

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 :

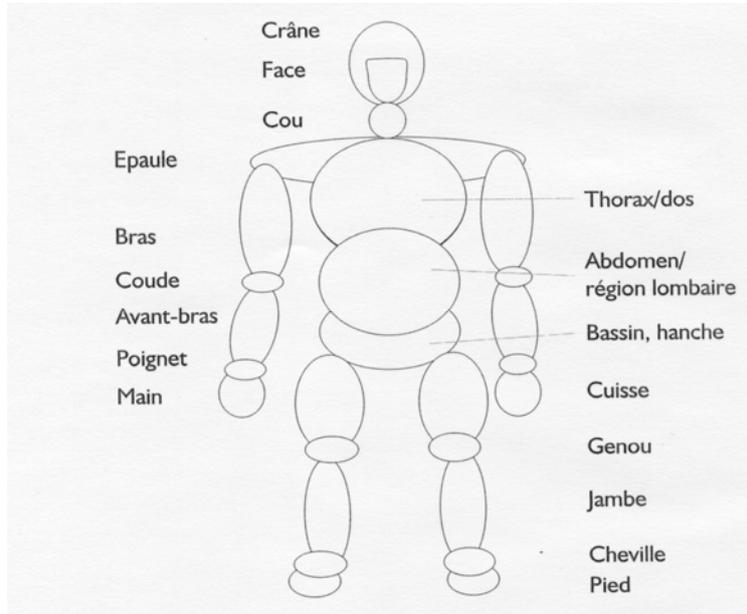
Nous vous remercions de bien vouloir cocher la case ci-dessous et nous renvoyer le questionnaire tel quel dans l'enveloppe jointe (vous n'avez pas besoin de l'affranchir), après avoir vérifié et complété les indications portées sur la page de couleur verte jointe dans le questionnaire.

Téléphone

I- DONNEES MEDICALES

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 d'une croix les zones où votre enfant a été blessé :



M2. Votre enfant se souvient-il de l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si non,

M2.1 Quelle est la durée de sa 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. A-t-il été hospitalisé

oui non je ne sais pas

Si il n'a pas été hospitalisé, passez directement à la question SA1,

Si il a été hospitalisé, merci de répondre aux questions suivantes :

HOSPITALISATIONS

M4. Pouvez-vous nous indiquer dans quels services médicaux ou chirurgicaux votre enfant à séjourné (hors services de rééducation) - 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.....			

M5. Ses blessures ont-elles nécessité des opérations ? oui non je ne sais pas

Si oui combien lesquelles :

.....

M6. Y a-t-il eu des complications médicales ? oui non je ne sais pas

Si oui, de quels types ?

.....

.....

M.7. A sa sortie des services de soins, est il

Rentré chez vous

Si oui à quelle date

JJ	MM	AAAA
----	----	------

Allé dans un centre de rééducation ou réadaptation

Précisez le type d'institution

Autre destination

Précisez :

M8. S'il est allé en centre de rééducation, combien de mois a duré son séjour ?

Nombre de jours jours

ou Nombre de semaines semaines

ou Nombre de mois mois

Toujours en cours

Je ne sais pas

M9. Au centre de rééducation, a-t-il bénéficié de séances

(si oui, précisez si possible la durée)

D'ergothérapie oui non je ne sais pas *durée* _____

D'orthophonie oui non je ne sais pas *durée* _____

De psychomotricité oui non je ne sais pas *durée* _____

D'aide psychologique oui non je ne sais pas *durée* _____

II. EVOLUTION DE SON ETAT DE SANTE

Cette partie du questionnaire concerne la période allant du retour à domicile (ou de l'arrivée en établissement médico-social) jusqu'à aujourd'hui

S1. Des soins complémentaires de rééducation fonctionnelle ambulatoire ont-ils été mis en œuvre suite à l'accident ?

(Ne comptez pas le cas échéant le séjour en service de rééducation dont on a parlé avant)

oui non je ne sais pas

Si oui

S1.2. sa rééducation a eu lieu :

En consultation externe (service de jour) dans un centre spécialisé

En cabinet de Kiné libéral

Combien de temps mois ou semaines

Elle est encore en cours

S2. Après son retour à domicile, de nouvelles hospitalisations ont-elles été nécessaires par la suite ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

S2.1. Nombre d'hospitalisations.....

S2.2. Quelle a été la durée totale de ces nouvelles hospitalisations ?

Services de soins (médicaux ou chirurgicaux) jours

Services de rééducation ou réadaptation jours

S3. Une nouvelle opération, 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 :

III. SITUATION ACTUELLE

III.1 Son état de santé actuel

SA1. A votre avis, l'état médical de votre enfant est-il aujourd'hui ?

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

SA2. . 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.....

SA3. 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
- Pas encore consolidé.....
- Je ne sais pas.....

SA4. 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 :

.....

.....

.....

SA5. Votre enfant a t'il encore des douleurs ? non → *passez à la question SA6*
 oui je ne sais pas

Si oui,

SA5.1 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.

SA5.2 S'agit-il de douleurs ?

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

SA5.3 A t'il besoin de traitements contre la douleur pour se sentir bien ?

oui non je ne sais pas

Si oui, le ou lesquels :

Au cours du dernier mois,

		Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Bien plus que d'habitude
SA6	A-t-il eu des douleurs à la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA7	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"/>
SA8	A-t-il ressenti des vertiges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA9	A-t-il eu des difficultés de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA10	A-t-il été sensible à la lumière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA11	A-t-il été sensible au bruit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA12	A-t-il eu des difficultés à réfléchir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III-2 Habitat actuel de l'enfant

H1. Avez-vous changé de logement depuis l'accident oui non je ne sais pas

Si oui,

H1.1 est-ce en raison de la santé de votre enfant ?

oui non je ne sais pas

H2. 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 médicalisé (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 (UROS)

Dans un centre de pré-orientation professionnelle

Autre : lequel ?

Encore en centre de rééducation à ce jour

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

Si non, passez à la question E1.

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. 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

III.3 Situation scolaire de l'enfant

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

oui non je ne sais pas

Si oui,

E1.1. A quelle date a-t-il repris ses activités scolaires (date du retour à l'école) ?

JJ	MM	AAAA			

S'il n'a pas manqué l'école, cochez cette case :

E3. Votre enfant est-il scolarisé actuellement ?

oui non je ne sais pas

Si vous avez répondu "non", alors passez directement à la question Pp1.

Si vous avez répondu "oui", continuez les questions suivantes

E4. Si oui, dans quel type d'école ?

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

E5. 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

E6. Dans quelle classe ou niveau est il actuellement ?

- Maternelle : "tous petits" petite section
- moyenne 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

E7. 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

E8. Pouvez vous nous dire si vous avez l'impression que votre enfant a actuellement des difficultés dans vos 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

E9. 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 difficulté 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 :

.....
.....

E10. Après l'accident, a-t-il changé d'orientation scolaire ?

- oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez vous donner des précisions :

.....
.....

III.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. Quel 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 :

III.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) .

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

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez :

RS4. 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 |__|

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

oui non je ne sais pas

IV. 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 :

.....

V. 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	Un petit peu	Un peu	Moyennement	Très mal	Enormément
<input type="checkbox"/>					

Q6. 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"/>					

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 <input type="checkbox"/>	Très bonne <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	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 moments 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"/>				

VI. QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Si votre enfant n'a pas été hospitalisé, cette rubrique ne vous concerne pas : passez directement à la question OK9.

Nous allons maintenant vous poser un certain nombre de questions relatives à la façon dont vous avez vécu le passage de votre enfant 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.

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

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"/>					
De la compétence pour les soins						<input type="checkbox"/>
De l'environnement au sein du service (bruit, etc.)	<input type="checkbox"/>					
De l'hôtellerie (repas)	<input type="checkbox"/>					
En terme de délai pour passer d'un service hospitalier à l'autre	<input type="checkbox"/>					
En terme de connaissance de votre dossier médical par les différents intervenants	<input type="checkbox"/>					
En terme de suivi médical	<input type="checkbox"/>					
De suivi de la rééducation par les médecins	<input type="checkbox"/>					
En terme d'informations sur la suite des soins ?	<input type="checkbox"/>					
Autres : _____	<input type="checkbox"/>					
						<input type="checkbox"/>

Quelle que soit la réponse vous pouvez préciser :

.....

Si votre enfant est allé dans un service de rééducation ou réadaptation, merci de répondre aux questions suivantes.

Sinon passez directement à la question OK7

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 le lieu de sa rééducation êtes - vous ? ?

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

OK4. A son 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. En avez-vous été :

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

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

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

- oui non je ne sais pas

OK7. Après son retour à votre 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

S'il a bénéficié d'un accompagnement psychologique, a-t-il été

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

Vous pouvez ajouter une précision :

Si non

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

oui non je ne sais pas

OK8. 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 ...) :

.....
.....

OK9. Pouvez vous nous apporter des informations sur d'autres aides que vous (lui et sa famille) avez pu avoir ?

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

OK10. Selon vous, aurait-il eu besoin d'autre chose et il ne l'a pas eu ?

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

OK11. Avez-vous d'autres remarques sur l'accident et la façon dont on s'est occupé de lui ?

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

VII. EN CE QUI CONCERNE LES PARENTS

Nous allons maintenant vous poser quelques questions qui vous concernent vous, son père ou sa mère.

PA1. Etiez-vous présent lors de (avez-vous assisté à) l'accident de votre enfant ?

oui non je ne sais pas

Vous allez trouver ci-dessous 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 est l'accident de votre enfant, **mais nous vous demandons si VOUS avez ressenti les symptômes suivants.**

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 l'accident de votre enfant au cours du mois qui vient de s'écouler.

PA2. 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"/>				
D'être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec l'accident	<input type="checkbox"/>				
De brusquement agir ou sentir comme si l'accident se reproduisait comme si vous (ou votre enfant) étiez en train de le revivre	<input type="checkbox"/>				
De vous sentir bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'accident	<input type="checkbox"/>				
D'avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose	<input type="checkbox"/>				

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
vous a rappelé l'accident					
D'éviter de penser ou de parler de l'accident ou éviter les sentiments en relation avec lui	<input type="checkbox"/>				
D'éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent l'accident	<input type="checkbox"/>				
D'avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'accident	<input type="checkbox"/>				
D'avoir perdu tout intérêt à des activités qui, avant, vous faisaient plaisir	<input type="checkbox"/>				
De vous sentir distant(e) (loin) ou coupé(e) des autres personnes	<input type="checkbox"/>				
De sentir vos émotions comme anesthésiées ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous	<input type="checkbox"/>				
De vous sentir comme si votre avenir était, en quelque sorte, raccourci	<input type="checkbox"/>				
D'avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e)	<input type="checkbox"/>				
De vous sentir irritable ou d'avoir des bouffées de colère	<input type="checkbox"/>				
D'avoir des difficultés à vous concentrer	<input type="checkbox"/>				
D'être en état de super-alarme, sur la défensive, sur vos gardes...	<input type="checkbox"/>				
De vous sentir énervé(e) ou de sursauter facilement	<input type="checkbox"/>				

Questionnaire rempli par :

Auto questionnaire

Entretien dans un centre médical

Entretien à domicile

Autre

Personne qui a répondu au questionnaire

Le sujet accidenté lui-même

Accompagnant autre

Une autre personne : Proche

Soignant

⇒ pour quelle raison ? _____

Date de remplissage du questionnaire

JJ	MM	AAAA							

Si le questionnaire a été rempli par un enquêteur :

Nom de l'enquêteur _____

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.

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'UMRETTE 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'UMRETTE 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'UMRETTE, 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, UMRETTE

Pierrette Charnay, Ingénieur d'étude UMRETTE, coordinateur du projet ; 04 72 14 25 13

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

Docteur Etienne Javouhey, médecin réanimateur pédiatre, UMRETTE

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).

