

# Enquête Défenestrations

(15 mars – 15 octobre 2006)

## Questionnaire Intervention

À remplir par les secours, pour toute défenestration d'enfant de moins de 15 ans  
survenue entre le 15 mars et le 15 octobre 2006 et à renvoyer à :  
Institut de veille sanitaire – Enquête Défenestrations, 12 rue du Val d'Osne - 94415 Saint Maurice cedex  
Fax : 01 41 79 69 95

Organisme de Secours : ..... Téléphone : ..... Département : .....

Nom de la personne chargée du recueil : .....

### Personne Accidentée

Sexe : \_ Année et mois de naissance..... ou Age (en mois ou année) : ..... Département de résidence : .....

Jour de l'accident (jj/mm/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Heure (hh/mm) : \_\_\_ Code postal de la commune de la chute : .....

### Devenir immédiat

Vivant  Décès sur le lieu de la chute  Décès pendant le transport  
Lieu de transport :  Médecin de ville  Hôpital  Morgue  Autre : ..... (préciser si transfert)  
Service (si hôpital) : ..... Ville : .....

### Condition de survenue

Chute accidentelle  Agression  
 Tentative de suicide, suicide  Origine non connue

### Circonstances de la chute

Hauteur estimée de la chute : ..... mètres ou ..... étages  
Description des circonstances :  
.....  
.....

### Personnes se trouvant avec l'enfant au moment de l'accident (plusieurs réponses possibles)

Aucune  Autre membre de la famille  
 Nourrice  Autre personne extérieure à la famille  
 Milieu scolaire  Autre(s) enfant(s) (<16 ans)  
 Père et/ou mère  Inconnu  
 Autre.....

Age le plus élevé des personnes se trouvant avec l'enfant au moment de l'accident : \_\_\_ ans  
L'enfant était-il seul dans la pièce au moment de la chute :  Oui  Non

### Lieu de l'accident

La défenestration est-elle survenue sur le lieu d'habitation :  Oui  Non  
Type de bâtiment :  Bâtiment industriel  Bâtiment scolaire  Immeuble d'habitation  Pavillon Nombre d'étages du bâtiment : \_\_\_  
 Autre.....  
Type d'ouverture :  Balcon  Fenêtre haute  Porte-fenêtre  Inconnu  
 Velux  Fenêtre basse  Autre.....  
Type de protection :  Aucune  Oui, préciser (grillage, barre d'appui, barrière, etc.) : .....  
Réception sur :  Pelouse humide  Pelouse sèche  Béton  Inconnue  
 Véranda  Arbre/buisson  Autre.....

# Enquête Défenestrations

(15 mars – 15 octobre 2006)

## Questionnaires

**Le recueil comporte trois fiches qui doivent être remplies pour tout enfant de moins de 15 ans victime de défenestration, ou chute de grande hauteur, survenue en Ile-de-France, en PACA ou dans le Nord-Pas-de-Calais entre le 15 mars et le 15 octobre 2006.**

### La fiche *Intervention*

Elle renseigne sur la survenue de la défenestration, ses circonstances, son environnement. Elle doit être remplie le jour même de l'accident par l'équipe d'intervention des secours organisés auprès de l'enfant défenestré. Elle doit être renvoyée à l'InVS sans délai, au plus tard dans les trois jours qui suivent l'accident.

**Age de l'accidenté :** fournir de préférence l'âge en mois si moins de deux ans.

### La fiche *Clinique*

Elle permet de recueillir les données concernant le devenir immédiat, en particulier en cas d'hospitalisation, et le devenir à plus long terme (séquelles, décès à l'hôpital). Elle sera renseignée par les médecins et personnels soignants impliqués dans la prise en charge et le suivi des accidentés. Lorsque ces données ne sont pas connues au moment ou dans les suites immédiates de l'accident, elles seront complétées ultérieurement.

### La fiche *Sociale*

Elle permet de recueillir des données sur l'environnement sociodémographique de l'enfant et de sa famille. Elle sera complétée dans la mesure du possible par les assistantes sociales et les psychologues impliqués dans la prise en charge de la victime ou de ses proches.

Les questionnaires doivent être adressés à l'Institut de veille sanitaire :

**Institut de veille sanitaire. Enquête Défenestrations.**

**12 rue du Val d'Osne. 94415 Saint Maurice Cedex. Télécopie : 01 41 79 69 95**

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès de l'Institut de veille sanitaire :

Dr B. Thélot, 01 41 79 69 91, b.thelot@invs.sante.fr

C. Ricard, 01 41 79 69 91, c.ricard@invs.sante.fr

Ainsi que, pour l'Ile-de-France, auprès de l'hôpital Necker – Enfants Malades, Assistance publique-Hôpitaux de Paris :

Dr P. Meyer, 01 44 49 40 00, bip 305, philippe.meyer@nck.ap-hop-paris.fr

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à analyser les défenestrations. Le destinataire de ces informations est l'Institut de veille sanitaire. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des informations qui la concernent en s'adressant à l'InVS, Département maladies chroniques et traumatismes, 12 rue du Val d'Osne, 94415 St Maurice cedex (Téléphone : 01 41 79 68 50). Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

Ce questionnaire est disponible auprès des personnes ci-dessus et sur le site de l'InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

## Questionnaire Clinique

À remplir par l'équipe soignante, pour toute défenestration d'enfant de moins de 15 ans survenue entre le 15 mars et le 15 octobre 2006 et à renvoyer à :  
Institut de veille sanitaire – Enquête Défenestrations, 12 rue du Val d'Osne - 94415 Saint Maurice cedex  
Fax : 01 41 79 69 95

Hôpital : ..... Service : .....  
Nom de la personne chargée du recueil ..... Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

### Personne Accidentée

Sexe : \_ Année et mois de naissance..... ou Age (en mois ou année) : ..... Département de résidence : \_ \_  
Jour de l'accident (jj/mm/aaaa) \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Poids : \_ \_

### Lésions à l'arrivée (plusieurs réponses possibles)

Date de l'examen (jj/mm/aaaa) \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Glasgow : \_ \_ Pediatric Trauma Score (voir au dos) : \_ \_ ISS : \_

Tête :  Oui  Non AIS : \_  
Thorax :  Oui  Non AIS : \_  
 Contusion  Pneumothorax  Hémopneumothorax  Autre.....  
Abdomen :  Oui  Non AIS : \_  
 Foie  Rate  Rein  Autre .....

Rachis :  Oui  Non AIS : \_ Niveau : \_ \_  
Signes neurologiques : ....  Non  Tétrà  Para  Focal

Orthopédie :  Oui  Non AIS : \_  
Atteintes : .....  Membre supérieur  Membre inférieur  Bassin  Fémur  
Fracture : .....  Non  Ouverte  Fermée  Multiple

Face :  Oui  Non AIS : \_  
Autre :  Oui  Non AIS : \_ Préciser : .....

### Traumatisme crânien (plusieurs réponses possibles)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hématome extra dural      | <input type="checkbox"/> Fracture de la base    |
| <input type="checkbox"/> Hématome sous dural       | <input type="checkbox"/> Fracture de la voûte : |
| <input type="checkbox"/> Lésions axonales diffuses | <input type="checkbox"/> Embarrure              |
| <input type="checkbox"/> Lésions complexes         | <input type="checkbox"/> Plaie crâniocérébrale  |

### Complications (plusieurs réponses possibles)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arrêt cardio-respiratoire | <input type="checkbox"/> Collapsus   |
| <input type="checkbox"/> Hypocapnie                | <input type="checkbox"/> Hypoxie     |
| <input type="checkbox"/> Hypercapnie               | <input type="checkbox"/> Autre ..... |

### Devenir dans les 30 jours suivant la défenestration

À J + 30, la victime est-elle décédée?

Oui  et indiquez la date de décès : (jj/mm/aaaa) \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Non  et indiquez l'état à J + 30 :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Handicap modéré | <input type="checkbox"/> Végétatif      |
| <input type="checkbox"/> Handicap sévère | <input type="checkbox"/> Sans séquelles |

Autres précisions sur le devenir à J + 30 (date de sortie de l'hôpital, ...) : .....

# Enquête Défenestrations

(15 mars – 15 octobre 2006)

## Questionnaires

Le recueil comporte trois fiches qui doivent être remplies pour tout enfant de moins de 15 ans victime de défenestration, ou chute de grande hauteur, survenue en Ile-de-France, en PACA ou dans le Nord-Pas-de-Calais entre le 15 mars et le 15 octobre 2006.

### La fiche *Intervention*

Elle renseigne sur la survenue de la défenestration, ses circonstances, son environnement.

Elle doit être remplie le jour même de l'accident par l'équipe d'intervention des secours organisés auprès de l'enfant défenestré.

Elle doit être renvoyée à l'InVS sans délai, au plus tard dans les trois jours qui suivent l'accident.

### La fiche *Clinique*

Elle permet de recueillir les données concernant le devenir immédiat, en particulier en cas d'hospitalisation, et le devenir à plus long terme (séquelles, décès à l'hôpital).

Elle sera renseignée par les médecins et personnels soignants impliqués dans la prise en charge et le suivi des accidentés.

Lorsque ces données ne sont pas connues au moment ou dans les suites immédiates de l'accident, elles seront complétées ultérieurement.

**Age de l'accidenté** : fournir de préférence l'âge en mois si moins de deux ans.

Pediatric Trauma score :

Items	+ 2	+ 1	- 1
Poids (kg)	> 20	10-20	< 10
Liberté des voies aériennes	Normale	avec assistance	intubation nécessaire
PA systolique (mmHg)	> 90	50-90	< 50
Score de Glasgow	15-12	11-9	≤ 8
Plaie	0	Minime	Majeure
Fracture	0	Fermée	Ouverte/multiple

### La fiche *Sociale*

Elle permet de recueillir des données sur l'environnement sociodémographique de l'enfant et de sa famille.

Elle sera complétée dans la mesure du possible par les assistantes sociales et les psychologues impliqués dans la prise en charge de la victime ou de ses proches.

Les questionnaires doivent être adressés à l'Institut de veille sanitaire :

**Institut de veille sanitaire. Enquête Défenestrations.**

**12 rue du Val d'Osne. 94415 Saint Maurice Cedex. Télécopie : 01 41 79 69 95**

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès de l'Institut de veille sanitaire :

Dr B. Thélot, 01 41 79 69 91, b.thelot@invs.sante.fr

C. Ricard, 01 41 79 69 91, c.ricard@invs.sante.fr

Ainsi que, pour l'Ile-de-France, auprès de l'hôpital Neker – Enfants Malades, Assistance publique-Hôpitaux de Paris :

Dr P. Meyer, 01 44 49 40 00, bip 305, philippe.meyer@nck.ap-hop-paris.fr

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à analyser les défenestrations. Le destinataire de ces informations est l'Institut de veille sanitaire. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des informations qui la concernent en s'adressant à l'InVS, Département maladies chroniques et traumatismes, 12 rue du Val d'Osne, 94415 St Maurice cedex (Téléphone : 01 41 79 68 50). Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

Ce questionnaire est disponible auprès des personnes ci-dessus et sur le site de l'InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

## Questionnaire Social

À remplir par les personnes impliquées dans la prise en charge sociale et psychologique,  
pour toute défenestration d'enfant de moins de 15 ans survenue entre le 15 mars et le 15 octobre 2006  
et à renvoyer à : Institut de veille sanitaire – Enquête Défenestrations, 12 rue du Val d'Osne - 94415 Saint Maurice cedex  
Fax : 01 41 79 69 95

Service hospitalier ou social : .....  
Nom de la personne chargée du recueil ..... Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

### Personne Accidentée

Sexe : \_ Année et mois de naissance..... ou Age (en mois ou année) : ..... Département de résidence : \_ \_

Jour de l'accident (jj/mm/aaaa) \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Nombre d'enfants vivant habituellement au domicile (« fratrie », voir au dos) : \_ \_ Rang de l'enfant dans la fratrie : \_ \_

### Caractéristiques sociodémographiques

Mode de vie :  Avec ses parents  Avec sa mère et son nouveau conjoint  
 Avec sa mère sans conjoint  Avec son père et son nouveau conjoint  
 Avec son père sans conjoint  Inconnu  
 Hors de la famille  Autre.....

Région de naissance des parents (voir au dos) : \_

Niveau d'étude du père :

- < Baccalauréat  
 Baccalauréat  
 Études supérieures  
 Inconnu

De la mère :

- < Baccalauréat  
 Baccalauréat  
 Études supérieures  
 Inconnu

Situation emploi du père :

- En activité  Retraité  
 Chômage  Congé Parental  
 En formation  Congé Maladie  
 Inconnue  Autres.....

De la mère :

- En activité  Retraité  
 Chômage  Congé Parental  
 En formation  Congé Maladie  
 Inconnue  Autres.....

Profession du père (Voir liste au verso) : \_

Précision : .....

De la mère (Voir liste au verso) : \_

Précision : .....

### Logement habituel

- Maison individuelle-locataire  Maison individuelle-propriétaire  
 Appartement privé-locataire  Appartement privé-propriétaire  
 HLM  Vie en collectivité  
 Inconnu  Autre .....

### Circonstances de la chute

Hauteur estimée de la chute : ..... mètres ou .....étages

Description des circonstances :  
.....  
.....

### Personnes se trouvant avec l'enfant au moment de l'accident (plusieurs réponses possibles)

- Aucune  Autre membre de la famille  
 Nourrice  Autre personne extérieure à la famille  
 Milieu scolaire  Autre(s) enfant(s) (<16 ans)  
 Père et/ou mère  Inconnu  
 Autre.....

Age le plus élevé des personnes se trouvant avec l'enfant au moment de l'accident : \_ \_ ans

L'enfant était-il seul dans la pièce au moment de la chute :  Oui  Non

# Enquête Défenestrations

(15 mars – 15 octobre 2006)

## Questionnaires

**Le recueil comporte trois fiches qui doivent être remplies pour tout enfant de moins de 15 ans victime de défenestration, ou chute de grande hauteur, survenue en Ile-de-France, en PACA ou dans le Nord-Pas-de-Calais entre le 15 mars et le 15 octobre 2006.**

### La fiche *Intervention*

Elle renseigne sur la survenue de la défenestration, ses circonstances, son environnement.

Elle doit être remplie le jour même de l'accident par l'équipe d'intervention des secours organisés auprès de l'enfant défenestré.

Elle doit être renvoyée à l'InVS sans délai, au plus tard dans les trois jours qui suivent l'accident.

### La fiche *Clinique*

Elle permet de recueillir les données concernant le devenir immédiat, en particulier en cas d'hospitalisation, et le devenir à plus long terme (séquelles, décès à l'hôpital).

Elle sera renseignée par les médecins et personnels soignants impliqués dans la prise en charge et le suivi des accidentés.

Lorsque ces données ne sont pas connues au moment ou dans les suites immédiates de l'accident, elles seront complétées ultérieurement.

### La fiche *Sociale*

Elle permet de recueillir des données sur l'environnement sociodémographique de l'enfant et de sa famille.

Elle sera complétée dans la mesure du possible par les assistantes sociales et les psychologues impliqués dans la prise en charge de la victime ou de ses proches.

**Age de l'accidenté** : fournir de préférence l'âge en mois si moins de deux ans.

**Père** = père et/ou responsable légal homme

**Mère** = mère et/ou responsable légale femme

**Nombre d'enfants vivant au domicile (« fratrie »)** : nombre de frères et sœurs, demi-frères, demi-sœurs et autres apparentés familiaux (cousins, etc.) âgés de moins de 18 ans et vivant habituellement dans le même domicile que l'accidenté.

**Région de naissance des parents** : 1 = Europe ; 2 = Afrique du nord et Moyen Orient ; 3 = Afrique noire ; 4 = Amérique du nord ; 5 = Mexique, Amérique centrale ; 6 = Amérique du sud ; 7 = Asie ; 8 = Océanie ; 9 = inconnu

**Code profession** : 1 = agriculteur ; 2 = artisan, commerçant, chef d'entreprise ; 3 = cadre ou profession intellectuelle supérieure ; 4 = professions intermédiaires ; 5 = employé ; 6 = ouvrier qualifié ; 7 = ouvrier non qualifié ; 8 = sans objet ; 9 = inconnu

Les questionnaires doivent être adressés à l'Institut de veille sanitaire :

**Institut de veille sanitaire. Enquête Défenestrations.**

**12 rue du Val d'Osne. 94415 Saint Maurice Cedex. Télécopie : 01 41 79 68 11**

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès de l'Institut de veille sanitaire :

Dr B. Thélot, 01 41 79 69 91, b.thelot@invs.sante.fr

C. Ricard, 01 41 79 69 91, c.ricard@invs.sante.fr

Ainsi que, pour l'Ile-de-France, auprès de l'hôpital Neker – Enfants Malades, Assistance publique-Hôpitaux de Paris :

Dr P. Meyer, 01 44 49 40 00, bip 305, philippe.meyer@nck.ap-hop-paris.fr

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à analyser les défenestrations. Le destinataire de ces informations est l'Institut de veille sanitaire. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des informations qui la concernent en s'adressant à l'InVS, Département maladies chroniques et traumatismes, 12 rue du Val d'Osne, 94415 St Maurice cedex (Téléphone : 01 41 79 68 50). Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

Ce questionnaire est disponible auprès des personnes ci-dessus et sur le site de l'InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)