

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

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(e)

- ✓ Si vous ne savez pas répondre, cochez la case « ne sais pas ».
- ✓ Lorsqu'une question ne vous 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 : Célibataire Marié(e) Divorcé(e)

- ✓ 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 vous ressentez

pas de douleur |

				X			
--	--	--	--	---	--	--	--

 | douleur maximale imaginable
A B C D E F G H
la case cochée en E signifie que vous avez plutôt mal

- ✓ Certaines questions peuvent vous paraître redondantes, déjà posées. En fait, elles sont toutes différentes.

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

I. SITUATION ACTUELLE

I.1 Votre état de santé actuel

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

oui non je ne sais pas

Si oui,

SA1.1. Nombre d'hospitalisations

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

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez :

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

Services de soins (médicaux ou chirurgicaux) jours

Services de rééducation ou réadaptation jours

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

oui non je ne sais pas

Si oui, lesquelles :

SA3. Avez-vous encore un traitement médicamenteux en relation avec l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui précisez :

SA4. 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.....

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

Moins de 1 mois

De 1 à 6 mois

De 6 à 12 mois

A partir de 15 ans

Pas encore consolidé.....

Je ne sais pas.....

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

oui non je ne sais pas

Si oui, pendant combien de temps ?

Moins de 1 mois

De 1 à 6 mois

De 6 à 12 mois

Plus de 1 an.....

SA7. Avez vous encore des douleurs du fait de l'accident ?

non je ne sais pas → *passez à la question SA8*

oui

Si oui,

SA7.1. Indiquez nous par une croix dans une des cases le niveau de votre 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.

SA7.2. S'agit-il de douleurs ?

Permanentes

Spontanées mais non permanentes

Seulement créées dans certaines circonstances.....

(par exemple lors de certains mouvements)

SA7.3. Avez vous besoin de traitement(s) contre la douleur pour vous sentir bien ?

oui non je ne sais pas

Si oui, le ou lesquels :.....

A partir de 15 ans

Au cours du dernier mois,

		Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Bien plus que d'habitude
SA8	Avez-vous eu des douleurs à la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA9	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"/>
SA10	Avez-vous ressenti des vertiges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA11	Avez-vous eu des difficultés de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA12	Avez-vous été sensible à la lumière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA13	Avez-vous été sensible au bruit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA14	Avez-vous eu des difficultés à réfléchir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SA15. Avez-vous gardé des séquelles de vos blessures ?

- non → *passez à la question H1 page 5*
 oui je ne sais pas

Si oui

Lesquelles :
.....
.....

SA15.1. Ces séquelles entraînent-elles un ou des handicaps ?

- non → *passez à la question H1 page 5*
 oui je ne sais pas

Si oui, lesquels :
.....

SA15.2. Dans ce cas, comment ressentez vous votre handicap (indiquez, par une croix sur la ligne, où se situe selon vous votre niveau de handicap) ?

pas de handicap |__|__|__|__|__|__|__|__| handicap total
 A B C D E F G H

SA16. Actuellement, êtes vous suivi(e) par un service d'hospitalisation à domicile ou de soins à domicile ou une « équipe mobile » ?

- oui non je ne sais pas

Si oui, de quel type de suivi s'agit-il ?

Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ...

Services d'accompagnement médico-social pour les adultes HANDICAPES (SAMSAH)°

A partir de 15 ans

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Autres : lesquels :

Nombre d'heures par semaine heures

SA17. Recevez-vous une pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale ?

non oui demande en cours je ne sais pas

Si oui, de quelle catégorie ?

1ère catégorie 2ème catégorie 3ème catégorie

Quel est le taux d'incapacité retenu par la Sécurité Sociale :

SA18. Suite à votre accident, avez vous une reconnaissance « Travailleur Handicapé » par la COTOREP ?

oui non je ne sais pas

Si oui, catégorie A catégorie B catégorie C

SA19. Recevez-vous (avez-vous reçu) une Allocation « Adulte handicapé » ?

oui non je ne sais pas

Si oui :

Date de début :

JJ	MM							AAAA	

Encore en cours oui non je ne sais pas

Si non date de fin :

JJ	MM							AAAA	

SA20. Recevez-vous (avez-vous reçu) une rente d'incapacité (ou un capital) pour accident du travail ?

oui non je ne sais pas

I.2 Votre habitat actuel

H1. Si vous n'étiez pas rentré chez vous lors du questionnaire à six mois, êtes-vous retourné(e) aujourd'hui habiter chez vous ?

- oui : à quelle date

JJ	MM	AAAA
----	----	------
- non : *passez à la question H 5 page suivante*
- je ne sais pas : *passez à la question H 5*

H2. Avez-vous changé de logement personnel depuis l'accident?

- oui non je ne sais pas

Si oui

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

- oui non je ne sais pas

H3. Si vous n'êtes pas rentré(e) chez vous, où habitez-vous actuellement ?

- Chez des parents, de la famille
- Chez des amis
- En institution autre.....

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

- dans un foyer d'accueil médicalisé
- dans une maison d'accueil médicalisée (MAS)
- dans une structure de séjour de vie semi collective
- dans un foyer occupationnel (à temps complet)
- dans une Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation professionnelle (UEROS)
- dans un centre de pré-orientation professionnelle
- autre

Encore en centre de rééducation à ce jour

Si vous avez gardé un handicap merci de répondre aux questions ci-dessous ;

Si non, passez à la question P1 page suivante.

H4. Des modifications à votre logement personnel ont-elles dû être apportées en raison de votre état de santé ?

- sans objet
- oui non je ne sais pas

Si oui, lesquelles :

H5. Allez vous dans un centre d'activités de jour

- sans objet
 oui non je ne sais pas

H6. Des aménagements de votre logement faciliteraient-ils votre vie (ou votre retour au logement) ?

- oui non je ne sais pas

Si oui, lesquels :

H7. Pensez-vous que ces aménagements vont être faits ? ...

- oui non je ne sais pas

Si non, pourquoi ?

Difficultés techniques,

Difficultés financières

Autres

I-3 Votre situation professionnelle ou scolaire actuelle

P1. Etes-vous allé dans un centre de rééducation professionnelle (CRP) ?

- sans objet
 oui non je ne sais pas

P2. Actuellement travaillez vous ?

- oui non je ne sais pas

Si oui (pour ceux qui n'avaient pas encore repris le travail six mois après l'accident),

P2.1 A quelle date avez-vous repris le travail?

	JJ		MM					AAAA	

P3. Si vous ne travaillez pas actuellement, êtes vous :

- Etudiant(e) ou lycéen(ne) → passez à la question E1 p8
En retraite ou préretraite
Au chômage
En recherche d'emploi sans bénéficier du chômage ..
Père ou mère au foyer

A partir de 15 ans

En congé parental

En longue maladie ou invalidité

Autre cas

Précisez :

Je ne sais pas

P4. L'accident a-t-il perturbé votre activité professionnelle ?

non

oui

 votre emploi actuel lui même .

 votre évolution au sein de l'entreprise

 vos projets professionnels

je ne sais pas

P5. Quelle est votre profession actuelle (ou antérieure si vous avez arrêté de travailler) ?

.....

Si vous ne travaillez pas actuellement: passez à la question F1 page 10.

P6. Travaillez-vous ?:

A temps plein

A mi temps du fait de l'accident

A mi temps pour d'autres raisons

Autre temps partiel

P7. Avez-vous le même employeur qu'avant votre accident ?

oui non je ne sais pas

Si non, quelle est la raison du changement

.....

.....

P8. Avez-vous le même emploi qu'avant votre accident ?

oui non je ne sais pas

Si non, précisez en quoi il est différent.....

.....

P9. Votre poste de travail a-t-il été « aménagé » du fait de votre accident ?

- sans objet
 oui non je ne sais pas

Si oui

P9.1 Est-ce un aménagement au niveau ?

- De vos horaires de travail.....
De l'ergonomie du poste de travail.....
De la charge de travail
Autres aménagements.....

Précisez :
.....
.....

SI VOUS ETES SCOLAIRE OU ETUDIANT

(Si vous n'êtes ni scolaire ni étudiant, passez à la page 10 : I-4

E1. Si vous n'aviez pas repris vos études six mois après l'accident, les avez-vous reprises aujourd'hui

- oui à quelle date ?

JJ	MM	AAAA							

(date du retour au collège, au lycée, à la fac...)
- non passez à la question E7 page 11

E2. Quelle description définit le mieux votre retour à l'école, au collège, au lycée, à la fac etc... ?

- Retour au même niveau sans aide.....
Retour au même niveau mais avec une aide
Retour à temps partiel ou niveau inférieur
Scolarité spéciale
Changement d'orientation

E3. Dans quel type d'établissement êtes vous aujourd'hui ?

- Collège général
- Lycée général
- Lycée professionnel
- Université ou écoles supérieures
- Autre
(par exemple : enseignement à domicile, institution spécialisée)
Précisez :
- Je ne sais pas

E4. A quel niveau êtes vous actuellement ?

- 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 (maîtrise, master, école d'ingénieur)
- 3^{ème} cycle d'études supérieures (DEA, DESS, doctorat, spécialisations diverses) ...

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

E5. Pouvez vous nous dire si vous avez l'impression d'avoir 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

E6. Si vous avez des difficultés, est ce que vous pensez que c'est à cause :

- De difficultés à parler, à vous exprimer ? oui non je ne sais pas
- D'un manque de mémoire ? oui non je ne sais pas
- De difficultés à rester attentif ? oui non je ne sais pas
- De difficultés à être avec les autres oui non je ne sais pas
- De difficultés dans les activités physiques ou sportives ? .. oui non je ne sais pas

A partir de 15 ans

Si oui précisez :

.....
.....

E7. L'accident a-t-il modifié vos projets d'avenir professionnel ?

oui non je ne sais pas

Si oui pouvez vous nous donner des précisions :

.....

I-4 Votre environnement affectif et personnel

F1. Vous êtes actuellement

Célibataire	<input type="checkbox"/>	Séparé (e)	<input type="checkbox"/>
Vivant maritalement	<input type="checkbox"/>	Divorcé (e)	<input type="checkbox"/>
Concubin	<input type="checkbox"/>	Veuf ou veuve	<input type="checkbox"/>
Marié (e)	<input type="checkbox"/>	Autre situation	<input type="checkbox"/>
Pacsé	<input type="checkbox"/>		

F2. Combien de personnes vivent actuellement à votre foyer (vous compris) ?

F3. Dont combien d'enfants (0 à 18 ans) ?

F4. Depuis l'accident avez vous eu un ou des enfants ?

non concerné(e)
 oui non je ne sais pas

F5. Avez-vous ou avez-vous eu des difficultés pour en avoir ?

non concerné(e)
 oui non je ne sais pas

Si oui pouvez vous nous donner des précisions :

.....

F6. Quelle est la profession du chef de famille si ce n'est pas vous :

.....

F7. Un membre de la famille a-t-il dû modifier son activité professionnelle suite à l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui,

F7.1 Pour quel motif ?

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

En raison de votre état de santé 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 :

F7.2. Est-ce une modification de type :

Arrêt de travail temporaire (congé sans solde)..... 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 :

.....

F8. Pensez vous que votre accident a eu des conséquences sur la vie quotidienne de votre entourage ?

oui non je ne sais pas

Si oui, pouvez vous nous expliquer :

.....

.....

F9. L'accident a-t-il perturbé votre vie affective ?

je ne sais pas

non

oui votre entente avec votre conjoint, ami(e)

vos relations amicales

vos relations familiales (enfants, parents...)

Vous pouvez ajouter un commentaire :

.....

II. REPERCUSSIONS FINANCIERES

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

oui non je ne sais pas

Fi1.1. Si oui, pourquoi ?

- ◆ Prise en charge de la sécurité sociale tardive .. oui non je ne sais pas
- ◆ Perte de salaire oui non je ne sais pas
- ◆ Nécessité d'équipements ou de modifications
du logement coûteux oui non je ne sais pas
- ◆ Nécessité d'avoir 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
- ◆ Autres, précisez :

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

Fi2. Recevez-vous (avez-vous reçu) une rente (ou un capital) par une assurance ou une mutuelle suite à votre accident ?
(en dehors du remboursement des frais de réparation du véhicule) ?

oui non je ne sais pas

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

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

oui non je ne sais pas

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

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez en quoi :

.....

III. VOTRE COMPORTEMENT SUR LA ROUTE

C1. Aviez-vous l'habitude de conduire un deux-roues avant l'accident ?

oui non je ne sais pas

C2. Aujourd'hui conduisez vous un deux-roues ?

oui non je ne sais pas

C3. Aviez-vous l'habitude de conduire une voiture avant l'accident ? (ou un camion...)

oui
 non, car je n'avais pas mon permis
 non, mais j'avais mon permis
 je ne sais pas

C4. Si vous n'aviez pas votre permis de conduire au moment de l'accident, l'avez-vous passé depuis ou avez-vous l'intention de le passer ?

oui non je ne sais pas

Si oui, lequel

Si non, pourquoi

.....

C5. Si vous avez le permis voiture, aujourd'hui conduisez-vous une voiture?

oui non je ne sais pas

C6. Avez-vous, depuis l'accident dont on parle, eu d'autres accidents de la route ?

oui non je ne sais pas

C7. Selon vous, l'accident a-t-il modifié votre comportement sur la route ?

oui non je ne sais pas

A partir de 15 ans

C8. Merci de mettre une croix dans la case correspondant à ce qui se rapproche le plus de votre attitude actuelle pour chacun des comportements proposés

Aujourd'hui	Toujours	Souvent	Quelquefois	Jamais	Je ne sais pas	Je ne suis pas concerné(e)
Je refuse de passer sur la route où j'ai eu mon accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je roule lentement sur les routes de campagne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'attache ma ceinture en voiture						
- aux places avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux places arrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive de laisser les enfants libres à l'arrière de la voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais du scooter, de la moto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive de conduire un véhicule (deux roues, voiture, camions...) quand j'ai bu de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je traverse quand il n'y a pas de voiture même si c'est rouge pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je respecte la signalisation routière (stop, passage protégé, feu rouge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive de passer alors que le feu est orange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je roule moins vite en ville qu'avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En vélo, je porte un casque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis attentif aux piétons ou aux deux-roues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je diminue ma vitesse lors des intempéries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En voiture, mes enfants sont attachés dans un siège adapté à leur âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive de dépasser les limites de vitesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive de ne pas porter de casque attaché en moto ou en scooter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. MEDICAMENTS

M1. Prenez vous encore des médicaments en relation avec l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si oui précisez :

.....

.....

M2. Durant les douze derniers mois avez-vous pris :

	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais	Combien ?	
Des médicaments psychostimulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Lesquels ? _____
Des somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Lesquels ? _____
Des antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Lesquels ? _____
Du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cigarettes/j	
Du vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ verres/j	
De la bière ou du cidre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ verres/j	
Des alcools forts (vodka, whisky, martini....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ verres/j	
Du cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cigarettes	Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/>
Une autre substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ /semaine	Laquelle ? _____

V. 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"/>

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

.....
.....

Depuis le dernier questionnaire,

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

oui non je ne sais pas

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

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

Vous pouvez ajouter une précision :

Questionnaire rempli par :

- Auto questionnaire* *Entretien dans un centre médical*
- Entretien à domicile* *Autre*

Personne qui a répondu au questionnaire

- Le 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).