

Enquête 1995 sur le devenir des tétraplégiques

Depuis la première entrée en service ou en centre de rééducation

NB : - L'informatisation des données de ce questionnaire est soumise à l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

- Ne pas utiliser les cases grisées, destinées au codage informatique.

- Si vous avez du mal à répondre aux questions, contactez votre médecin (voir coordonnées à la fin du document).

Sexe : ☐ 1 Masculin ☐ 2 Féminin

Date de naissance : ____ / ____ / 19 ____

Code service	
Ne rien inscrire	
N° d'ordre	
Ne rien inscrire	

VOTRE SITUATION AU MOMENT DE L'ACCIDENT

• Situation familiale au moment de l'accident

Vous étiez (un seul choix) : ☐ 1 Célibataire ☐ 2 Marié(e)/vie maritale ☐ 3 Veuf(ve) ☐ 4 Divorcé(e)/séparé(e)

Nombre d'enfant(s) au moment de l'accident : ____

• Situation professionnelle au moment de l'accident

Vous étiez (un seul choix) : ☐ 1 Retraité(e) ☐ 2 En activité professionnelle ☐ 3 En recherche d'emploi ☐ 4 Autre situation

Si vous exerciez un emploi, précisez lequel :

(codage)
Ne rien inscrire

Étiez-vous : ☐ 1 Étudiant(e) ☐ 2 Bénévole

• Votre accident

Date de l'accident : ____ / ____ / 19 ____

Type d'accident : ☐ 1 Accident de la voie publique ☐ 2 Accident domestique ☐ 3 Sport
☐ 4 Guerre, crime, agression ☐ 5 Accident chirurgical ☐ 6 Tentative de suicide
☐ 7 Autre, précisez :

(codage)
Ne rien inscrire

Y-a-t-il eu un tiers responsable lors de l'accident ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

S'agit-il d'un accident de travail ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

ENTRE L'ACCIDENT ET LA FIN DU SÉJOUR EN RÉÉDUCATION

Date de votre première admission en service ou centre de rééducation : ____ / ____ / 19 ____

Combien de mois a duré votre rééducation (après l'accident) : ____ mois

• Données médicales

Niveau lésionnel de votre tétraplégie (ex : C 4, C 7...): ____

☐ (codage)
Ne rien inscrire

Aviez-vous une atteinte complète initiale ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous eu un traumatisme crânien lors de l'accident ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Si oui, a-t-il nécessité une rééducation spécifique ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

• Complications

Avez-vous eu une trachéotomie ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous eu une ou des escarres ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous eu des poussées de fièvre en rapport avec :

- des problèmes urinaires ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

- des problèmes pulmonaires ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

- d'autres causes ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

si oui, laquelle ou lesquelles ?

☐ (codage)
Ne rien inscrire

Avez-vous eu d'autres complications (ostéome(s), fracture(s)), si oui, lesquelles ?

☐ (codage)
Ne rien inscrire

EVOLUTION DEPUIS LA FIN DE LA RÉÉDUCATION

Quel est le 1^{er} centre ou service de rééducation dans lequel vous avez été pris(e) en charge ?

Nom Adresse.....

Etes-vous passé(e) dans d'autres centres ou services de rééducation depuis (y compris pour de simples bilans) ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous été réhospitalisé(e) depuis la fin de la rééducation (en rééducation ou dans un autre service) ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

• Si vous avez été réhospitalisé

Combien de fois ? ____ Combien de temps au total (en mois) ? ____

Pour quel(s) motif(s) (cochez une ou plusieurs cases)

☐ 1 Bilan systématique

☐ 2 Escarre(s)

☐ 3 Complication urinaire

☐ 4 Complication respiratoire

☐ 5 Complication intestinale

☐ 6 Douleurs

☐ 7 Ostéome(s)

☐ 8 Contractures gênantes

☐ 9 Fractures(s) des membres supérieurs non opérée(s)

☐ 10 Fractures(s) des membres supérieurs opérée(s)

☐ 11 Fractures(s) des membres inférieurs non opérée(s)

☐ 12 Fractures(s) des membres inférieurs opérée(s)

☐ 13 Autres causes éventuelles d'hospitalisation, précisez :

☐ (codage)
Ne rien inscrire

Des complications sont-elles survenues pendant ces réhospitalisations, si oui lesquelles ?

☐ (codage)
Ne rien inscrire

SITUATION ACTUELLE (au moment où vous remplissez ce questionnaire)

• Situation familiale actuelle

Vous êtes actuellement (un seul choix) : ☐ 1 Célibataire ☐ 2 Marié(e)/vie maritale ☐ 3 Veuf(ve) ☐ 4 Divorcé(e)/séparé(e)

Combien d'enfant(s) avez-vous actuellement ?

Votre situation familiale a-t-elle changé depuis votre accident ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

• Etat médical actuel

Avez-vous une paralysie complète sous le niveau de la lésion ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous une perte de sensibilité complète ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous une trachéostomie (actuellement) ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous une ou des escarres (actuellement) ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous des contractures gênantes ? ☐ 1 Non ☐ 2 Parfois ☐ 3 Souvent

Avez-vous des fuites urinaires gênantes ? ☐ 1 Non ☐ 2 Parfois ☐ 3 Souvent

Avez-vous des fuites de selles gênantes ? ☐ 1 Non ☐ 2 Parfois ☐ 3 Souvent

Avez-vous des crises de transpiration ? ☐ 1 Non ☐ 2 Parfois ☐ 3 Souvent

Avez-vous d'autres complications ? ☐ 1 Non ☐ 2 Parfois ☐ 3 Souvent

Si oui, précisez lesquelles ?

☐ (codage)
Ne rien inscrire

Avez-vous des douleurs ? ☐ 1 Non ☐ 2 Parfois ☐ 3 Souvent

Si oui, de quelle intensité ? (notez de 0 à 10 en mettant une croix sur la ligne graduée ci-dessous)

Absence de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur intolérable

• Traitement et prise en charge

Quel(s) médicament(s) prenez-vous et à quelle dose ?

.....

.....

☐ / / (codage)
Ne rien inscrire

.....

☐ / / (codage)
Ne rien inscrire

Avez-vous des soins à domicile par :

☐ Un kinésithérapeute,

☐ Un infirmier,

☐ Un autre soignant,

et si oui, combien de fois par semaine ? fois par semaine

et si oui, combien de fois par semaine ? fois par semaine

et si oui, combien de fois par semaine ? fois par semaine

et lequel ?

☐ (codage)
Ne rien inscrire

Etes-vous suivi(e) par un service :

☐ 1 d'hospitalisation à domicile

☐ 2 de soins à domicile

☐ 3 par un (ou plusieurs) autre(s) service(s) à domicile

Etes-vous suivi(e), et à quelle fréquence par :

☐ Un médecin généraliste,

☐ Un médecin spécialiste en rééducation,

☐ Un autre (d'autres) spécialiste(s),

et si oui, combien de fois par an ? fois par an

et si oui, combien de fois par an ? fois par an

et si oui, lequel (lesquels) ?

☐ (codage)
Ne rien inscrire

• Indépendance fonctionnelle

Depuis la fin de votre rééducation, votre indépendance fonctionnelle (autonomie) :

- ☐ 1 S'est améliorée ☐ 2 N'a pas bougé ☐ 3 A diminué

Votre indépendance est-elle limitée par d'autres causes que votre paralysie :

- ☐ 1 Non ☐ 2 Raideur articulaire ☐ 3 Rétractions ☐ 4 Ostéome(s) ☐ 5 Douleurs ☐ 6 Autre(s)

Chacune des tâches suivantes est réalisée par vous (cochez une seule case par ligne)

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| Toilette | ☐ 1 Sans aide | ☐ 2 Avec aide partielle | ☐ 3 Avec aide totale, ou activité impossible |
| Habillage | ☐ 1 Sans aide | ☐ 2 Avec aide partielle | ☐ 3 Avec aide totale, ou activité impossible |
| Faire des mictions | ☐ 1 Sans aide | ☐ 2 Avec aide partielle | ☐ 3 Avec aide totale, ou activité impossible |
| Aller à la selle (non compris transferts) | ☐ 1 Sans aide | ☐ 2 Avec aide partielle | ☐ 3 Avec aide totale, ou activité impossible |
| Prise du repas | ☐ 1 Sans aide | ☐ 2 Avec aide partielle | ☐ 3 Avec aide totale, ou activité impossible |
| Ecriture | ☐ 1 Sans aide | ☐ 2 Avec aide partielle | ☐ 3 Avec aide totale, ou activité impossible |
| Propulser un fauteuil roulant (manuel) | ☐ 1 Sans aide | ☐ 2 Avec aide partielle | ☐ 3 Avec aide totale, ou activité impossible |
| Transferts au WC | ☐ 1 Sans aide | ☐ 2 Avec aide partielle | ☐ 3 Avec aide totale, ou activité impossible |
| Transferts au bain | ☐ 1 Sans aide | ☐ 2 Avec aide partielle | ☐ 3 Avec aide totale, ou activité impossible |
| Transferts du lit au fauteuil | ☐ 1 Sans aide | ☐ 2 Avec aide partielle | ☐ 3 Avec aide totale, ou activité impossible |

Si vous utilisez une aide humaine dans la vie courante dans la journée, laquelle (lesquelles), et combien de temps ?

Tierce personne hors famille, rémunérée par vous ;

si oui combien d'heures par semaines ? heures par semaine

Une auxiliaire de vie dépendant d'un service ;

si oui combien d'heures par semaines ? heures par semaine

Une aide ménagère ;

si oui combien d'heures par semaines ? heures par semaine

Une personne de votre famille, rémunérée ;

si oui combien d'heures par semaines ? heures par semaine

Une personne bénévole de votre famille ;

si oui combien d'heures par semaines ? heures par semaine

Une personne bénévole extérieure à votre famille ;

si oui combien d'heures par semaines ? heures par semaine

Avez-vous une aide humaine la nuit ?

☐ 1 Non ☐ 2 Oui, non rémunérée ☐ 3 Oui, rémunérée

si oui combien d'heures par semaines ? heures par semaine

• Aides techniques

Pouvez-vous marcher seul(e) ? (un seul choix)

- ☐ 1 Non ☐ 2 Oui, à l'intérieur (sol plat) ☐ 3 Oui, à l'extérieur

Utilisez-vous habituellement pour vos déplacements ? (cochez une ou plusieurs cases)

- ☐ 1 Une ou deux canne(s) ☐ 2 Déambulateur ☐ 3 Appareillage (orthèse) des membres inférieurs
☐ 4 Fauteuil roulant manuel ☐ 5 Fauteuil électrique ☐ 6 Autre (chariot plat...) ☐ 7 Aucun déplacement

Quels autres types d'appareillages ou d'aides techniques utilisez-vous ? (cochez une ou plusieurs cases)

- ☐ 1 Un matériel d'aide à la prévention des escarres au fauteuil (ex. : coussins...)
☐ 2 Un matériel d'aide à la prévention des escarres au lit (ex. : matelas spécial...)
☐ 3 Une ceinture abdominale ☐ 4 Un lit adapté ☐ 5 Assistance respiratoire (oxygène, respirateur...)
☐ 6 Un verticalisateur ☐ 7 Un lève-malade ☐ 8 Un siège-douche
☐ 9 Une attelle pour écrire ☐ 10 Un téléphone adapté ☐ 11 Un ordinateur
☐ 12 Une téléalarme ☐ 13 Un contrôle d'environnement

• Logement

Où habitez-vous actuellement ? ☐ 1 A domicile ☐ 2 En institution (dont hôpital, rééducation)

Si vous êtes à domicile,

- Vous habitez : ☐ 1 En ville (milieu urbain) ☐ 2 A la campagne (milieu rural)
- Votre logement est : ☐ 1 Une maison individuelle ☐ 2 Un appartement
- Vous êtes : ☐ 1 Propriétaire du logement ☐ 2 Locataire
- ☐ 3 Chez vos parents ☐ 4 Chez un autre membre de votre famille
- ☐ 5 En famille d'accueil ☐ 6 Logé à titre gratuit (ex... : chez des amis)

Si vous êtes en institution ou à l'hôpital,

- Vous êtes : ☐ 1 A l'hôpital/en rééducation ☐ 2 En foyer ou MAS ☐ 3 Maison de retraite
- ☐ 4 Autre situation, précisez : ☐ (codage)
Ne rien inscrire

Quel que soit votre logement (domicile ou institution),

- Accédez-vous seul à votre logement ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- Avez-vous changé de logement depuis votre accident ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- Avez-vous aménagé votre logement ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- D'autres aménagements faciliteraient-ils votre vie à domicile ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- Si oui, lesquels : ☐ (codage)
Ne rien inscrire

• Relations sociales

- Voyez-vous des amis ? ☐ 1 Jamais ☐ 2 Tous les jours ou presque
- ☐ 3 Une fois par semaine ☐ 4 Une fois par mois, ou moins
- Sortez-vous de votre lieu de vie ? ☐ 1 Jamais ☐ 2 Tous les jours ou presque
- ☐ 3 Une fois par semaine ☐ 4 Une fois par mois, ou moins
- Selon vous, les personnes handicapées constituent-elles un groupe social ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- Si oui, avez-vous le sentiment d'appartenir à ce groupe ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

• Transports (extérieur)

Votre principal moyen de transport extérieur est (un seul choix) :

- ☐ 1 La conduite d'un véhicule personnel non aménagé ☐ 2 La conduite d'un véhicule personnel aménagé
- ☐ 3 Passager d'un véhicule non aménagé ☐ 4 Passager d'un véhicule aménagé
- ☐ 5 Transport en commun non spécialisé ☐ 6 Transport en commun adapté/spécialisé
- ☐ 7 Véhicule sanitaire léger (VSL) ☐ 8 Taxi
- ☐ 9 Fauteuil roulant (si moyen de transport le plus usuel hors domicile)
- ☐ 10 Autre (si c'est votre moyen de transport principal), précisez ☐ (codage)
Ne rien inscrire

Avez-vous un permis de conduire "adapté" ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Conduisez-vous ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

• Situation professionnelle actuelle

- Vous êtes : ☐ 1 En activité professionnelle ☐ 2 Retraité(e)
- ☐ 3 Au chômage/demandeur d'emploi ☐ 4 En formation professionnelle
- ☐ 5 Autre situation

Si vous avez une activité professionnelle :

Quel emploi exercez-vous ?

☐ (codage)
Ne rien inscrire

A quelle catégorie professionnelle cet emploi appartient-il ?

- ☐ 1 Agriculteur exploitant
- ☐ 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- ☐ 3 Cadre supérieur ou profession intellectuelle (*libéraux, professeur, ingénieur, information/arts/spectacles, cadre de la fonction publique, cadre administratif, commercial ou technique de l'entreprise...*)
- ☐ 4 Profession intermédiaire (*instituteur, paramédical, travailleur social, technicien, contremaître, agent de maîtrise*)
- ☐ 5 Employé (*employé civil/agent de service fonction publique, policier, militaire, employé administratif des entreprises, employé de commerce, V.R.P., personnel des services directs aux particuliers - auxiliaire de vie*)
- ☐ 6 Ouvrier (*qualifié, non qualifié, agricole...*)

Précisez votre statut :

- ☐ 1 Salarié de l'Etat
- ☐ 2 Salarié d'une collectivité locale
- ☐ 3 Salarié d'une entreprise publique
- ☐ 4 Salarié d'une entreprise privée
- ☐ 5 Travailleur indépendant
- ☐ 6 Milieu protégé
- ☐ 7 Autres

Travaillez-vous à domicile ?

- ☐ 1 Non ☐ 2 Partiellement ☐ 3 Totalement

Votre activité professionnelle est :

- ☐ 1 Régulière ☐ 2 Irrégulière

Vous travaillez :

- ☐ 1 A temps plein ☐ 2 A mi-temps ☐ 3 Autre temps partiel

Avez-vous bénéficié d'un financement de l'AGEFIPH ?

(ou d'un fond national d'aide à l'emploi)

- ☐ 1 Non ☐ 2 Oui : étude ou aménagement de poste
- ☐ 3 Oui, pour formation ☐ 4 Oui : prime à l'embauche

Date de votre reprise de travail après l'accident ? ____ / ____ / 19__

Avez-vous le même employeur qu'avant l'accident ?

- ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous le même emploi qu'avant l'accident ?

- ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Que vous ayez ou non une activité professionnelle :

Avez-vous une activité bénévole et/ou associative ?

- ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Si oui, laquelle ?

☐ (codage)
Ne rien inscrire

Avez-vous une autre activité ?

- ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Si oui, laquelle ?

☐ (codage)
Ne rien inscrire

Etes-vous actuellement étudiant(e) ?

- ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Sinon, avez-vous été étudiant(e) depuis votre accident ?

- ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

• Formation - Niveau acquis

Formation suivie (un seul choix)

- ☐ 1 Vous n'avez jamais été scolarisé(e)
- ☐ 2 Etudes primaires
- ☐ 3 Etudes secondaires
- ☐ 4 Etudes supérieures

Niveau acquis ? (un seul choix)

- ☐ 1 Vous n'avez aucun diplôme
- ☐ 2 Certificat d'études primaires (CEP, CPPN, CPA ; vous avez cessé vos études avant la classe de 3^{ème})
- ☐ 3 CAP, BEP, BEPC (vous avez arrêté vos études avant la fin de la classe Terminale)
- ☐ 4 "Niveau Bac" (vous avez arrêté vos études après la Terminale, ou sans autre diplôme que le Bac)
- ☐ 5 Diplôme Bac + 2 ans (DUT, BTS, DEUG)
- ☐ 6 Diplôme des formations sanitaires et sociales (paramédicaux, travailleurs sociaux), instituteurs
- ☐ 7 Diplôme de second cycle universitaire (licence, maîtrise), ingénieur maître
- ☐ 8 Diplôme de troisième cycle universitaire (doctorat, DEA...), grande école, expert comptable

• Loisirs

Quelles sont vos principales activités de loisirs à l'intérieur ?

- ☐ 1 Télévision ☐ 2 Lecture ☐ 3 Jeux ☐ 4 Recevoir amis, familles

☐ 5 Autre(s), précisez :

☐ (codage)
Ne rien inscrire

Quelles sont vos principales activités de loisirs à l'extérieur ?

- ☐ 1 Voyages ☐ 2 Sorties culturelles ☐ 3 Spectacles (cinéma, théâtre)

☐ 4 Sports ☐ 5 Aller chez des amis ou des parents

☐ 6 Autre(s), précisez :

☐ (codage)
Ne rien inscrire

• Evaluation du bien-être

Comment vous sentez-vous ? (un seul choix)

- ☐ 1 Très mal ☐ 2 Mal ☐ 3 Plutôt mal ☐ 4 Plutôt bien ☐ 5 Bien ☐ 6 Très bien

Votre bien-être actuel : ☐ 1 S'améliore ☐ 2 Se dégrade ☐ 3 Reste stable

Avez-vous des souhaits ou des projets pour améliorer votre bien-être, si oui le(s)quel(s) ?

☐ (codage)
Ne rien inscrire

Vous estimez-vous :

- ☐ 1 Relativement peu handicapé(e) ☐ 2 Moyennement handicapé(e)
☐ 3 Lourdemment handicapé(e) ☐ 4 Très lourdement handicapé(e)

Parmi les difficultés liées à vos déficiences, indiquez le pourcentage de celles qui, selon vous et dans l'idéal, pourraient être résolues par des mesures sociales ou politiques ? %

• Ressources financières

Vos ressources financières sont (un seul choix) :

- ☐ 1 Insuffisantes ☐ 2 Suffisantes pour le strict nécessaire ☐ 3 Suffisantes pour vivre convenablement

Quelle est la nature de votre revenu personnel (un ou plusieurs choix) :

- ☐ 1 Salaire ☐ 2 Revenu professionnel indépendant ☐ 3 Retraite
☐ 4 Chômage ☐ 5 Pension invalidité ☐ 6 Pension militaire
☐ 7 Rente accident de travail ☐ 8 Indemnisation dommage corporel ☐ 9 Revenu d'un capital
☐ 10 Allocation adulte handicapé ☐ 11 Allocation logement ☐ 12 Allocation compensatrice tierce personne
☐ 13 Autre(s), précisez :

☐ (codage)
Ne rien inscrire

Avez-vous été indemnisé(e) par une assurance ?

- ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Si oui, combien de temps après l'accident ? (en mois) : ____ mois

Est-ce sous forme (un seul choix) :

- ☐ 1 D'une rente ☐ 2 D'un capital ☐ 3 Capital + rente

Après quelle procédure ? (un seul choix)

- ☐ 1 Transaction amiable, **sans** conseil (ni avocat, ni médecin personnel)
☐ 2 Transaction amiable, **avec** conseil (avocat et/ou médecin personnel)
☐ 3 Règlement judiciaire

Ce questionnaire va permettre une première approche de vos conditions de vie. Afin de préciser certains points et de mieux prendre en compte votre avis et vos souhaits, accepteriez-vous :

De remplir dans quelques mois un petit questionnaire complémentaire ?

☐₁ Oui ☐₂ Non

D'être contacté(e) par un enquêteur en vue d'un entretien à votre domicile ?

☐₁ Oui ☐₂ Non

Si oui, dans l'un ou l'autre cas, merci d'indiquer vos coordonnées (NB : Ces données ne seront pas informatisées mais permettront, le cas échéant, de vous contacter) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal Ville : Téléphone :

Avez-vous des précisions à apporter sur votre situation, des suggestions ou des propositions à formuler ?

**Merci d'avoir bien voulu remplir ce questionnaire.
Pourriez-vous le renvoyer à l'adresse ci-dessous :**

D^r M. DELCEY
ASSOCIATION DES PARALYSÉS DE FRANCE
17, Bd Auguste Blanqui
75013 PARIS

Informatique et Libertés : les données de ce questionnaire devant, sauf celles concernant vos coordonnées (adresse, téléphone), être informatisées, conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique et aux Libertés, nous vous rappelons le caractère facultatif des réponses qui pourraient vous être posées pour compléter les informations recueillies par ce questionnaire, la possibilité qui vous est offerte de vous opposer à l'informatisation des données vous concernant, le droit d'accès et de rectification qui est le vôtre, sur simple demande auprès du secrétariat général de l'Association Francophone Internationale des Groupe d'Animation de la Paraplégie, sous la conduite de laquelle ce travail d'enquête est réalisé grâce à votre concours (AFIGAP, Dr. J.-F. Désert, CRN de Coubert, route de Liverdy, 77170 Coubert).