

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 1 an (0 à 14 ans compris)

Ce questionnaire concerne votre enfant qui a eu un accident il y a 1 an.
Vous avez alors accepté qu'il participe à l'étude ESPARR.

Merci de bien vouloir le remplir et nous le renvoyer à l'aide de l'enveloppe
déjà affranchie ci-jointe

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

COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE

- ✓ Il faut lire attentivement la totalité de la question avant de répondre.
- ✓ Pour beaucoup de questions, vous trouverez des petites cases ; Répondez en mettant une croix à l'intérieur. Pour chaque question, il est indispensable que vous cochiez l'une des cases proposées.

Exemple : oui non ne sais pas non concerné.

- ✓ Si vous ne savez pas répondre, cochez la case « ne sais pas ».
- ✓ Lorsqu'une question ne le concerne pas, cochez la case « non concerné », et passez à la question suivante ou à celle qui vous est signalée.
- ✓ Sauf indication contraire, cochez une seule case, celle qui vous semble correspondre le mieux à la réponse que vous auriez donnée oralement.

Exemple :

École maternelle école primaire Collège général

- ✓ Dans certains cas la réponse est une date à indiquer dans les cases

Exemple pour écrire le 24 novembre 1998

2	4	1	1	1	9	9	8
---	---	---	---	---	---	---	---

JJ= JOUR MM= MOIS AAAA= ANNEE

Si vous ne connaissez pas le jour, sautez les cases JJ et écrivez le mois dans les cases MM et l'année dans les cases AAAA

- ✓ Quand une question comporte plusieurs cases pour mettre un nombre, mettre le chiffre des unités le plus à droite possible même quand il n'y a pas de chiffre de dizaine et de chiffre de centaine

Par exemple : 5 jours d'hospitalisations seront écrits

		5
--	--	---

 jours ou

0	0	5
---	---	---

- ✓ Dans certains cas il vous est demandé de vous situer sur une échelle en faisant une croix entre deux extrêmes

Exemple : Indiquez par une croix sur la ligne le niveau d'intensité de la douleur actuelle que votre enfant semble ressentir

pas de douleur |

--

 |

--

 |

--

 |

--

 |

X

 |

--

 |

--

 |

--

 | douleur maximale imaginable

la case cochée en E signifie qu'il a plutôt mal

- ✓ Merci de bien répondre à toutes les questions même si certaines questions peuvent vous paraître redondantes, déjà posées. En fait, elles sont toutes différentes.

Si vous ne comprenez pas une question, merci de l'indiquer dans la marge

I. SITUATION ACTUELLE

I.1 Son état de santé actuel

SA1. Depuis le questionnaire envoyé il y a six mois, de nouvelles hospitalisations ont-elles été nécessaires ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

SA1.1. Nombre d'hospitalisations

SA1.2. Une nouvelle intervention chirurgicale, en rapport avec l'accident ou ses conséquences, a-t-elle dû être réalisée (y compris chirurgie esthétique) ?

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez :

SA1.3. Quelle a été la durée totale de ces nouvelles hospitalisations ?

Services de soins (médicaux ou chirurgicaux) jours

Services de rééducation ou réadaptation jours

SA2. D'autres interventions (hospitalisations, chirurgie) sont elles à prévoir ?

oui non je ne sais pas

Si oui, lesquelles :

SA3. Votre enfant a-t-il encore un traitement médicamenteux en relation avec l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui précisez :

SA4. A votre avis, l'état médical de votre enfant est-il aujourd'hui ?

- ◆ Totalemment rentré dans l'ordre
- ◆ Stabilisé
- ◆ Détérioré
- ◆ Amélioré mais pas rentré dans l'ordre
- ◆ Je ne sais pas

SA5. Combien de temps, selon vous, la consolidation de son état physique a-t-elle nécessité?

Moins de 1 mois

De 1 à 6 mois

De 6 à 12 mois

- Pas encore consolidé
- Je ne sais pas.....

SA6. Pensez-vous que le moral de votre enfant ait été affecté par l'accident ?

- oui non je ne sais pas

Si oui, pendant combien de temps ?

- Moins de 1 mois
- De 1 à 6 mois
- De 6 à 12 mois
- Plus de 1 an

SA7. Actuellement, est-il suivi par un service d'hospitalisation ou de soins à domicile ou par une « équipe mobile » ?

- oui non je ne sais pas

Si oui, quel type de suivi ?

- Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).....
- Autres : lesquels :.....

SA8. Votre enfant a-t-il encore des douleurs ?

- non → passez à la question SA9
- oui je ne sais pas

Si oui,

SA8.1 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.

SA8.2_S'agit-il de douleurs ?

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

SA8.3 A-t-il besoin de traitements contre la douleur pour se sentir bien ?

- oui non je ne sais pas

Au cours des dernières semaines,

		Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Bien plus que d'habitude
SA9	A-t-il eu des douleurs à la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA10	S'est-il senti(e) à plat et pas dans son assiette, (« mal fichu(e) »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA11	A-t-il ressenti des vertiges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA12	A-t-il eu des difficultés de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA13	A-t-il été sensible à la lumière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA14	A-t-il été sensible au bruit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA15	A-t-il eu des difficultés à réfléchir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SA16. A-t-il eu des maladies « déclenchées » ou « révélées » par l'accident ou les blessures (par exemple diabète, ...) ?

oui non je ne sais pas

Si oui, lesquelles :

.....

.....

.....

SA17. A t'il gardé une ou des séquelles physiques de ses blessures ?

non *passez à la question H1 page 7*

oui je ne sais pas

Si oui, lesquelles :

SA17.1 A t'il gardé un ou des handicaps de ses blessures ?

non *passez à la question H1 page 7*

I.2 Habitat actuel de l'enfant

H1. Si votre enfant n'était pas rentré chez vous lors du questionnaire à six mois, est-il aujourd'hui retourné(e) habiter chez vous ?

oui : à quelle date

JJ	MM	AAAA							

non : *passez à la question H 4 page suivante*

je ne sais pas : *passez à la question H 4 page suivante*

H2. Avez-vous changé de logement depuis l'accident oui non je ne sais pas

Si oui,

H2.1 Est-ce en raison de la santé de votre enfant ?

oui non je ne sais pas

Si votre enfant a gardé un handicap merci de répondre aux questions ci-dessous ;

Si non, passez à la question E1 page suivante.

H3. Avez-vous dû apporter des modifications à votre logement en raison de son état de santé ?

sans objet

oui non je ne sais pas

Si oui, lesquelles :

H4. *Si non*, des aménagements faciliteraient-ils sa vie à votre domicile ?

oui non je ne sais pas

Si oui, lesquels :

H4.1 Pensez-vous que ces aménagements vont être faits ?

oui non je ne sais pas

Si non, pourquoi ?

Difficultés techniques,

Difficultés financières

Autres

H5. Si votre enfant n'habite pas chez vous, où habite t'il actuellement ?

Chez des parents, de la famille

Chez des amis

En institution autre.....

→ Précisez de quel type d'institution il s'agit ?

dans un foyer d'accueil médicalisé

dans une maison d'accueil médicalisée (MAS)

dans une structure de séjour de vie semi-collective

dans un foyer occupationnel (à temps complet)

dans une Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation professionnelle (UEROS)

dans un centre de pré-orientation professionnelle

autre

Encore en centre de rééducation à ce jour

I.3 Situation scolaire de l'enfant

E1. Votre enfant était-il scolarisé avant l'accident?

oui non je ne sais pas

Est-il aujourd'hui scolarisé ?

oui non

Si oui,

E1.1. S'il n'avait pas repris ses études six mois après l'accident, les a-t-il reprises aujourd'hui ?

oui A quelle date ?


(date du retour à l'école, au collège ...)

non *passez à la question E4*

E1.2. Dans quel type d'école est-il ?

- Maternelle.....
- Primaire
- Collège général.....
- Autre (par exemple : enseignement à domicile).....
- précisez :*
- Je ne sais pas

E2. Quelle description définit le mieux le retour de votre enfant à l'école ?

- Retour au même niveau sans aide
- Retour au même niveau mais avec une aide
- Retour à temps partiel ou niveau inférieur
- Scolarité spéciale

E3. Dans quelle classe ou niveau est-il actuellement ?

- Maternelle : "tous petits" moyenne section
- petite section grande section
- CP CE1 CE 2
- CM1 CM2
- 6ème 5ème 4ème 3ème
- 2nde 1ère terminale
- Autre précisez :
- Je ne sais pas

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

E4. Dans quelle mesure estimez-vous que l'accident a eu des répercussions sur les résultats scolaires de votre enfant ?

- Pas de répercussion.....
- Quelques répercussions
- Beaucoup de répercussions.....
- Je ne sais pas

E5. Pouvez vous nous dire si vous avez l'impression que votre enfant a actuellement des difficultés dans ses 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

E6. S'il a des difficultés, est ce que vous pensez que c'est à cause :

- De difficultés à parler, à s'exprimer ? oui non je ne sais pas
- D'un manque de mémoire ?..... 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 :

.....
.....

E7. Après l'accident, a t-il changé d'orientation scolaire ?

- oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez vous donner des précisions :

.....
.....

I.4 Situation professionnelle actuelle de la famille de l'enfant

PERE

Si non concerné, cochez cette case et passez à la question Pm1

Pp1. Actuellement, travaille - t'il ?

- oui non je ne sais pas

Pp2. S'il ne travaille pas, quelle est actuellement la situation du père de l'enfant?

- Etudiant(e)
- En retraite ou préretraite
- Au chômage
- En recherche d'emploi sans bénéficiaire du chômage ..
- Père au foyer
- En congé parental
- En longue maladie ou invalidité
- Autre cas

Précisez :

- Je ne sais pas

Pp3. Quelle est sa profession actuelle (ou antérieure s'il a arrêté de travailler) :

MERE

Si non concerné, cochez cette case et passez à la question P4

Pm1. Actuellement, travaille - t'elle ? oui non je ne sais pas

Pm2. Si elle ne travaille pas, quelle est actuellement la situation de la mère de l'enfant?

- Etudiante
- En retraite ou préretraite
- Au chômage
- En recherche d'emploi sans bénéficiaire du chômage ..
- Père au foyer
- En congé parental
- En longue maladie ou invalidité
- Autre cas

Précisez :

- Je ne sais pas

Pm3. Quelle est sa profession actuelle (ou antérieure si elle a arrêté de travailler) :

P4. Un membre de la famille a-t-il dû modifier son activité professionnelle suite à l'accident ?

oui non je ne sais pas

De qui s'agit-il ? père mère autre → précisez

P5. Si oui, pour quel motif ?

En raison de son état de santé personnel oui non je ne sais pas

En raison de l'état de santé de l'enfant blessé..... oui non je ne sais pas

Suite au choc émotionnel..... oui non je ne sais pas

Autre motif..... oui non je ne sais pas

Précisez :

.....

P6. Est-ce une modification de type

Arrêt de travail temporaire oui non je ne sais pas

Démission..... oui non je ne sais pas

Réduction du temps de travail..... oui non je ne sais pas

Autre oui non je ne sais pas

Précisez :

1.5 Situation familiale actuelle de l'enfant accidenté

F1. La situation familiale de l'enfant est elle différente de celle d'avant l'accident ?

oui non je ne sais pas

F2. 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

F3. Si l'enfant ne vit pas avec ses deux parents (divorce ou séparation), quel est aujourd'hui son mode de garde ?

Avec sa mère

Avec son père

Garde alternée

Avec ses grands parents

Autre mode de vie

Précisez :

F4. Combien de personnes vivent actuellement au foyer de l'enfant (votre enfant compris) ?

.....

F5. Dont combien d'enfants (de 0 à 18 ans) .

I.6 Votre environnement affectif et celui de votre enfant

RS1. Vos relations ont-elles changé depuis l'accident avec

- Votre enfant oui non je ne sais pas
Votre conjoint(e) oui non je ne sais pas
Votre famille, parents, cousins oui non je ne sais pas
Vos amis oui non je ne sais pas
Vos collègues oui non je ne sais pas

Si oui, précisez en quoi :

.....
.....

RS2. Selon vous, l'accident de votre enfant a-t-il eu des conséquences sur la vie quotidienne de la famille ?

- oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez vous nous expliquer lesquelles et pourquoi?

.....
.....

RS3. Quelles sont aujourd'hui les activités de loisir de votre enfant ? (voici une liste de loisirs, suivi chacun d'un numéro ; entourez les numéros des activités que vous pratiquez habituellement)

- Télévision 1; Lecture 2; Jouer avec des amis 3; Faire de la musique 4;
Jouer à l'ordinateur ou console 5; Faire du sport 6; Activité manuelle
(peinture, modèles réduits...) 8; Autre 9 : préciser

Dans les cases ci-dessous, inscrivez les numéros des activités de loisir qui sont pour lui aujourd'hui les plus importantes en les classant par ordre de préférence, etc...)

En 1 : |__| ; en 2 |__| ; en 3 |__|

RS4. L'accident a-t-il selon vous modifié les activités de loisirs de l'enfant ?

- oui non je ne sais pas

Si oui, précisez :

RS5. Votre enfant a-t-il été victime d'un autre accident de la route depuis celui mentionné ?

- oui non je ne sais pas

II. REPERCUSSIONS FINANCIERES

Fi1. Avez-vous eu des difficultés financières à la suite de cet accident ?

oui non je ne sais pas

Fi1.1. Si oui, pourquoi ?

Perte d'un salaire oui non je ne sais pas

Nécessité d'équipements ou de modifications du logement coûteux..... oui non je ne sais pas

Nécessité d'une aide à domicile..... oui non je ne sais pas

Etablissement 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

Fi2. Suite à l'accident de votre enfant, avez-vous été indemnisé par une assurance ou une mutuelle?

oui non je ne sais pas

Fi3. Si oui, combien de temps après l'accident (en mois) ?

|_|_| mois

Fi4. Etes-vous satisfait du montant de l'indemnisation ?

oui non je ne sais pas

Fi5. L'accident a-t-il aujourd'hui encore des répercussions sur vos ressources financières ?

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez en quoi :

.....

III. MEDICAMENTS

M1. Votre enfant prend-il encore des médicaments en relation avec l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui précisez :

.....

.....

M2. Durant les douze derniers mois a t'il pris ?

	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	Combien ?	
Des médicaments psychostimulants (pour favoriser l'attention, la concentration...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j pendant _____ semaines	Lesquels ? _____ _____
Des somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j pendant _____ semaines	Lesquels ? _____ _____
Des médicaments contre l'anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j pendant _____ semaines	Lesquels ? _____ _____
Des médicaments contre la dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j pendant _____ semaines	Lesquels ? _____ _____

IV. QUALITE DE VIE

Dans les pages qui suivent nous vous posons des questions sur la SANTE ET LE BIEN-ETRE 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.

Q1. Dans l'ensemble, vous diriez qu'en ce moment la santé de votre enfant est :

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

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

Q2- 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"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q3. 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"/>

Q4. 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 extra-scolaires.	<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 extra-scolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q5. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant a-t-il eu mal quelque part ?

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

Q6. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant a-t-il souvent eu mal quelque part ?

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

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

Q7. Au cours des 4 dernières semaines votre enfant :

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

Q8. 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 <input type="checkbox"/>	Très bonne <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/>	Pas très bonne <input type="checkbox"/>	Pas bonne du tout <input type="checkbox"/>
--	--	-----------------------------------	--	---

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

Q9. 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"/>				
b) S'est-il senti seul ?	<input type="checkbox"/>				

c) A-t-il été nerveux, agité ?	<input type="checkbox"/>				
d) A-t-il été inquiet ?	<input type="checkbox"/>				
e) A-t-il eu du plaisir à faire certaines choses ?	<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.

Q10. 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 du tout content
a) De son travail scolaire ?	<input type="checkbox"/>				
b) De ce qu'il est capable de faire en sport ?	<input type="checkbox"/>				
c) De la façon dont il s'entend avec les autres ?	<input type="checkbox"/>				
d) De son physique, de son allure?	<input type="checkbox"/>				
e) De ses relations avec sa famille?	<input type="checkbox"/>				
f) De sa vie en général ?	<input type="checkbox"/>				

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

Q11. 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"/>				
b) Mon enfant a toujours été en bonne santé	<input type="checkbox"/>				
c) Mon enfant attrape toutes les maladies qui passent	<input type="checkbox"/>				
d) Je pense que, plus tard, mon enfant vivra en bonne santé	<input type="checkbox"/>				

e) Je me fais plus de soucis pour la santé de mon enfant que les autres parents	<input type="checkbox"/>				
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q12. 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 <input type="checkbox"/>	Plutôt meilleur <input type="checkbox"/>	A peu près pareil <input type="checkbox"/>	Plutôt moins bon <input type="checkbox"/>	Beaucoup moins bon <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	--

Q13. 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	Enormément
a) La santé physique de votre enfant	<input type="checkbox"/>				
b) L'état affectif, psychologique ou le comportement de votre enfant	<input type="checkbox"/>				
c) La capacité de votre enfant à être attentif, et à apprendre	<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	Enormément
a) La santé physique de votre enfant	<input type="checkbox"/>				
b) L'état affectif, psychologique ou le comportement de votre enfant	<input type="checkbox"/>				
c) La capacité de votre enfant à être attentif, et à apprendre	<input type="checkbox"/>				

Q15. 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"/>				

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

Q16. 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"/>				

Q17. 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"/>

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 qu'a vécu votre enfant est l'accident.

Cochez en face de chaque proposition pour indiquer la fréquence à laquelle ces commentaires étaient vrais pour lui au cours des 7 derniers jours. S'ils ne se sont pas produits au cours de cette période, cochez la colonne » pas du tout »

Au cours des <u>7 derniers jours</u>	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Je ne sais pas
Mon enfant a pensé à l'accident quand il n'en avait pas l'intention	<input type="checkbox"/>				
Il a évité de se laisser emporter par la colère quand il y a pensé, ou quand quelque chose ou quelqu'un le lui a rappelé	<input type="checkbox"/>				
Mon enfant a essayé de se l'enlever de la mémoire	<input type="checkbox"/>				
Des images ou des pensées à ce sujet l'ont réveillé, ou empêché de s'endormir	<input type="checkbox"/>				
Il a vécu à ce sujet des sentiments par moment intenses	<input type="checkbox"/>				
Il a eu des rêves à ce sujet	<input type="checkbox"/>				
Il est resté à l'écart de ce qui le lui rappellerait	<input type="checkbox"/>				
Il a eu l'impression que cela n'avait pas eu lieu, ou n'avait pas été réel	<input type="checkbox"/>				
Mon enfant a essayé de ne pas en parler	<input type="checkbox"/>				
Des images à ce sujet ont fait irruption dans sa pensée	<input type="checkbox"/>				
D'autres choses ont continué à l'y faire penser	<input type="checkbox"/>				
Il a pris conscience que cela lui faisait toujours quelque chose, mais qu'il ne savait pas y faire face	<input type="checkbox"/>				
Il a essayé de ne pas y penser	<input type="checkbox"/>				

Tout ce qui lui a rappelé ce sujet l'a bouleversé	<input type="checkbox"/>				
Il a ressenti à ce sujet comme un engourdissement	<input type="checkbox"/>				

OK1. D'une façon générale, comment aujourd'hui ressentez vous cet événement accidentel qui vous est arrivé il y a un an ?

.....

Depuis le dernier questionnaire,

OK2. Une prise en charge psychologique a-t-elle été mise en place ?

oui non je ne sais pas

OK2.1 Si votre enfant a bénéficié d'un accompagnement psychologique, a - t'il été :

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

Vous pouvez ajouter une précision :

Questionnaire rempli par :

Auto questionnaire

Entretien dans un centre médical

Entretien à domicile

Autre

Personne qui a répondu au questionnaire

Le père La mère

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 questions.

Nous vous remercions très chaleureusement de votre collaboration.

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

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 Henri Gabriel.

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, Universités, 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 ; 04 72 14 25 13

Docteur Bernard Laumon, médecin épidémiologiste, directeur du laboratoire, UMRESTTE

Docteur Etienne Javouhey, médecin réanimateur pédiatre, UMRESTTE

Professeur Daniel Floret, Médecin pédiatre, Hospices Civils de Lyon

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).