

ESPARR

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



ESPARR

Entretien à 3 ans

« Famille » 14 ans et plus

Numéro d'identification ESPARR: -

UMRESTTE INRETS/UCBL/InVS 25 avenue François Mitterrand - Case 24 - 69675 Bron Cedex
Laboratoire Santé, Individu, Société, EA-SIS 4129, Université de Lyon
Hospices Civils de Lyon
Tél : 04 72 14 25 13

1. Quel est votre lien avec la personne accidentée ?

Conjoint, concubin, petit(e) ami(e) oui non NSP

Père oui non NSP

Mère oui non NSP

Frère oui non NSP

Précisez le nombre total de frères de l'accidenté et l'âge de chacun :

.....ans

.....ans

.....ans

Sœur oui non NSP

Précisez le nombre total de sœurs de l'accidenté et l'âge de chacune :

.....ans

.....ans

.....ans

Oncle ou tante..... oui non NSP

Grands parents oui non NSP

Enfants..... oui non NSP

Précisez le nombre d'enfants de la famille et l'âge de chacun :

.....

.....

.....

Ami(e)(s) oui non NSP

Autre oui non NSP

Précisez :

.....

2. Quel âge avez-vous : ----- ans

3. Avez-vous été « témoin » de l'accident en question ?
 oui non NSP

4. Avez-vous été blessé dans cet accident ?
 oui non NSP

Dans toute la suite du questionnaire, votre « proche » mentionne la personne de votre famille ou de vos amis qui a été accidentée. (Cocher la case qui vous correspond)

5. Quelle est, selon vous, la personne qui s'occupe le plus de votre proche et précisez votre réponse

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

6. Indiquez nous par une croix dans une des cases le niveau de charge qu'il (ou elle) représente pour vous :

Pas de charge | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | charge maximale imaginable
 A B C D E F G H

Une extrémité correspond à la « Charge maximale envisageable ». Plus la croix est proche de cette extrémité, plus la charge est importante. L'autre extrémité correspond à « pas de charge » : Plus la croix est proche de cette extrémité, moins la charge est importante.

7. Avez-vous eu, depuis cet accident, des problèmes de santé qui vous semblent en lien avec l'évènement.

oui non NSP

Si oui, lesquels :

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

8. Avez-vous eu, depuis l'accident, des problèmes familiaux qui vous semblent en lien avec l'évènement ?

oui non NSP

Si oui, lesquels :

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

9. Vivez-vous régulièrement avec votre « proche » ?

oui non NSP

10. Au moment de l'accident, viviez-vous avec votre proche ?

oui non NSP

11. L'accident a-t-il modifié votre vie sociale ?

oui non NSP

Si oui, est ce de manière :

- Plutôt satisfaisante
- Plutôt insatisfaisante
- Très insatisfaisante

Précisez :

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

En ce qui concerne votre vie professionnelle

12. Avez-vous continué à travailler dans les mêmes conditions qu'auparavant depuis l'accident de votre proche ?

oui non NSP

Si oui :

- Temps pleins, jours ouvrés.
- Temps partiel.
- J'ai été obligé de reprendre un travail.
- Pas de travail auparavant de toute façon.

13. Arrivez-vous à mener de concert votre activité professionnelle et à vous occuper de votre proche ?

oui non NSP

Si oui :

- Aussi bien qu'auparavant.
- Avec difficultés.
- Aménagement partiel.
- Je n'y arrive pas.

14. Avez-vous changé de travail à cause de votre proche ?

oui non NSP

Si oui, votre travail est maintenant :

- Le même qu'avant.
- Il est proche de ce que je faisais.
- Il est dans une autre branche.
- J'ai changé de travail pour des raisons indépendantes de mon proche accidenté

15. Avez-vous été obligé de faire des extras pour gagner davantage d'argent?

oui non NSP

Précisez :

- Autant qu'avant
- Rarement.
- Un peu plus souvent qu'avant.
- Souvent.
- Très souvent.
- Jamais.
- Je le fais pour des raisons indépendantes de mon proche accidenté.

En ce qui concerne votre vie sociale et vos loisirs

16. Avez-vous du temps pour du loisir malgré l'accompagnement que vous dispensez à votre proche ?

oui non NSP

Précisez :

- Aussi souvent qu'avant
- Un peu plus qu'auparavant
- Un peu moins qu'avant
- Jamais
- Rarement
- Je ne l'ai jamais fait auparavant

17. Le fait de vous occuper de votre proche vous laisse-t-il la possibilité de vous occuper des tâches ménagères?

oui non NSP

Précisez :

	Maintenant j'ai plus à faire	Autant qu'avant	Un peu moins qu'avant	Très rarement	Jamais	Je ne l'ai jamais fait
• Faire les courses						
• Faire la lessive						
• Nettoyer la maison						
• Préparer à manger						
• Autre (Préciser)						

18. Vous occuper de votre proche vous laisse-t-il du temps pour donner un coup de main aux autres membres de votre famille ?

oui non NSP

Précisez :

- Plus fréquemment qu'avant depuis que j'ai arrêté de travailler.
- Aussi souvent qu'avant.
- Un peu moins fréquemment.
- Très rarement.
- Jamais.
- Je ne l'ai jamais fait
- Plus fréquemment qu'avant car c'est maintenant de ma responsabilité.

19. Continuez-vous à discuter de l'avenir et des difficultés avec votre proche ?

oui non NSP

Précisez :

- Plus souvent qu'avant.
- Aussi souvent qu'avant.
- Un peu moins qu'avant.
- Rarement.
- Jamais.
- Je ne l'ai jamais fait auparavant.

20. Le fait de vous occuper de votre proche vous permet-il toujours de répondre aux besoins des autres membres de votre famille de la même façon qu'auparavant ?

oui non NSP

Précisez :

	Plus fréquemment depuis que j'ai arrêté de travailler	Aussi souvent qu'avant	Un peu moins fréquemment	Très rarement	Jamais	Je ne l'ai jamais fait auparavant	Plus fréquemment qu'avant car c'est maintenant ma responsabilité
• Surveiller et aider le travail de classe.							
• Aller chercher les enfants à l'école, les amener faire du sport							
• Sortir les enfants au théâtre, au musée							
• Autre (Préciser).							

Vos responsabilités dans l'aide quotidienne à votre proche

21. Vous sentez-vous déprimé(e) de part le soin et l'attention que vous développez pour votre proche ?

oui non NSP

Précisez :

- Mon moral n'a pas changé.
- Je me sens déprimé continuellement (Une semaine ou plus).
- Dépression stable avec perte de poids et insomnie.
- Dépression pour une raison non liée au malade.

22. Est-ce que votre proche accidenté peut rester seul à la maison tandis que la famille est sortie?

oui non NSP

Précisez :

Sans assistance, il ou elle est capable de :	Toujours	Parfois	Jamais
• S'habiller.			
• Faire le lit.			
• Réchauffer sa nourriture.			
• S'occuper d'un repas qu'on lui a préparé (Dans du papier ou dans une boîte).			

23. Est-ce que votre proche a besoin d'aide pour utiliser les transports en commun ou pour conduire la voiture?

oui non NSP

Précisez :

- Il n'a jamais besoin d'aide.
- Un peu plus souvent qu'auparavant.
- Très souvent.
- Il a toujours besoin d'une aide.
- Il avait déjà besoin d'une aide avant l'accident.

24. Est-ce que votre proche accidenté peut prendre régulièrement ses médicaments tout seul ?

oui non NSP

Précisez :

- Toujours.
- Parfois.
- Jamais.

25. Est-ce que votre proche accidenté peut prendre un bain sans aide?

oui non NSP

Précisez :

- Toujours
- Parfois
- Jamais

26. Est-ce que votre proche peut circuler sans aide?

oui non NSP

Sans assistance, il est capable de :

	Toujours	Parfois	Jamais
• Aller chez le médecin.			
• Faire un tour ou du shopping.			
• Se déplacer dans toute la maison.			
• Aller aux toilettes.			
• S'asseoir dans le lit.			

27. Est-ce que votre proche peut appeler le médecin tout seul?

oui non NSP

Précisez :

- Toujours.
- Parfois.
- Jamais.

28. Nous allons maintenant vous demander d'évaluer la charge matérielle et affective que représente votre « proche » pour vous

Pour chaque question, merci de cocher la case qui correspond le mieux, selon vous à votre ressenti : « jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours »

A quelle fréquence vous arrive-t-il de :		Jamais	Rarement	Quelquefois	Assez souvent	Presque toujours
1	Sentir que votre « proche » demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?					
2	Sentir qu'à cause du temps consacré à votre « proche » vous n'avez plus assez de temps pour vous ?					
3	Vous sentir tiraillé(e) entre les soins à votre « proche » et les autres responsabilités familiales ou de travail ?					
4	Vous sentir embarrassé(e) par les comportements de votre « proche » ?					
5	Vous sentir en colère lorsque vous êtes en présence de votre « proche » ?					
6	Sentir que votre « proche » nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?					
7	Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre « proche » ?					
8	Sentir que votre « proche » est dépendant de vous ?					
9	Vous sentir tendu(e) quand vous êtes avec votre « proche » ?					
10	Sentir que votre santé s'est détériorée du fait que vous preniez soin de votre « proche » ?					
11	Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre « proche » ?					
12	Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous preniez soin de votre « proche » ?					
13	Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre « proche » ?					
14	Sentir que votre « proche » semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il pouvait compter ?					
15	Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre « proche » compte tenu de vos autres dépenses ?					
16	Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre « proche » encore bien longtemps ?					
17	Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre « proche » ?					
18	Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre « proche » à quelqu'un d'autre ?					
19	Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre « proche » ?					
20	Sentir que vous devriez en faire plus pour votre « proche » ?					
21	Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre « proche » ?					
22	En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins de votre « proche » sont un fardeau, une charge ?					

29. Avez-vous le sentiment, depuis que vous « accompagnez » votre « proche » que...

	Evaluation du degré d'importance				
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Cette situation nouvelle et imprévue vous a permis de découvrir autrement votre « proche accidenté » ?					
Cela vous a révélé à vous-même des compétences que vous ne pensiez pas avoir ?					
Cela vous donne le sentiment de vous être rapproché(e) de votre « proche accidenté » ?					
Votre « proche accidenté » vous protège autant qu'il (elle) le peut des conséquences négatives de sa situation ?					
Cela a pu être une part de chance pour vous et votre « proche accidenté » dans votre relation ?					

30. Comment ressentez-vous les attitudes et comportements de votre proche accidenté ?

Vous évaluez l'importance du comportement que vous estimez être celui de votre « proche », puis le niveau d'impact que ce comportement peut avoir sur vous.

Avez-vous le sentiment que votre « proche »,	Evaluation du degré d'importance					Niveau d'impact sur vous				
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Tient un discours affabulatoire ?										
Cherche à vous culpabiliser ?										
Considère que vous avez une dette envers lui (elle) ?										
Se conduit de manière capricieuse ?										
Manifeste le sentiment que vous profiteriez de l'aide que vous lui apportez pour lui faire du tort ?										
Ne reconnaît pas ce que vous faites à son égard ?										
Est agressif envers vous ?										
Manifeste de la jalousie à votre rencontre ?										
Est devenu négligent dans son hygiène ?										
Est devenu négligent dans ses conduites sociales et relationnelles ?										
A modifié ses traits de caractères ?										
Cherche à vous dominer ?										
A des idées délirantes, irréalistes ?										
Vous manipule comme un « objet » ?										
Développe des troubles du sommeil ?										
Cherche à vous repousser ?										
Ne partage plus comme avant les mêmes centres d'intérêts que vous ?										
Envie votre autonomie et vous la reproche ?										
Abuse de sa situation de handicap à votre égard ?										

31. Des aides extérieures sont- elles apportées à votre proche dans la vie quotidienne ?

Oui Non

32. De quels types de services s'agit-il ? Listez toutes les aides, où cela se passe t'il ? Combien d'heures par semaine, et expliquez si elles vous satisfont et pourquoi

Type d'aide	lieu	Nb d'heures par semaine	En êtes vous satisfaits ?	Expliquez en quoi vous êtes (ou n'êtes pas) satisfaits
<u>Soins infirmiers</u>	Domicile <input type="checkbox"/> extérieur <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<u>Kinésithérapeute</u>	Domicile <input type="checkbox"/> extérieur <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<u>Soins à la personne</u>	Domicile <input type="checkbox"/> extérieur <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<u>Ménage</u>	Domicile <input type="checkbox"/> extérieur <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<u>Heures de vie</u>	Domicile <input type="checkbox"/> extérieur <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<u>Autres (merci de remplir autant de lignes qu'il y a d'autres aides)</u>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
-	Domicile <input type="checkbox"/> extérieur <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
-	Domicile <input type="checkbox"/> extérieur <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
-	Domicile <input type="checkbox"/> extérieur <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
-	Domicile <input type="checkbox"/> extérieur <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

33. Auriez – vous besoin d'autre (s) aide(s) que celles mises en place ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

34. A votre avis, pour quelles raisons ne sont elles pas mises en place ?

Questionnaire rempli le : |_|_|||_|_|||_|_|

Toute l'équipe vous est reconnaissante d'avoir bien voulu répondre à ces questions. Nous vous remercions de bien vouloir retourner ce document accompagné de votre consentement et des coordonnées nécessaires pour vous joindre, à l'aide de l'enveloppe jointe. Nous vous rappelons que vous allez être contacté par téléphone plus tard afin d'avoir un entretien « libre » avec notre équipe.

Nous vous remercions très chaleureusement de votre collaboration