

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

---

## SITUATION ACTUELLE

### Son état de santé actuel

SA1. Sans compter le moment de l'accident lui même, de nouvelles hospitalisations ont-elles été nécessaires ?

oui  non  je ne sais pas

Au cours du dernier mois,

		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"/>

## QUALITE DE VIE

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

---

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"/>	<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"/>

**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"/>	<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.

**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"/>	<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.

**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"/>	<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"/>

**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"/>	<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	Enormément
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"/>

**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"/>	<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"/>

**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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.***

***Pour chaque proposition indiquez 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, indiquez 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant a essayé de se l'enlever de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des images ou des pensées à ce sujet l'ont réveillé, ou empêché de s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il a vécu à ce sujet des sentiments par moment intenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il a eu des rêves à ce sujet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est resté à l'écart de ce qui le lui rappellerait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il a eu l'impression que cela n'avait pas eu lieu, ou n'avait pas été réel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant a essayé de ne pas en parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des images à ce sujet ont fait irruption dans sa pensée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'autres choses ont continué à l'y faire penser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il a essayé de ne pas y penser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout ce qui lui a rappelé ce sujet l'a bouleversé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il a ressenti à ce sujet comme un engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ?

.....  
 .....

## Situation scolaire et familiale

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

oui  non  je ne sais pas

*Est-il aujourd'hui scolarisé ?*

oui  non

*Si non passez à la question P4 page 11 -----*

Si oui,

E1.2. Dans quel type d'école est-il ?

Maternelle .....

Primaire.....

Collège général .....

Autre (par exemple : enseignement à domicile).....

*précisez :* .....

Je ne sais pas .....

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

Maternelle : "tous petits"  moyenne section

petite section  grande section

CP  CE1  CE 2

CM1  CM2

6<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>

2<sup>nde</sup>  1<sup>ère</sup>  terminale

Autre  précisez : .....

Je ne sais pas

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

---

E1.3. Votre enfant a-t-il été arrêté un certain temps sa scolarité à cause de l'accident ?

oui  non  je ne sais pas

Si oui, combien de temps : \_\_\_\_\_

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 .....

-----

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 : .....

S2. 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? ....*

.....  
.....

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

## REPERCUSSIONS FINANCIERES

Fi1. Avez-vous eu des difficultés financières liées à l'accident de votre enfant?

oui  non  je ne sais pas

*Si oui,* Fi1.1 pourquoi ?

Perte d'un salaire .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas
Nécessité d'équipements ou de modifications du logement coûteux .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas
Nécessité d'une aide à domicile .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas
Etablissement de soin, ou de réadaptation, ou d'enseignement spécialisé coûteux .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas
Recours juridiques spécialisés coûteux .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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 : .....*

.....

**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).