

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 :

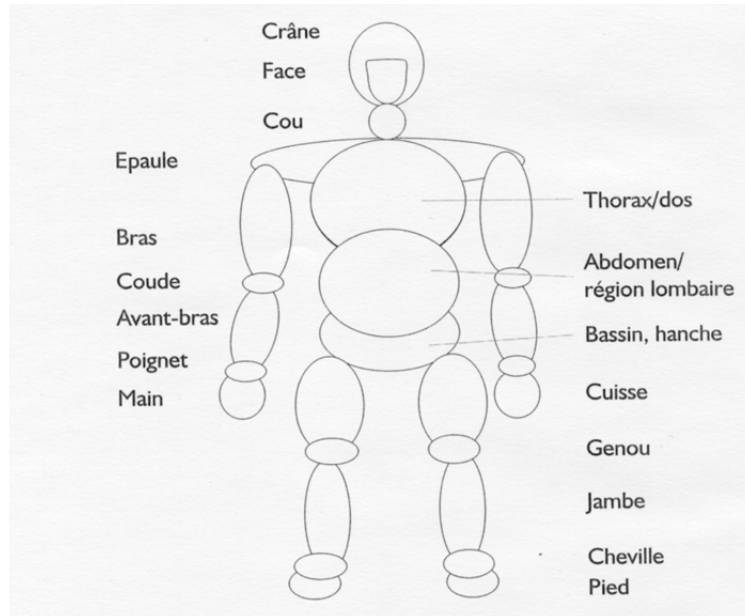
Nous vous remercions de bien vouloir cocher la case ci-dessous et nous renvoyer le questionnaire tel quel dans l'enveloppe jointe (vous n'avez pas besoin de l'affranchir), après avoir vérifié et complété les indications portées sur la page de couleur verte jointe dans le questionnaire.

Téléphone

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 de croix sur le dessin du corps, les zones où vous avez été blessé (e) :



M2. Vous souvenez-vous de l'accident ?

oui non je ne sais pas

Si non,

M2.1 Quelle est la durée de votre 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. Avez-vous été hospitalisé (e) ?

oui non je ne sais pas

Si vous n'avez pas été hospitalisé(e), passez directement à la question SA1, page 5.

Si vous avez été hospitalisé(e), merci de répondre aux questions suivantes :

HOSPITALISATIONS

M4. Pouvez vous nous indiquer dans quels services médicaux ou chirurgicaux vous avez séjourné - 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.....			
Du..... Au.....			
Du..... Au.....			
Du..... Au.....			

M5. Vos blessures ont-elles nécessité des opérations ?

oui non je ne sais pas

Si oui combien lesquelles :
.....

M6. Avez-vous eu des complications médicales ?

(par exemple : infection nosocomiale, embolie...)

oui non je ne sais pas

Si oui lesquelles :
.....

II. EVOLUTION DE VOTRE 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 votre séjour en service de rééducation dont on a parlé avant)

oui non je ne sais pas

Si oui, votre 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 votre 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. 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 :

S2.3. Quelle a été la durée totale de ces nouvelles hospitalisations ?

Services de soins (médicaux ou chirurgicaux) jours

Services de rééducation ou réadaptation jours

III. SITUATION ACTUELLE

III-1 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. 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
- Pas encore consolidé
- Je ne sais pas.....

SA3. 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.....

SA4. Avez vous encore des douleurs du fait de l'accident ?

- non je ne sais pas → *passez à la question SA5*
 oui

A partir de 15 ans

SA12. Avez-vous gardé une ou des séquelles physiques de vos blessures ?

non je ne sais pas → *passez à la question SA14*

oui

Si oui

Lesquelles :

.....

SA12.1 Ces séquelles entraînent-elles un ou des handicaps ?

non je ne sais pas → *passez à la question SA15*

oui

Si oui, lesquels :

.....

SA12.2 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

SA13. Actuellement, êtes vous suivi(e) par un service d'hospitalisation à domicile ou de soins à domicile ou par 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)°

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Autres : lesquels :

Nombre d'heures par semaine

|__|__| heures

A partir de 15 ans

SA14. 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 :

SA15. 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

SA16. 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							

SA17. Recevez-vous (avez-vous reçu) une rente d'incapacité (ou un capital) pour accident du travail ?

oui non je ne sais pas

III-2 Votre habitat actuel

H1. Si vous êtes retourné (e) habiter chez vous, avez-vous changé de logement depuis l'accident?

oui non je ne sais pas

Si oui

H1.1 Est-ce en raison de votre santé ?

oui non je ne sais pas

H2. Si vous vous n'habitez pas 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.

H3. Des modifications au logement où vous vivez actuellement ont-elles dû être apportées en raison de votre état de santé ?

sans objet

oui non je ne sais pas

Si oui, lesquelles :

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

Etudiant(e) ou lycéen(ne) → *passez à la question E1p 13*

En retraite ou préretraite

Au chômage

En recherche d'emploi sans bénéficié du chômage ..

Père ou mère au foyer

En congé parental

En longue maladie ou invalidité

Autre cas

Précisez :

Je ne sais pas

P5. 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

Si vous ne travaillez pas : passez à la question F1 ; page 15

Si vous travaillez, continuez :

P6., Quelle est votre profession actuelle ? _____

P7. Travaillez-vous ?

A temps plein

A mi temps du fait de l'accident

A mi temps pour d'autres raisons

Autre temps partiel

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

oui non je ne sais pas

Si non, quelle est la raison du changement
.....
.....

P9. Avez-vous le même emploi qu'avant votre accident ?

oui non je ne sais pas

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

P10. Votre poste de travail a-t-il été aménagé du fait de votre accident ?

sans objet
 oui non je ne sais pas

Si oui

P10.1 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 SCOLARISE OU ETUDIANT

(Si vous n'êtes ni scolarisé ni étudiant, passez à la page 15)

E1. Avez-vous interrompu vos études en raison de votre accident ?

oui non je ne sais pas

E2. Si vous avez interrompu vos études, à quelle date les avez-vous reprises (date du retour au collège, au lycée, à la fac...)?

JJ	MM	AAAA							

Si vous n'avez pas encore repris vos études :

cochez cette case et passez à la question E8 p 16

Si vous avez repris, continuez

E3. 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

E4. 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

E5. A quel niveau êtes vous actuellement ?

A partir de 15 ans

- 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

E6. 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

E7. 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

Si oui précisez :

.....
.....

E8. L'accident a-t-il modifié vos projets d'avenir professionnels ?

- oui non je ne sais pas

Si oui pouvez vous nous donner des précisions :

.....

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

F6. 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,

F6.1 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 :

F6.2. 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

A partir de 15 ans

Autre..... oui non je ne sais pas

Précisez :

F7. 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 :

.....

F8. L'accident a-t-il perturbé votre vie affective ?

je ne sais pas

non

oui votre entente avec votre conjoint, ami(e), ...

votre vie sexuelle

vos relations amicales

vos relations familiales (enfants, parents...)

Vous pouvez ajouter un commentaire :

.....

F9. L'accident a-t-il modifié vos « projets » ?

je ne sais pas

non

oui projet de mariage

projet d'avoir un enfant,

projets immobiliers

autres

Si oui pouvez vous nous donner des précisions :

.....

.....

.....

F10. 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 :

.....

.....

F11. Quelles sont aujourd'hui vos activités de loisirs ?

(Voici une liste de loisirs, suivi chacun d'un numéro ; entourez les numéros des activités que vous pratiquez habituellement)

- Télévision 1; Lecture 2; Voir des amis 3; Faire de la musique 4;
- Jouer à l'ordinateur ou console 5; Faire du sport 6;
- Sortir (ciné, restaurant, boîte) 7; Travail manuel (broderie, peinture, reliure, modèles réduits...) 8;
- Autre 9 : préciser

Dans les cases ci-dessous, inscrivez les numéros des activités de loisir qui sont pour vous aujourd'hui les plus importantes en les classant par ordre de préférence, etc...)

En 1 : |__| ; en 2 |__| ; en 3 |__|

IV. 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 encore des répercussions sur vos ressources financières ?

oui non je ne sais pas

Si oui, précisez en quoi :

.....

V. 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 16 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	Quelque fois	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 - aux places arrière	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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"/>

A partir de 16 ans

Aujourd'hui	Toujours	Souvent	Quelque fois	Jamais	Je ne sais pas	Je ne suis pas concerné(e)
Je traverse sur les passages protégés	<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"/>

VI. 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	Noms ? _____
Des somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Noms ? _____
Des antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Noms ? _____
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, ...)	<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? _____

VII. 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 16 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"/>

A partir de 16 ans

		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"/>
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 16 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"/>

A partir de 16 ans

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
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"/>

VIII. QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Si vous n'avez pas été hospitalisé, cette rubrique ne vous concerne pas : passez directement à la question OK4 page 31

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

A partir de 16 ans

OK1. Au cours de votre (ou de vos) séjour(s) dans les services de soins médicaux (ou chirurgicaux), que diriez vous en terme de qualité :

On ne parle pas dans cette question des éventuels séjours en centre de rééducation (les cases vides vous permettent de mettre ce que vous voulez ajouter à la liste déjà établie)

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

Quelle que soit la réponse vous pouvez préciser :

.....

.....

Si vous êtes allé(e) dans un service de rééducation ou réadaptation,
merci de répondre aux questions suivantes.

Si non passez directement à la question OK4 page 29.

A partir de 16 ans

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 ce centre, êtes-vous (en terme de satisfaction)

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

Quelle que soit la réponse vous pouvez préciser :

A partir de 16 ans

OK4. A votre 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. Si oui, en avez-vous été :

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

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

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

- oui non je ne sais pas

OK7. Après votre retour à 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

Si vous avez bénéficié d'un accompagnement psychologique, pensez vous qu'il vous a été

Très bénéfique

Plutôt bénéfique

Sans effet

Plutôt déstabilisant

Très déstabilisant

Je ne sais pas

Précisez le type d'aide

.....

Vous pouvez ajouter d'autres précisions :

.....

Si non

OK7-2. Pensez vous qu'une aide psychologique vous 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 dont vous avez bénéficié ?

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

OK10. Selon vous, auriez-vous eu besoin d'autre chose que vous n'avez pas eu ?

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

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

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

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

A partir de 16 ans

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).