas

Si oui, à quel tribunal ?

Civil

Pénal

Administratif

je ne sais pas

Fi.10. Une incapacité permanente (IPP) a-t-elle été déterminée par l'expertise ?

oui

non

je ne sais pas

Si oui,

Fi. 10.1 Quel taux d'IPP a été retenu ? |__|__|

Fi. 10.2 Votre enfant a-t-il reçu :

Une rente d'IPP ?

Un capital ?

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

Fi. 11. A-t-il reçu une indemnisation pour

- Pretium doloris (gravité de la souffrance endurée) Quel degré ? |_|_|
- Préjudice esthétique Quel degré ? |_|_|
- Préjudice d'agrément
- Aménagement de logement
- Frais d'appareillage
- Frais d'aménagement de véhicule
- Frais de tierce personne
- Autres indemnités

Précisez lesquelles ?

Fi. 12. Ses proches ont-ils reçu également une indemnisation ?

oui non je ne sais pas

Si oui, de quel type ?

Fi. 13. Des frais médicaux sont-ils encore à prévoir ?

oui non je ne sais pas

Fi. 14. Êtes-vous satisfait du montant de l'indemnisation ?

oui non je ne sais pas

Fi.15. Que pouvez-vous nous dire à propos de l'intervention de l'assurance sur le dossier de votre enfant

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



II. 3 En ce qui concerne les prestations familiales

Fi. 16. Recevez-vous une allocation pour enfant handicapé ?

oui

non

je ne sais pas

Si oui

Fi. 16.1 Date de début :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JJ		MM		AAAA			

Fi. 16.2 Encore en cours

oui

non

je ne sais pas

Fi. 16.3 Si non date de fin :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JJ		MM		AAAA			

Fi. 17. Recevez-vous une allocation pour une tierce personne ?

oui

non

je ne sais pas

et/ou

Fi. 18. Recevez-vous une prestation de compensation du Handicap ?

oui

non

je ne sais pas

Fi. 19. Recevez-vous une autre allocation ?

oui

non

je ne sais pas

Si oui, laquelle ?

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 indemnités reçues de la part de l'assurance

_____ Indemnités initiales
_____ Indemnités annuelles
ou

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

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

_____ Indemnités initiales
_____ Indemnités par mois ou par année

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



III. Famille

Nous souhaiterions maintenant avoir la possibilité de discuter avec vous mais aussi différentes personnes de votre famille (toute personne ayant un lien affectif votre enfant, autre qu'amical, et étant amené à s'occuper de lui), ainsi qu'avec votre enfant lui même, pour savoir comment se sont passées ces trois années pour vous et eux. .

FA. 1. Êtes-vous d'accord pour que nous donnions la possibilité à votre enfant ainsi qu'aux personnes proches de lui de s'exprimer, et de nous raconter le vécu de ces dernières années ?

oui

non

je ne sais pas

FA. 2 Précisez nous les personnes de son entourage, autre que vous, susceptibles de nous rencontrer (toute personne ayant un lien affectif avec vous) :

FA. 3 Quelle est selon votre enfant la personne parmi celles mentionnées ci-dessus, qui lui apporte le plus d'aide dans votre vie quotidienne

FA.4 Quelle est selon vous la personne parmi celles mentionnées ci-dessus, qui apporte le plus d'aide à votre enfant dans sa vie quotidienne

FA. 5 En quoi pensez-vous que cette personne soit celle qui l'accompagne le plus :

Questionnaire rempli par :

Entretien dans un centre médical

Entretien à domicile

Autre

Personne qui a répondu au questionnaire :

La mère de l'enfant

L'enfant seul

Le père de l'enfant

L'enfant avec un de ses parents

Autre proche Précisez :

Pour quelle raison ? _____

Nom du Neuropsychologue : _____

Date de remplissage du questionnaire :

JJ		MM		A A A A			

**Nous vous remercions très chaleureusement
de votre collaboration**