

Numéro d'identification ESPARR:



Hôpitaux de Lyon



«ESPARR» UMRESTTE INRETS - 25 avenue François Mitterrand - Case 24 - 69675 Bron Cedex - Tél : 04 72 14 25 13
*Investigateur Principal : 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

Cahier d'entretien à 6 mois adultes (16 ans et plus)

Si vous préférez répondre à ce questionnaire par téléphone :

Nous vous remercions de bien vouloir cocher la case ci-dessous et nous renvoyer le questionnaire tel quel dans l'enveloppe jointe (vous n'avez pas besoin de l'affranchir), après avoir vérifié et complété les indications portées sur la page de couleur verte jointe dans le questionnaire.

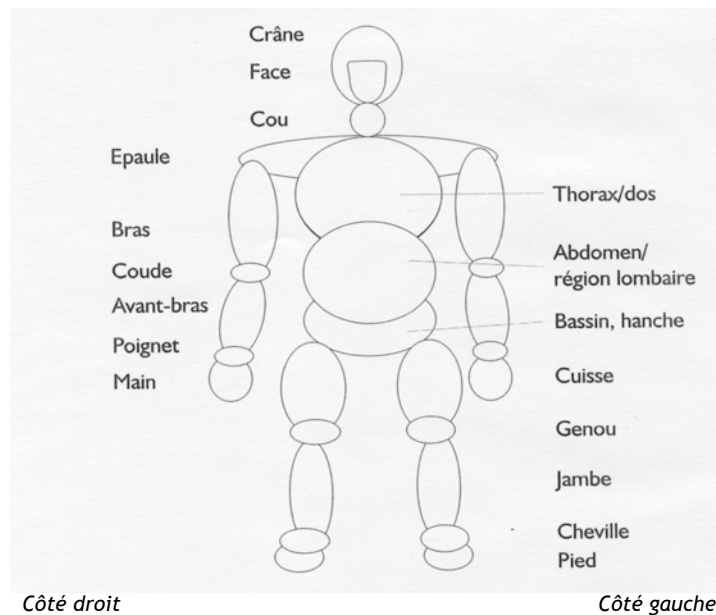
Téléphone

I- DONNEES MEDICALES

I-1 Suites immédiates de l'accident

Cette première partie concerne les suites immédiates de l'accident, c'est-à-dire la période allant de l'accident à votre retour à domicile

M1. Indiquez, à l'aide de croix sur le dessin du corps, les zones où vous avez été blessé (e) :



M2. Vous souvenez vous de l'accident ?

oui non

Si non,

M2-1 Quelle est la durée de votre perte de mémoire autour de l'accident ?

- Moins d'une heure
- Plus d'une heure mais moins d'un jour
- Plus d'un jour mais moins d'une semaine
- De une à quatre semaines.....
- Un mois et plus.....
- Je ne sais pas.....

M3. Avez-vous été hospitalisé (e) ?

oui non je ne sais pas

Si vous n'avez pas été hospitalisé(e), passez directement à la question SA1, page 6.

Si vous avez été hospitalisé(e), merci de répondre aux questions suivantes :

HOSPITALISATIONS

M4. Pouvez vous nous indiquer dans quels services médicaux ou chirurgicaux vous avez séjourné - précisez les noms des hôpitaux ou cliniques :

Périodes	Service (ex : urgences, chirurgie, pavillon G, etc...)	Médecin responsable	Nom de l'hôpital, de la clinique ou du centre de rééducation
Du..... Au.....			
Du..... Au.....			
Du..... Au.....			
Du..... Au.....			

M5. Vos blessures ont-elles nécessité des opérations ?

oui non je ne sais pas

Si oui combien **lesquelles :**

.....

M6. Avez-vous eu des complications médicales ?

(par exemple : infection nosocomiale, embolie....)

oui non je ne sais pas

Si oui lesquelles :

.....

.....

A partir de 16 ans

M7. A votre sortie des services de soins, êtes vous :

Rentré(e) chez vous

Si oui à quelle date.....

JJ		MM		AAAA					

Allé(e) dans un centre de rééducation ou réadaptation

Précisez le nom de l'institution :

Autre destination

Précisez :

M8. Si vous êtes allé(e) en service de rééducation fonctionnelle, combien de temps a duré votre séjour ?

Nombre de jours jours

ou Nombre de semaines semaines

ou Nombre de mois..... mois

Toujours en cours.....

Je ne sais pas.....

M9. Si vous n'êtes pas rentré(e) chez vous, où habitez-vous actuellement ?

Chez des parents, de la famille

Chez des amis

En institution



Précisez le type d'institution ?

Toujours en centre de rééducation

Dans un foyer d'accueil médicalisé

Dans une maison d'accueil médicalisé.....

Dans un foyer occupationnel (à temps complet) ...

Dans une Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation professionnelle (UJEROS)

Dans un centre de pré-orientation professionnelle .

Autre

I-2 Etat de santé actuel

SA1. A votre avis, votre état médical est aujourd'hui

- Totalement rentré dans l'ordre
- Amélioré mais pas rentré dans l'ordre
- Stabilisé
- Détérioré.....
- Je ne sais pas.....

SA2. Avez-vous encore des douleurs ?

- oui non je ne sais pas

Si oui

SA2-1. Indiquez nous par une croix dans une des cases le niveau de votre 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.

SA2-2. S'agit-il de douleurs

- Permanentent
- Spontanées mais non permanentes
- Seulement créées dans certaines circonstances.....
(par exemple lors de certains mouvements)

SA2-3. Avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

- oui non je ne sais pas

SA3. Avez-vous gardé une ou des séquelles physiques de vos blessures ?

- oui non je ne sais pas

Si oui lesquelles :

.....

.....

A partir de 16 ans

Vous allez maintenant trouver une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. L'événement éventuellement stressant dont nous parlons ci dessous était votre accident.

Lisez chaque problème avec soin.

Mettez une croix dans la case de la colonne pour marquer à quel point vous avez été perturbé(e) par votre accident au cours du mois qui vient de s'écouler.

SA4. Est-ce qu'il vous est arrivé au cours de ce dernier mois :

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
D'être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De brusquement agir ou vous sentir comme si l'accident se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vous sentir bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'éviter de penser ou de parler de l'accident ou éviter les sentiments en relation avec lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'avoir des difficultés à vous souvenir de parties importantes de l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'avoir perdu tout intérêt à des activités qui, avant, vous faisaient plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vous sentir distant(e) (loin) ou coupé(e) des autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P2. Vous étiez étudiant(e) au moment de l'accident,

oui non

Si oui,

P2-1. Avez-vous interrompu vos études en raison de votre accident ?

oui non je ne sais pas

Si vous avez interrompu vos études,

✓ A quelle date les avez-vous reprises (date du retour au collège, au lycée, à la fac...)?

JJ		MM		AAAA					

✓ Si vous n'avez pas encore repris vos études, cochez cette case

P3. Si vous étiez dans une autre situation au moment de l'accident :

Cochez cette case

P4. Décrivez, en quelques mots quelle est votre situation actuelle :

.....
.....
.....

III - VOTRE OPINION SUR LA PRISE EN CHARGE

Nous allons maintenant vous poser un certain nombre de questions relatives à la façon dont vous avez vécu votre passage dans les services de soins, votre sentiment par rapport à la qualité de la prise en charge, la qualité de la continuité des soins. Vous avez déjà répondu à quelques questions lors du questionnaire initial. Maintenant nous souhaitons avoir votre opinion, à distance de l'accident, sur la prise en charge hospitalière en général et en rééducation s'il y a eu lieu.

Votre opinion est importante pour nous aider à faire évoluer la prise en charge des victimes d'accidents : en aucun cas, votre avis personnel ne sera transmis aux établissements concernés : nous ne leur donnerons que des informations sous forme de données statistiques.

A partir de 16 ans

OK1. Au cours de votre (ou de vos) séjour(s) dans les services de soins médicaux (ou chirurgicaux), que diriez vous en terme de qualité : *On ne parle pas dans cette question des éventuels séjours en centre de rééducation (les cases vides vous permettent de mettre ce que vous voulez ajouter à la liste déjà établie)*

Qualité	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Je ne sais pas	Non concerné(e)
Du relationnel avec le personnel hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la compétence pour les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'environnement au sein du service (bruit, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'hôtellerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En terme de délai pour passer d'un service hospitalier à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En terme de connaissance de votre dossier médical par les différents intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En terme de suivi médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De suivi de la rééducation par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En terme d'informations sur la suite des soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle que soit la réponse vous pouvez préciser :
.....
.....

Si vous êtes allé(e) dans un service de rééducation ou réadaptation,
merci de répondre aux questions suivantes.

Si non passez directement à la question OK4 page 12.

A partir de 16 ans

OK2. Le délai de placement dans ces centres vous a-t-il paru long ?

oui non je ne sais pas

OK3. En ce qui concerne ce centre, êtes-vous (en terme de satisfaction)

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Je ne sais pas
De la qualité relationnelle avec le personnel de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la compétence en terme de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des équipements techniques mis en œuvre pour la rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation de la rééducation (horaires, disponibilité des équipements, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accessibilité du site pour vos proches (distance, facilité d'accès...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des locaux (chambres, salles de rééducation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'environnement au sein du service (bruit, ...etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des ressources non médicales disponibles (animation heures de loisirs, bibliothèque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'environnement extérieur (jardin ou parc, possibilité de sortir et de se promener dans les environs immédiats...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'hôtellerie	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle que soit la réponse vous pouvez préciser :

.....

A partir de 16 ans

OK4. A votre retour à domicile, des relais de prise en charge (médecin traitant, soins à domicile, etc.) ont-ils été mis en place?

- non concerné(e)
 oui non je ne sais pas

OK5. Si oui, en avez-vous été :

- Très satisfait
Plutôt satisfait
Plutôt insatisfait
Très insatisfait
Je ne sais pas.....

Vous pouvez ajouter un commentaire :
.....
.....
.....

OK6. Si vous n'avez pas eu de relais de prise en charge, cela vous aurait-il aidé d'en avoir ?

- oui non je ne sais pas

OK7. Après votre retour à domicile, avez-vous demandé ou vous a-t-on proposé une aide psychologique ?

- non concerné(e) (passez à OK8)
 oui (répondez à OK7-1)
 non (répondez à OK7-2)
 je ne sais pas (passez à OK8)

Si oui

OK7-1. A-t-elle été effectivement réalisée ?

oui non je ne sais pas

Si vous avez bénéficié d'un accompagnement psychologique, pensez vous qu'il vous a été

- Très bénéfique
- Plutôt bénéfique
- Sans effet.....
- Plutôt déstabilisant
- Très déstabilisant
- Je ne sais pas

Précisez le type d'aide

.....

Vous pouvez ajouter d'autres précisions :

.....

Si non

OK7-2. Pensez vous qu'une aide psychologique vous aurait été bénéfique ?

oui non je ne sais pas

OK8. Quelles informations avez-vous reçues après votre accident (démarches administratives, juridiques, assurance, indemnisation, ...) ?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

OK9. Qui vous a fourni cette information ?

1.
2.
3.
4.

A partir de 16 ans

OK10. A propos de l'information qui vous a été apportée sur les démarches à faire après l'accident, vous diriez que vous en êtes :

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait
- Je ne sais pas.....

Quelle que soit la réponse précisez la raison :
.....

OK11. Avez-vous porté plainte après l'accident (suites juridiques...) ?

- oui
- non, et je ne vais pas le faire
- non, mais je vais le faire
- je n'ai pas encore décidé
- je ne sais pas

Si oui, précisez (devant quelles instances ...) :

.....
.....
.....
.....
.....

OK12. Pouvez vous nous apporter des informations sur d'autres aides dont vous avez bénéficié ?

.....
.....
.....

OK13. Selon vous, auriez-vous eu besoin d'autre chose que vous n'avez pas eu ?

.....
.....
.....

OK14. Avez-vous d'autres remarques sur l'accident et la façon dont on s'est occupé de vous ?

.....
.....
.....
.....

Questionnaire rempli par :

Auto questionnaire

Entretien dans un centre médical

Entretien téléphonique

Autre

Personne qui a répondu au questionnaire

Le sujet accidenté lui-même

Une autre personne :

Proche

Soignant

Accompagnant autre

⇒ pour quelle raison ?

Date de remplissage du questionnaire

JJ	MM	AAAA							

Ce questionnaire est terminé. Merci de vérifier que vous n'avez pas oublié des pages ou des questions. Renvoyez nous votre questionnaire à l'aide de l'enveloppe ci-jointe : vous n'avez pas besoin de la timbrer.

NOUS VOUS REMERCIONS TRES CHALEUREUSEMENT DE VOTRE COLLABORATION.

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

A partir de 16 ans

Ce carnet a été élaboré par une équipe de recherche de l'UMRESTTE (Unité Mixte de Recherche Epidémiologique et de surveillance Transport Travail Environnement) et par l'équipe de médecins du service de médecine physique et de réadaptation de l'Hôpital Henry Gabrielle.

Une des missions de ce laboratoire de recherche est d'améliorer la connaissance et l'évaluation de la traumatologie accidentelle et de sa prévention.

L'UMRESTTE bénéficie de personnels de culture très variée, tant dans leur formation (médecins, ingénieurs, statisticiens,...) que dans leur origine (INRETS, INSERM, CNRS, Université, Hospices Civils de Lyon, ...).

L'UMRESTTE a créé un partenariat privilégié avec l'ARVAC (Association pour le Registre des Victimes d'Accidents de la Circulation) qui est implantée dans tous les services hospitaliers publics et privés de soins et de rééducation du département du Rhône pour le signalement et le recueil de données concernant les victimes de la circulation routière dans le département. Plusieurs médecins hospitalo-universitaires de ces services font partie de l'UMRESTTE, et nous font profiter de leur expérience et de leur connaissance clinique.

Sont impliqués dans cette recherche :

Docteur Martine Hours, médecin épidémiologiste, chargée de recherche, UMRESTTE

Pierrette Charnay, ingénieur d'étude UMRESTTE, coordinateur du projet (tél : 04 72 14 25 13)

Docteur Bernard Laumon, médecin épidémiologiste, directeur de recherche, UMRESTTE

Docteur Etienne Javouhey, médecin réanimateur pédiatre, Hospices Civils de Lyon et UMRESTTE

Professeur Daniel Floret, médecin pédiatre, Hospices Civils de Lyon et UMRESTTE

Professeur Dominique Boisson, médecin rééducateur, Hospices Civils de Lyon

Docteur Jacques Luauté, médecin rééducateur, Hospices Civils de Lyon

Docteur Pierre-Olivier Sancho, médecin rééducateur, Hospices Civils de Lyon

Chaque investigateur a derrière lui de nombreuses années d'expérience soit dans le domaine de la recherche clinique (D. Boisson, D. Floret, E. Javouhey, J. Luauté, PO Sancho), soit en épidémiologie (M. Hours, P. Charnay, B. Laumon).