

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 (15 ans et plus)

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

Votre état de santé actuel

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

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

SA2. Depuis votre accident des 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
SA3	Avez-vous eu des douleurs à la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA4	Vous êtes vous senti(e) à plat et pas dans votre assiette, (« mal fichu(e) »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA5	Avez-vous ressenti des vertiges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA6	Avez-vous eu des difficultés de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA7	Avez-vous été sensible à la lumière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA8	Avez-vous été sensible au bruit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA9	Avez-vous 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 allons vous demander comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

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 vous n'avez 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 de votre cas et mettez une explication dans la marge.

		Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
1	Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
2	Etes-vous satisfait de votre santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Complètement
3	La douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Trouvez-vous la vie agréable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A partir de 15 ans

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
7	Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous sentez vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Suffisamment	Tout à fait
10	Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
15	Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
16	Etes-vous satisfait de votre sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Etes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Etes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
19	Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
20	Etes-vous satisfait de vos relations personnelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A partir de 15 ans

21	Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Etes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
24	Avez vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
25	Etes-vous satisfait de vos moyens de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
26	Eprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 que vous avez vécu était votre accident.

Lisez chaque problème avec soin.

Mettez une croix dans la case de la colonne pour marquer à quel point vous avez été perturbé(e) par votre accident au cours du mois précédant les réponses données.

A partir de 15 ans

Est-ce qu'il vous est arrivé au cours du dernier mois d' (e) :

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brusquement agir ou sentir comme si l'accident se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentir bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eviter de penser ou de parler de l'accident ou éviter les sentiments en relation avec lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir perdu tout intérêt à des activités qui avant vous faisaient plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentir distant (loin) ou coupé des autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir vos émotions comme anesthésiées ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentir comme si votre avenir était, en quelque sorte, raccourci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentir irritable ou avoir des bouffées de colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des difficultés à vous concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etre en état de super-alarme, sur la défensive, sur vos gardes...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentir énervé(e) ou sursauter facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre situation professionnelle ou scolaire actuelle

P1. Avez-vous eu un arrêt de travail à la suite de votre accident ?

oui non je ne travaillais pas je ne sais pas

Si oui : P1.1 Quel a été la durée de l'arrêt de travail?.....

Si vous travailliez avant l'accident :

P2. L'accident a-t-il perturbé votre activité professionnelle ?

non
 oui : préciser : _____
 je ne sais pas

P3. Actuellement travaillez vous ?

oui non je ne sais pas

P4. Si vous ne travaillez pas actuellement, êtes vous :

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

Précisez :

Je ne sais pas

A partir de 15 ans

SI VOUS ETES SCOLAIRE OU ETUDIANT (si ni scolaire ou étudiant, passer à la question F1
(Environnement affectif et personnel))

E1. Avez-vous été obligé de suspendre vos études quelques temps à la suite de l'accident ?

non oui Combien de temps ?_

E2. A quel niveau êtes-vous actuellement ? *NB : si le questionnaire est fait pendant les vacances d'été, mettre le dernier niveau fréquenté*

Etudes secondaires 1^{er} cycle (collège)

Etudes secondaires 2^{ème} cycle général (lycée général)

Etudes secondaires Enseignement professionnel

Premier cycle d'études supérieures (licence, IUT, BTS, Prépa)

2nd cycle d'études supérieures (master, école d'ingénieur) .

3^{ème} cycle d'études supérieures (doctorat, spécialisations diverses)

Votre environnement affectif et personnel

F1. Aujourd'hui, l'accident perturbe t'il vos loisirs ?

je ne sais pas

non

oui vos activités (sportive, manuelles, musique...)

vos vacances

vos sorties (spectacles, restaurants, ...)

Si oui, précisez pourquoi :

.....
.....

REPERCUSSIONS FINANCIERES

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

oui non je ne sais pas

Fi2. L'accident a-t-il aujourd'hui des répercussions sur vos ressources financières ?

A partir de 15 ans

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez en quoi :

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

.....
.....

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 ? _____

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

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.

A partir de 15 ans

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