



Institut National de Recherche  
sur les Transports et leur Sécurité



Hospitiaux de Lyon



Université Claude Bernard  
Lyon 1

«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

# ESPARR

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

*Evaluation à 3 ans*

*Enfants de moins de 16 ans*

Merci de bien vouloir compléter le document pour votre  
enfant et nous le renvoyer à l'aide de l'enveloppe déjà  
affranchie ci-jointe



## I. L'ETAT DE SANTE DE VOTRE ENFANT AUJOURD'HUI

SA.1 Au sujet de l'état de santé de votre enfant à ce jour (merci de cocher la case correspondant à votre situation)

- Son état de santé à ce jour est bon, et il n'a plus aucune séquelle de cet accident  
 Son état de santé à ce jour est dégradé, pour des raisons indépendantes de l'accident  
 Son état de santé à ce jour est dégradé, pour des raisons en relation indirecte avec l'accident.

SA2. Si son état de santé est dégradé, pouvez vous nous indiquer ci-dessous pour quelles raisons ? (que ce soit en relation ou non avec l'accident)

---

---

---

---

## II. REPERCUSSIONS FINANCIERES

### 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, pendant quelle durée ?            | jours

Fi.2. A quelle date l'état de santé de votre enfant a-t-il été reconnu comme consolidé par la sécurité sociale ?

                     Ou pas encore consolidé

Fi.3. Une incapacité permanente partielle (IPP) a-t-elle été déterminée ?

- oui       non       je ne sais pas

Si oui :

Fi6.1 Quel taux d'IPP a été retenu ?        | %

Fi6.2 Votre enfant a-t-il reçu :

Une rente d'IPP ? .....

Un capital ? .....

Fi.4. Que pouvez-vous nous dire à propos de l'intervention de la sécurité sociale sur le dossier de votre enfant ?

---

---

---

---

## II.2 En ce qui concerne les assurances

Fi.5. A quelle date s'est faite la transaction ou la dernière décision judiciaire ?

    |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|\_|\_|  Ou  pas encore réglé

Fi.6. Le règlement avec l'assurance s'est-il fait

Fi.6.1 Par transaction à l'amiable ?            oui        non  je ne sais pas

Fi.6.2 Après recours judiciaire ?            oui  non  je ne sais pas

*Si oui* à quel niveau

Fi.6.2.1 décision judiciaire de premier degré    oui  non  NSP

Fi.6.2.2 décision judiciaire après appel    oui  
    non  
    je ne sais pas

*Si oui*, à quel tribunal ?

civil  
 pénal  
 administratif  
 je ne sais pas

Fi.7. Avez-vous reçu pour votre enfant une indemnisation pour (cocher la ou les cases qui correspondent à votre situation)

Pretium doloris (gravité de la souffrance endurée) .....  Quel degré ? ..... /7

Préjudice esthétique.....  Quel degré ? ..... /7

Préjudice d'agrément.....

Autres indemnités .....

*Précisez lesquelles ?*

---

---

Fi.8 Etes-vous satisfait du montant de l'indemnisation ?

oui            non            je ne sais pas

Fi.9 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 votre situation par l'assurance) ?

---

---

---

Fi.10 Le cas échéant, acceptez-vous de nous dire quel 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 :

Montant des indemnités reçues de la part de l'assurance

\_\_\_\_\_

Ou      Nom et adresse de l'assurance qui a réglé votre dossier d'accident

---

---

---

Questionnaire rempli par :

Auto questionnaire       Entretien dans un centre médical

Téléphone       Autre

Personne qui a répondu :

La mère de l'enfant

Le père de l'enfant

Une autre personne de la famille de l'enfant (précisez)

Si le questionnaire a été rempli par un enquêteur : Nom de l'enquêteur \_\_\_\_\_

Date de remplissage du questionnaire

JJ	MM	AAAA							

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