

Numéro d'identification ESPARR: |_|_|_|||_|_|_|_|_|_|



«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 initial adultes (16 ans et plus)

CONSIGNES ENQUÊTEUR

Qui peut être inclus dans l'enquête : tous les accidentés de la circulation routière susceptibles d'appartenir au Registre des victimes d'accidents du département, c'est-à-dire si :

- ◆ L'accident a eu lieu dans le département du Rhône
- ◆ Le blessé habite le département du Rhône
- ◆ L'accident impliquait un moyen mécanique de locomotion (avec roues) de type VL, 2 roues, planche, patins, bus, camion.....)

Critères d'exclusion : Le blessé n'habite pas dans le Rhône : il s'agit d'une des premières questions à poser.

Ce questionnaire s'adresse aux adultes de 16 ans et plus.

Livret Patient : Remettre le livret d'explication au patient (ou la famille), après qu'il ait vu un médecin, en prenant soin de lui expliquer oralement l'enquête et le suivi qui va être mis en place. Obtenir ensuite son consentement.

Le consentement doit être signé par l'accidenté ou par une personne de sa famille (incapacité liée à l'état de santé) - dans ce cas, dès que son état le permettra, son consentement sera recueilli.

Qui répond aux questions ? De préférence l'accidenté. Dans certains cas (incapacité liée à l'état de santé), les questions pourront être posées à la famille. Ne pas oublier de le mentionner.

Satisfaction : Les questions concernant la satisfaction par rapport aux soins ne pourront être posées qu'en différé le plus souvent. Prévenir les personnes qu'elles seront contactées par téléphone, sans oublier de noter leurs coordonnées.

En cas de refus de participer, l'enquêteur doit compléter obligatoirement les raisons du refus dans le questionnaire d'identification.

Numéro d'inclusion :

Dans chaque service, tous les patients susceptibles de rentrer dans l'étude seront numérotés (numéro d'identification), qu'ils participent ou non.

Le numéro d'inclusion est le numéro du service dans lequel est le patient suivi de son numéro d'identification.

Ex : SMA service 01

Le premier patient que l'enquêteur contactera dans ce service sera le patient 0001

Son numéro d'inclusion sera donc le | 0 | 1 || 0 | 0 | 0 | 1 |

Cahier d'enquête : L'enquêteur devra tenir à jour un cahier par service afin d'attribuer ses numéros d'identification, noter les acceptations ou refus, effectuer le suivi.

Questionnaire : certaines questions peuvent ne pas concerner le malade interrogé (questions relatives aux études si le patient est en activité professionnelle). Dans ce cas passer directement aux questions suivantes.

Le questionnaire sur les facteurs de risque ne concerne que les conducteurs de VL, PL ou 2 roues.

Consignes enquêteur : attention aux consignes enquêteur inscrites en bleu

A compléter par l'enquêteur

Date de l'entretien

JJ	MM	AAAA

Entretien réalisé :

Par téléphone

À l'hôpital

Service dans lequel se déroule l'entretien :

Qui répond à ce questionnaire ? :

Consigne enquêteur : Si la victime ne peut pas répondre, une personne de son entourage est invitée à répondre à sa place.

Le blessé lui-même

ou

Son père ou sa mère

Son ou sa partenaire ou conjoint

Autre préciser :

Préciser la raison pour laquelle le blessé ne peut répondre

FICHE ACCIDENT

Ces questions sont destinées à comprendre les circonstances de votre accident

Consignes enquêteur : Si le sujet n'a pas de souvenir de l'accident, cochez cette case

Essayer d'avoir les informations manquantes auprès d'autres personnes

A-1. Date de l'accident ?

JJ	MM	AAAA							

heure : |__|__| h |__|__| mn

A-2. A quel moment de la journée s'est passé l'accident ?

- De jour
- De nuit
- Entre chien et loup
- NSP

A-3. Quel était le motif du déplacement au cours duquel l'accident a eu lieu ?

- Trajet domicile -travail
- Trajet domicile -école.....
- Promenades, loisirs
- Départ/retour vacances
- Courses, achats
- Retour de soirée
- Autre déplacement privé.....
- Utilisation professionnelle

- préciser* : transport de marchandises
- transport de personnes.....
- mission de service.....
- mission de commerce.....
- dans le cadre du fonctionnement interne de l'entreprise
- travail sur la voie publique.....
- autre

Autre

NSP

A-4. Lors de cet accident, étiez - vous :

- Piéton
- En roller, patins, planche, trottinette
- À bicyclette
- À cyclomoteur
- À moto
- puissance* : <125 cm³ =125 cm³
- À scooter
- puissance* : <50 cm³ =50cm³

- Dans une voiture
- Dans un véhicule utilitaire léger
- Dans un poids lourd
- Dans un moyen de transport en commun
- Autre
- préciser :
- Ne sait pas

A-5. Lieu de l'accident :

Nom de la commune, ville, village

Nom de la voie (route, rue) ou de l'endroit.....

Circonstances.....

.....

.....

A-6. Antagonistes (directement en contact avec la victime et/ou son véhicule)

- Aucun
- Piéton
- En roller, patins, planche, trottinette
- Véhicule en circulation
- Véhicule fixe.....
- Obstacle fixe.....
- Autre

Voiture	<input type="checkbox"/>
Camionnette	<input type="checkbox"/>
Camion	<input type="checkbox"/>
Car/bus	<input type="checkbox"/>
Tramway	<input type="checkbox"/>
Deux-roues motorisées	<input type="checkbox"/>
Vélo	<input type="checkbox"/>

Préciser :

.....

A-7. Y a t il eu d'autres victimes de votre famille ou des proches dans cet accident ?

oui non NSP

A-8. Si oui, quel est votre lien de parenté avec ces victimes ?

- Conjoint, concubin, petit(e) ami(e) oui non NSP
- Père oui non NSP
- Mère oui non NSP
- Frère ou sœur oui non NSP
- Oncle ou tante..... oui non NSP
- Grands parents oui non NSP
- Enfants..... oui non NSP
- Ami(e)(s) oui non NSP
- Autre oui non NSP
- préciser

A-9. Savez-vous si elles sont blessées ? (Quelle est la gravité de l'atteinte de chaque personne ?)

Consigne enquêteur : Ne pas dire le niveau. Attendre que la personne le dise quand on lui demande la gravité, cocher alors la case correspondante.

- 1. léger grave dcd NSP
- 2. léger grave dcd NSP
- 3. léger grave dcd NSP
- 4. léger grave dcd NSP
- 5. léger grave dcd NSP

Si vous étiez piéton, en roller, planche, trottinette...

non concerné *passez à la rubrique suivante*

A-10. Où l'accident a-t-il eu lieu ?

- Sur un passage piéton oui non
- Lors de la sortie d'un transport en commun oui non
- Sur le trottoir oui non
- Sur la chaussée, hors passage protégé oui non
- Sur un parking oui non
- Autre lieu oui non
- préciser :*
- NSP

A-11. Portiez-vous des protections spécifiques ?..... oui non NSP
Si piéton, cochez non concerné..... non concerné

A-12. Si oui, lesquelles ?
.....

Consigne enquêteur : Passez ensuite question A-28 page 9

Si vous étiez à 2 roues

non concerné [passez à la rubrique suivante](#)

A-13. Quelle était votre place ?

- Conducteur 2 roues
Passager 2 roues

A-14. Portiez-vous un casque? oui non NSP

A-15. Si oui, s'agissait-il d'un casque :

- Casque vélo oui non NSP
Casque de moto ou de cyclo homologué oui non NSP
 Dans ce cas, s'agit-il d'un casque :
 Intégral
 Modulaire
 Jet
 NSP
D'occasion ou usagé oui non NSP

A-16. Si oui, était-il attaché sur votre tête? oui non NSP

A-17. Avez-vous été éjecté (envol de plusieurs mètres)? oui non NSP

Si vous étiez à scooter

A-18. Le moteur du scooter avait-il été débridé? oui non NSP

[Consigne enquêteur](#) : Passez ensuite question A-28 page 9

Si vous étiez dans un véhicule à 4 roues

non concerné [passez à la rubrique suivante](#)

A-19. Quelle était votre place ?

- | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ◆ conducteur <input type="checkbox"/> | ◆ passager arrière droit <input type="checkbox"/> |
| ◆ passager avant <input type="checkbox"/> | ◆ NSP <input type="checkbox"/> |
| ◆ passager arrière centre <input type="checkbox"/> | ◆ Autre (car, Espace à deux rangs passagers...)... <input type="checkbox"/> |
| ◆ passager arrière gauche <input type="checkbox"/> | |

A-20. Quel était le nombre total d'occupants ? (y compris vous) |__|__|

A-21. Etiez vous

- Dans votre véhicule personnel (ou véhicule familial) ?
- Dans un véhicule professionnel?
- Dans un autre véhicule?.....
- NSP ?

A-22. Aviez vous attaché votre ceinture de sécurité ? oui non NSP
Véhicule ou place non équipé (e)

Si oui,

A-22.1. Utilisez vous une pince pour donner du jeu à la ceinture ? oui non NSP

A-22.2. Type de ceinture ?

- Ceinture 2 points . Type inconnu....
- Ceinture 3 points . NSP
- Harnais.....

A-23. L'air bag s'est il déclenché à votre place? oui non NSP
Véhicule ou place non équipé (e)

A-24. Avez-vous été éjecté? oui non NSP

A-25. Quel a été l'emplacement du premier choc sur le véhicule ?

- Frontal Latéral droit
- Arrière Latéral gauche
- NSP

A-26. Le véhicule s'est il retourné ? oui non NSP

A-27. Dans quel type de véhicule étiez-vous (indiquer, si possible, sa marque, modèle et l'année de sa mise en circulation et son type mine) ?

- Type de véhicule : NSP
- Année de mise en circulation :|__|__| NSP
- Type mine : NSP

Pour tous les cas précédents

A-28. Pouvez vous nous donner d'autres informations sur l'accident ?

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

DONNEES GENERALES

Maintenant, je vais vous poser des questions plus générales sur votre environnement familial, professionnel, loisirs :

Environnement familial et personnel

F-1. Quelle est votre situation de famille actuelle ?

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Célibataire | <input type="checkbox"/> | Séparé (e)..... | <input type="checkbox"/> |
| Marié (e)..... | <input type="checkbox"/> | Divorcé (e)..... | <input type="checkbox"/> |
| Pacsé (e) | <input type="checkbox"/> | Veuf ou veuve..... | <input type="checkbox"/> |
| Autre vie de couple | <input type="checkbox"/> | | |
| Autre | <input type="checkbox"/> | | |
| <i>préciser</i> : | | | |
| NSP..... | <input type="checkbox"/> | | |

F-2. Combien de personnes vivent actuellement à votre foyer (ou à celui de vos parents) (vous compris) ?

|_|_|

F-3. Dont combien d'enfants (0 à 18 ans) ?..... |_|_|

F-4. Quel est le type de logement ?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Maison particulière | <input type="checkbox"/> |
| Appartement..... | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> |
| <i>préciser</i> : | |

F-5. Etes-vous (ou vos parents) ?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Propriétaire | <input type="checkbox"/> |
| Locataire | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> |
| <i>préciser</i> : | |
| NSP..... | <input type="checkbox"/> |

F-6. Pratiquez vous habituellement un sport ? oui non NSP

Si oui,

Le ou lesquels :

Combien d'heures par semaine : |_|_| heures(s) |_|_| minutes

F-7. Pratiquez vous habituellement une activité artistique de type musique, danse, dessin etc ?

oui non NSP

Si oui,

Le ou laquelle
 (en particulier précisez l'instrument ou l'activité pratiqué (e))

Combien d'heures par semaine : |_|_| heures(s) |_|_| minutes

F-8. Je vais vous donner une liste d'activités de loisirs : pouvez - vous me dire quelles sont vos activités de loisirs préférées ? (Entourer les chiffres correspondants)

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 **7** (ciné, restaurant, boîte);

Autre **8** préciser :

Classer les 3 activités principales par ordre d'importance En 1 : |_| ; en 2 |_|; en 3 |_|
 (Mettre le numéro de l'activité correspondante)

F-9. Avez vous vécu les situations suivantes au cours de l'année qui vient de se passer?

- Naissance, adoption oui non NSP
- Naissance, adoption ½ frère ou ½ sœur oui non NSP
- Départ d'enfants du foyer oui non NSP
- Mariage oui non NSP
- Divorce, séparation oui non NSP
- Recomposition de famille oui non NSP
- Déménagement oui non NSP
- Hospitalisation oui non NSP
- Décès d'un proche oui non NSP
- Perte d'emploi oui non NSP
- Difficultés financières oui non NSP
- Rupture affective oui non NSP
- Echec oui non NSP
- Autre événement oui non NSP

F-10. Avez-vous des projets pour l'année qui vient ?

- Déménagement oui non NSP
 - Mariage oui non NSP
 - Fiançailles oui non NSP
 - Changement professionnel oui non NSP
 - Grand voyage oui non NSP
 - Autre événement oui non NSP
- préciser :

Environnement professionnel

Consigne enquêteur : dans tous les cas, remplir ces rubriques même si le patient est lycéen ou étudiant

P-1. Quelle est votre activité professionnelle habituelle:

P-1.1 Précisez plus particulièrement votre emploi (décrire les principales tâches du travail):

.....

.....

P-1.2 Cocher ensuite une case de la nomenclature des CSP

- | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|
| Agriculteur | <input type="checkbox"/> |
| Artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> |
| Cadres et professions intellectuelles supérieures | <input type="checkbox"/> |
| Profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> |
| Employé | <input type="checkbox"/> |
| Ouvrier | <input type="checkbox"/> |
| N'a jamais eu de profession (étudiant, mère au foyer...) | <input type="checkbox"/> |
| NSP | <input type="checkbox"/> |

P-2. Quel est le plus haut diplôme que vous avez obtenu à ce jour ?

..... En quelle année

P-3. Travaillez-vous actuellement ?

oui non NSP

Consigne enquêteur : si la victime ne travaille pas actuellement ou si elle n'a jamais travaillé, remplir la question P-4 puis passer à la question P-6

P-4. Si vous ne travaillez pas actuellement, êtes vous :

- | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| En formation, étudiant, lycéen | <input type="checkbox"/> |
| En recherche d'emploi | <input type="checkbox"/> |
| Dans ce cas, recevez-vous des indemnités de chômage ?. | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP |
| En longue maladie ou invalidité | <input type="checkbox"/> |
| En retraite ou préretraite | <input type="checkbox"/> |
| Au foyer | <input type="checkbox"/> |
| En congé parental | <input type="checkbox"/> |
| Autre cas | <input type="checkbox"/> |
| <u>préciser</u> : | |
| NSP | <input type="checkbox"/> |

Si la victime travaille ou est en congé parental,

P-5. Quel est votre statut dans la profession ?

- Salarié de l'Etat
- Salarié d'une collectivité locale
- Salarié d'une entreprise publique
- Salarié d'une entreprise privée en CDD
- Salarié d'une entreprise privée en CDI.....
- Travailleur indépendant.....
- Milieu protégé
- Contractuel de l'état
- Stagiaire.....
- Autre
- Sans objet
- NSP

Pour tous

P-6. Bénéficiez-vous de la sécurité sociale ?

- oui
 - en tant qu'assuré social
 - en tant qu'ayant droit d'assuré social
- non
 - préciser la raison :
- NSP

P-7. Bénéficiez-vous d'une Mutuelle ?

- oui non NSP

Si le sujet est assuré social, passer au chapitre suivant

P-8. Si vous n'êtes pas l'assuré social, par qui êtes-vous pris en charge au niveau de l'assurance maladie ?

- Conjoint (concubin) père mère
- Autre : préciser :

Si vous êtes pris en charge au niveau de la sécurité sociale par une autre personne

P-8.1. Quelle est sa profession ?

Emploi (en clair) _____

Remplir la nomenclature CSP :

- Agriculteur
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- N'a jamais eu de profession
- NSP

P-8.2. Travaille t'elle actuellement ?

- oui non NSP

Si elle ne travaille pas,

P-8.2-1. Si elle ne travaille pas actuellement, est-elle ? :

- En formation.....
- En recherche d'emploi
- Dans ce cas, reçoit-elle des indemnités de chômage ? oui non NSP
- En longue maladie ou invalidité.....
- En retraite ou préretraite.....
- Au foyer.....
- En congé parental.....
- Autre cas.....
- Préciser :*
- NSP.....

Si elle travaille ou elle est en congé parental,

P-8.2-2. Quel est son statut dans la profession ?

- Salarié de l'Etat
- Salarié d'une collectivité locale
- Salarié d'une entreprise publique.....
- Salarié d'une entreprise privée en CDD
- Salarié d'une entreprise privée en CDI.....
- Travailleur indépendant.....
- Milieu protégé.....
- Contractuel de l'état.....
- Stagiaire
- Autre.....
- Sans objet.....
- NSP.....

L-5. Est-ce que cela se traduit par des difficultés :

- Dans la lecture ? oui non NSP
- Dans l'écriture ou la rédaction? oui non NSP
- Dans les maths ? oui non NSP
- Dans le raisonnement ? oui non NSP
- Dans les activités manuelles ? oui non NSP
- Dans les activités physiques ou sportives ? oui non NSP

L-6. Quelle orientation professionnelle avez-vous choisie (ou allez vous choisir) ?

.....
.....
Ne sait pas encore

L-7. Faites vous des jobs étudiants parallèlement à vos études (par exemple jobs d'étés, baby sitting) ?

oui non NSP

Si oui préciser :
.....
.....
.....

ETAT DE SANTE ANTERIEUR A L'ACCIDENT

Rappel à l'enquêteur : bien se situer toujours à la période **avant l'accident**

S-1. Quel est votre poids ? Poids (Kg) _____

S-2. Quelle est votre taille ? Taille (cm) _____

S-3. Avant l'accident, souffriez vous de façon habituelle

Troubles du rythme cardiaque..... oui non NSP

Si oui traitement en cours oui non NSP

Maladie coronarienne oui non NSP

Si oui traitement en cours oui non NSP

Hypertension artérielle oui non NSP

Si oui traitement en cours oui non NSP

Autres troubles cardiovasculaires oui non NSP

Si oui traitement en cours oui non NSP

Asthme oui non NSP

Si oui traitement en cours oui non NSP

Migraine..... oui non NSP

Si oui traitement en cours oui non NSP

Diabète..... oui non NSP

Si oui traitement en cours oui non NSP

Epilepsie oui non NSP

Si oui traitement en cours oui non NSP

Apnée du sommeil (sommeil avec des pauses respiratoires). oui non NSP

Si oui traitement en cours oui non NSP

Troubles de la vue oui non NSP

Si oui, préciser lesquels :

Si oui traitement en cours oui non NSP

Portez - vous des lunettes ou lentilles ? oui non NSP

Troubles ostéo articulaires oui non NSP

Si oui, préciser lesquels :

Si oui traitement en cours oui non NSP

Avez - vous un problème auditif oui non NSP

Si oui, préciser lesquels :

Si oui traitement en cours oui non NSP

Portez-vous un appareil auditif ?..... oui non NSP

Autres maladies oui non NSP

Si oui, préciser lesquelles :

S-4. Avez-vous eu pendant les 12 derniers mois un ou des accidents (sports, route en dehors de celui-ci, ...) ayant entraîné une incapacité temporaire (arrêt de travail, dispense de sport,...) ?

oui non NSP

Si oui préciser:

S-5. Avez-vous déjà été hospitalisé (e) ? oui non NSP

Si oui, en quelle (s) année (s) et pour quelle (s) raison(s) ?

- Année :ou âge motif
- Année :ou âge motif
- Année :ou âge motif
- Année :ou âge motif

S-6. Avez vous gardé une ou des séquelles (physique ou psychique) des troubles de santé cités ci-dessus ?

oui non NSP

Si oui lesquelles :

Avant l'accident....

S-7. Aviez-vous des troubles du sommeil ? oui non NSP

S-7.1. Si oui, s'agissait il de

Difficultés d'endormissement oui non NSP

Réveils multiples oui non NSP

Réveil prématuré..... oui non NSP

Hypersomnie oui non NSP

Terreurs nocturnes oui non NSP

S-8. Au cours de la dernière année avez-vous été suivi régulièrement (au moins une fois par semaine pendant au moins trois mois de suite) par :

Un kinésithérapeute oui non NSP

Un orthophoniste oui non NSP

Un ergothérapeute oui non NSP

Un psychologue oui non NSP

Un psychomotricien oui non NSP

S-9. Durant les douze (derniers) mois (avant l'accident) avez vous pris ?

	Plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	jamais	Combien ?	Noms des médicaments
Des médicaments contre l'anxiété (anxiolytiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Quoi ? _____
Des antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Quoi ? _____
Des somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Quoi ? _____
Des médicaments dopants, stimulants...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ comprimés/j	Quoi ? _____

S-10. Durant les douze derniers mois avez vous pris ?

	Plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	jamais	Combien ?	
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	

S-11 Durant les douze derniers mois avez vous pris ?

	Plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	jamais	Combien ?	
Du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____Cigarettes/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 psychoactive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/semaine	Quoi ? _____

FACTEURS DE RISQUE D'ACCIDENT

Fiche à remplir si la victime était le conducteur du véhicule dans lequel elle se trouvait

Consigne enquêteur : Bien ré expliquer que les données qui suivent ne seront communiquées à personne, mais qu'il est important pour nous de connaître les circonstances qui entourent l'accident.

Vous étiez conducteur du véhicule accidenté (voiture, poids lourds, véhicule utilitaire léger ...)

FR-1. S'agissait il d'un usage

- | | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Quotidien (régulier)..... | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> NSP |
| De week end ou de loisirs..... | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Saisonnier (été)..... | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Apprentissage de la conduite (auto-école) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Apprentissage de la conduite accompagnée..... | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> NSP |

FR-2. Nombre de Km faits en moyenne par an..... |_|_|_|_|_|_|_|_| NSP

FR-3. Quel pourcentage de ces km est réalisé dans le cadre du travail (trajet travail compris) ?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Pas ou pratiquement pas..... | <input type="checkbox"/> |
| Moins de 50 % | <input type="checkbox"/> |
| Environ 50 %..... | <input type="checkbox"/> |
| Plus de 50 % | <input type="checkbox"/> |
| La totalité ou presque | <input type="checkbox"/> |
| NSP..... | <input type="checkbox"/> |

FR-4. Nombre d'heures (ou minutes) de conduite en moyenne par jour : |_|_| h | |_|_| mn NSP

D'une façon générale

FR-5. Est-ce que vous téléphonez en conduisant ?

- | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------|
| Jamais..... | <input type="checkbox"/> |
| Très peu (moins de 10 % du temps de conduite)..... | <input type="checkbox"/> |
| Moins de 50 % du temps de conduite | <input type="checkbox"/> |
| Environ 50 % du temps de conduite..... | <input type="checkbox"/> |
| Plus de 50 % du temps de conduite | <input type="checkbox"/> |
| Presque 100 % du temps de conduite..... | <input type="checkbox"/> |
| NSP..... | <input type="checkbox"/> |

Si le sujet téléphone

FR-5.1 Utilisez vous un kit main libre ? oui non NSP

FR-6. Est-ce que vous fumez en conduisant ? non fumeur
 oui non NSP

FR-7. Est ce que vous mangez en conduisant ? oui souvent
 ça m'arrive non jamais NSP

FR-8. Est-ce que vous écoutez la radio (CD ou cassette) en conduisant ?
 oui non NSP

FR-9. Est-ce que vous mettez des CD ou cassettes en conduisant ?
 oui non NSP

FR-10. Avez-vous l'habitude de discuter avec les autres occupants du véhicule quand vous conduisez ?
 oui non NSP

Au moment de l'accident

FR-11. Est-ce que vous téléphoniez au moment de l'accident ? oui non NSP

Si oui

FR-11.1, utilisiez vous un kit main libre ? oui non NSP

FR-12. Est-ce que vous fumiez au moment de l'accident ? non fumeur
 oui non NSP

FR-13. Est ce que vous mangiez au moment de l'accident? oui non NSP

FR-14. Est-ce que vous écoutiez la radio (CD ou cassette) au moment de l'accident ?
 oui non NSP

FR-15. Etiez vous en conversation (avec les autres occupants du véhicule) au moment de l'accident ?
 oui non NSP

FR-16. Avez vous été distrait(e) par quelque chose au moment de l'accident ?
 oui non NSP

FR-17. Est-ce que vous vous sentiez fatigué au moment de l'accident ? oui non NSP

FR-17.1. Si oui, selon vous, quelles en étaient les raisons ?

Manque de sommeil	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP
Journée de travail très longue	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP
Changement de rythme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP
Enfants turbulents dans le véhicule	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP
Voyage long	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP

Nombre de Kms faits dans la journée |_|_|_|_| NSP
 Retour de soirée oui non NSP
 Situation stressante le jour même oui non NSP
 Chaleur oui non NSP
 Autre raison oui non NSP
préciser :

Consigne enquêteur : Bien expliquer que pour les questions suivantes qui ressemblent à celles posées auparavant, on pose des questions sur la consommation des 8 derniers jours ou des heures précédant l'accident et non des questions en général comme avant.

Pendant les 8 jours qui ont précédé l'accident

FR-18. Au cours de la semaine précédant l'accident, avez-vous pris régulièrement (au moins 1 fois /jour) des médicaments ?

Contre l'anxiété oui non NSP
 Contre la dépression oui non NSP
 Pour une autre « maladie nerveuse » oui non NSP
 Dopants, stimulants oui non NSP
 Pour dormir oui non NSP
 Autres oui non NSP
préciser :

FR-19. Au cours de la semaine précédant l'accident, avez-vous pris d'autres médicaments régulièrement (au moins 1 fois /jour) ?

oui non NSP

Si oui, le ou lesquelles

FR-20. Avez-vous pris un médicament juste avant l'accident (dans les 3 heures précédant) ?

oui non NSP

Si oui le ou lesquels :

FR-21. Avant l'accident (dans les 3 heures précédant), aviez vous consommé de l'alcool ?

oui non NSP

Si oui, nombre de verres : |_|_|_| NSP

FR-22. Avant l'accident (dans les 3 heures précédant), aviez vous consommé du café ?

oui non NSP

Si oui, nombre de tasses |_|_|_| NSP

FR-23. Avez-vous déjà été victime d'un accident de voie publique ? oui non NSP

FR-24. Avez-vous déjà été responsable d'un accident sur la voie publique ? oui non NSP

FR-25. Pensez-vous avoir une part de responsabilité dans l'accident actuel ?

(attendre la réponse avant de suggérer)

oui totalement oui en partie non NSP

Questions relatives à l'activité professionnelle du conducteur

non concerné (pas d'activité professionnelle actuellement)

FR-26. Dans votre travail, êtes vous soumis à des contraintes de temps (rendez vous précis, dépannages, urgences....) ?

Jamais	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>
Occasionnellement	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
Souvent	<input type="checkbox"/>	Sans objet	<input type="checkbox"/>

FR-27. Vous arrive t'il de travailler la nuit ?

Jamais	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>
Occasionnellement	<input type="checkbox"/>	NSP	<input type="checkbox"/>
Souvent	<input type="checkbox"/>	Sans objet	<input type="checkbox"/>

FR-28. Trouvez vous que votre travail soit physiquement fatigant ?

oui non NSP

FR-29. Trouvez vous que votre travail soit nerveusement fatigant ?

oui non NSP

FR 30. Pouvez vous me dire ce qui se rapproche le plus de votre attitude actuelle pour chacun des comportements proposés

Actuellement	Toujours	Souvent	Quelque fois	jamais	Je ne sais pas	Je ne suis pas concerné(e)
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"/>
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)	<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 autorisées	<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"/>
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"/>
Je respecte les limites de vitesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 scooter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Permis de conduire

FR 31. Pouvez-vous me dire quel permis de conduire vous avez et depuis quand ?

	OUI	NON	en cours d'apprentissage	ancienneté			
				< 1 an	1-5 ans	>5 - 10	> 10 ans
Permis A (moto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permis B (véhicules légers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permis C (ptac>3.5t)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permis D (transports en commun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permis E (remorque, > 3 essieux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FR 32. Avez-vous actuellement des points qui ont été retirés sur votre permis ?

..... oui non NSP

si oui,

fr 32.1 combien ?..... |__|__| points

fr32.2 Pour quoi les avez-vous perdus ?

fr32.3 Avez-vous été candidat à une formation permis à points ou de prévention du risque routier ?

..... oui non NSP

SATISFACTION

Attention : cette partie doit être complétée avec le blessé a posteriori quand les soins sont terminés, ne pas oublier de le prévenir si vous devez le rappeler par téléphone.

OK-1. Lors de l'accident, y a-t-il eu intervention

- De la police oui non NSP
Du Samu oui non NSP
Des pompiers oui non NSP

OK-2. A propos de la qualité de cette intervention (rapidité d'intervention, délicatesse, compétence....), êtes- vous de façon générale

- Très satisfait
Plutôt satisfait
Plutôt insatisfait
Très insatisfait
NSP

Quelle que soit la réponse préciser la raison :

.....

Non concerné (pas d'intervention, le sujet est venu de lui-même)

- Dans ce cas, Avez-vous consulté votre médecin traitant oui non NSP
Avez-vous fait faire des radios en cabinet médical oui non NSP

OK-3. Par quel(s) service(s) de soin avez vous été pris en charge depuis votre arrivée à l'hôpital (ou clinique)?

- Service d'accueil des urgences (1)
Service d'urgence pédiatrique (2)
Service de réanimation (3)
Service de déchocage (4)
Service de radiologie hospitalier (5)
Service d'urgence chirurgicale (6)

Conseil enquêteur : faire mentionner en clair les services pour aider le patient et pouvoir les classer

OK-4. Avez vous été satisfait de cette première prise en charge en service de soin

Note à l'enquêteur : mettre le numéro de chaque service par où le malade est passé et remplir les 3 lignes pour chacun d'eux

Service	Qualité	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Je ne sais pas
()	En terme de rapidité d'intervention et/ou de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En terme d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En terme de compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()	En terme de rapidité d'intervention et/ou de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En terme d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En terme de compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()	En terme de rapidité d'intervention et/ou de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En terme d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En terme de compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OK65. A propos de l'information qui vous a été apportée sur les démarches à faire, vous diriez que vous en êtes :

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

Quelle que soit la réponse précisez la raison :

.....

.....

OK-6. Quels types d'informations vous a t-on fournis (soins à venir, conséquences, déclarations administratives à faire, informations juridiques, assurance...)?

OK-7. Qui vous a fourni ces informations ? :

- 1-..... 1-.....
- 2-..... 2-.....
- 3-..... 3-.....
- 4-..... 4-.....
- 5-..... 5-.....

OK-8. Avez-vous porté (ou pensez-vous porter) plainte après l'accident (Suites juridiques...) ? :

oui non NSP

Si oui, précisez (devant quelles instances ...) :

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

OK-9. Avez-vous d'autres remarques sur l'accident et la prise en charge ?

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

Cet entretien est terminé. Nous vous remercions très chaleureusement de votre collaboration et vous souhaitons un prompt rétablissement.

Note à l'enquêteur : bien ré-expliquer au sujet qu'il recevra régulièrement (1 ou 2 fois par an) un courrier avec un questionnaire à nous renvoyer et peut être de temps en temps (moins d'une fois par an), un appel téléphonique.

Lui remettre les documents d'explication (livret, lettres...)