

Rapport n° 2025-R-08-FR

# **Conséquences psychologiques des accidents de la route**

Étude sur la prévalence et la durée des troubles psychiques chez les victimes d'accidents de la route et leurs proches

Numéro de rapport	R-2025-08-FR
Dépôt légal	D/2022/0779/22
Client	Service Public Fédéral Mobilité et Transports
Date de publication	16/11/2025
Auteur(s)	Lies Bouwen, Nathalie Moreau, Sofie Boets & Annelies Schoeters
Relecteur(s)	Helmut Paris (MOW Vlaanderen)
Éditeur responsable	Karin Genoe

Les vues ou opinions exprimées dans ce rapport ne sont pas nécessairement celles du client.

La reproduction des informations de ce rapport est autorisée à condition que la source soit explicitement mentionnée : Bouwen, L., Moreau, N., Boets, S. & Schoeters, A. (2025). Conséquences psychologiques des accidents de la route – Étude sur la prévalence et la durée des troubles psychiques chez les victimes d'accidents de la route et leurs proches, Bruxelles : Institut Vias  
Dit rapport is eveneens beschikbaar in het Nederlands.

This report includes a summary in English.

# Table des matières

Liste des tableaux et figures	5
Terminologie	7
Résumé	8
Summary	10
1 Introduction	12
1.1 Contexte	12
1.2 Questions de recherche	13
2 Revue de littérature	15
2.1 Impact sur les victimes	15
2.1.1 Prévalence	15
2.1.2 Comorbidité	21
2.1.3 Facteurs personnels et externes (de risque)	22
2.2 Impact sur l'entourage proche	25
3 Méthodologie	26
3.1 Design de recherche	26
3.1.1 Population étudiée et échantillon	26
3.1.2 Collecte des données	26
3.1.3 Questionnaire et instruments de mesure	27
3.2 Données et analyse	31
3.2.1 Réponse	31
3.2.2 Analyse des données	31
4 Résultats	34
4.1 Description de l'échantillon	34
4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques	34
4.1.2 Circonstances de l'accident de la route	36
4.1.3 Après l'accident de la route	40
4.2 Conséquences médicales, sociales, professionnelles et économiques	44
4.2.1 Conséquences médicales	44
4.2.2 Conséquences sociales, professionnelles et économiques	47
4.2.3 Conséquences sur le sentiment de sécurité routière et les habitudes de déplacement	48
4.3 Conséquences psychologiques pour les victimes	51
4.3.1 Prévalence	51
4.3.2 Comorbidité	56
4.3.3 Durée des conséquences	56
4.3.4 Facteurs (de risque) personnels et externes	58
4.3.5 Utilisation de médicaments	63
4.4 Conséquences psychologiques pour l'entourage proche	65
4.4.1 Prévalence	65
4.4.2 Comorbidité	69
4.4.3 Durée des conséquences	70

4.4.4	Utilisation de médicaments _____	71
4.5	Aide et soutien après l'accident de la route _____	73
4.6	Question ouverte _____	75
5	Discussion _____	76
5.1	Échantillon, gravité de l'accident et qualité de vie _____	76
5.2	Conséquences psychologiques des accidents de la route _____	78
5.2.1	Prévalence du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété _____	78
5.2.2	Comorbidité _____	80
5.2.3	Facteurs (de risque) personnels ou externes _____	80
5.2.4	Prévalence des autres conséquences psychologiques _____	82
5.2.5	Durée des conséquences psychologiques _____	83
5.3	Conséquences sur les habitudes de déplacement _____	83
5.4	Points forts et limites de l'étude _____	84
6	Conclusions et recommandations _____	86
	Références _____	88
	Annexe 1. Notification de traitement des données _____	98
	Annexe 2. Instruments de mesure _____	100
	Annexe 3. Résultats complémentaires _____	105

## Liste des tableaux et figures

Tableau 1. Taux de prévalence du stress post-traumatique, de la dépression, de l'anxiété et d'autres conséquences chez les victimes d'accidents de la route. _____	16
Tableau 2. Tailles d'échantillon en fonction de l'intervalle de temps depuis l'accident. _____	32
Tableau 3. Description de l'échantillon selon les caractéristiques sociodémographiques des répondants. _____	35
Tableau 4. Description des proches impliqués dans le groupe cible 2 ("proche impliqué"). _____	36
Tableau 5. Description de l'échantillon selon les circonstances de l'accident de la route. _____	37
Tableau 6. Fréquence des facteurs humains ayant joué un rôle dans l'accident, avec les trois facteurs les plus fréquents surlignés en gris. _____	39
Tableau 7. Fréquence des facteurs non humains ayant joué un rôle dans l'accident, avec les trois facteurs les plus fréquents surlignés en gris. _____	39
Tableau 8. La procédure d'assurance. _____	41
Tableau 9. La procédure judiciaire. _____	43
Tableau 10. Conséquences médicales de l'accident de la route pour les répondants impliqués et les proches ayant subi des blessures non mortelles. _____	45
Tableau 11. Qualité de vie liée à la santé : nombre et pourcentage de répondants blessés du groupe 1 ("répondant impliqué") déclarant des problèmes par dimension de santé et niveau de gravité (EQ-5D) (N = 44). _____	46
Tableau 12. Conséquences sociales, professionnelles et économiques de l'accident de la route. _____	48
Tableau 13. Changements dans les habitudes de déplacement à la suite de l'accident de la route. _____	49
Tableau 14. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété dans le groupe 1 ("répondant impliqué") peu de temps après l'accident et actuellement. _____	51
Tableau 15. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété ainsi que d'autres conséquences liées à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué") peu de temps après l'accident et actuellement. _____	53
Tableau 16. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué") actuellement, en fonction du temps écoulé depuis l'accident de la route. _____	55
Tableau 17. Utilisation de médicaments par les répondants du groupe 1 ("répondant impliqué"). _____	64
Tableau 18. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété dans le groupe 2 ("proche impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement. _____	65
Tableau 19. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression, de l'anxiété et d'autres conséquences liées à l'accident de la route dans le groupe 2 ("proche impliqué") peu de temps après l'accident et actuellement. _____	67
Tableau 20. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 2 ("proche impliqué") actuellement, en fonction du temps écoulé depuis l'accident de la route. _____	69
Tableau 21. Utilisation de médicaments par les répondants du groupe 2 ("proche impliqué"). _____	72
Tableau 22. Pourcentage de personnes rapportant des problèmes par dimension : répondants blessés du groupe 1 ("répondant impliqué") versus population belge générale de plus de 15 ans. _____	77
Tableau 23. Résultats complémentaires : caractéristiques sociodémographiques des répondants. _____	105
Tableau 24. Résultats complémentaires : circonstances de l'accident de la route. _____	106
Tableau 25. Résultats complémentaires : après l'accident de la route. _____	107
Tableau 26. Résultats complémentaires : conséquences médicales. _____	108
Tableau 27. Résultats complémentaires : aide et soutien après l'accident de la route. _____	109
Tableau 28. Conséquences sociales, professionnelles et économiques. _____	110
Figure 1. Distribution de l'échantillon selon les deux groupes cibles de l'étude. _____	32
Figure 2. Mesure dans laquelle les problèmes rapportés par dimension de santé sont liés à l'accident de la route (groupe 1 "répondant impliqué" ; N = 44). _____	47
Figure 3. Prévalence de la prise de mesures de protection et du fait d'adopter (rarement à jamais) des comportements à risque par les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident de la route (groupe 1 "répondant impliqué"), avant et après l'accident. _____	50
Figure 4. Degré auquel les répondants du groupe 1 ("répondant impliqué") présentant des symptômes de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété ont pensé à l'accident de la route en répondant aux questions relatives au stress post-traumatique, à la dépression et à l'anxiété. _____	52

Figure 5. Degré de gravité des autres conséquences psychologiques éprouvées par les répondants du groupe 1 ("répondant impliqué") peu de temps après l'accident de la route et actuellement. _____	54
Figure 6. Prévalence des conditions comorbides (stress post-traumatique, dépression et anxiété) chez les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident de la route (groupe 1 "répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement. _____	56
Figure 7. Durée des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété rapportés (groupe 1 "répondant impliqué"). _____	57
Figure 8. Durée des autres conséquences psychologiques rapportées (groupe 1 "répondant impliqué"). _____	57
Figure 9. Prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon le sexe. _____	58
Figure 10. Prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon le degré de perception de l'accident comme effrayant. _____	59
Figure 11. Prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon la gravité estimée des blessures. _____	60
Figure 12. Prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon le mode de déplacement. _____	61
Figure 13. Prévalence (%) de la peur de conduire et de prendre part à la circulation à la suite de l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon le mode de déplacement. _____	62
Figure 14. Prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon la responsabilité propre de l'accident telle qu'évaluée par le répondant lui-même. _____	63
Figure 15. Degré auquel les répondants du groupe 2 ("proche impliqué") présentant des symptômes de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété pensaient à l'accident de la route au moment de répondre aux questions sur le stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété. _____	66
Figure 16. Degré de gravité des autres conséquences rapportées par les répondants du groupe 2 ("proche impliqué") peu de temps après l'accident de la route et actuellement. _____	68
Figure 17. Prévalence des conditions comorbides (stress post-traumatique, dépression et anxiété) chez les répondants dont un proche a été impliqué dans un accident de la route (groupe 2 "proche impliqué"). _____	69
Figure 18. Durée des symptômes rapportés de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété (groupe 2 "proche impliqué"). _____	70
Figure 19. Durée des autres conséquences rapportées (groupe 2 "proche impliqué"). _____	71
Figure 20. Organisations et instances auprès desquelles les répondants ont reçu une aide ou un soutien après l'accident de la route, parmi les répondant du groupe 1 et ceux du groupe 2. _____	73
Figure 21. Facilité avec laquelle les répondants ont trouvé l'aide nécessaire, parmi les répondants du groupe 1 et ceux du groupe 2. _____	74
Figure 22. Synthèse : prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété peu de temps après l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué") et le groupe 2 ("proche impliqué"). _____	79

# Terminologie

**TSA** : Abréviations de trouble de stress aigu.

**Comorbidité ou conditions comorbides** : Présence simultanée de plusieurs troubles (psychiques).

**DSM-IV et DSM-V** : Abréviations du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, un manuel élaboré par l'American Psychiatric Association (APA) et utilisé par les cliniciens et chercheurs pour diagnostiquer et classer les troubles mentaux. DSM-IV fait référence à la quatrième édition et DSM-V à la cinquième édition du manuel.

**EQ-5D** : Instrument standardisé élaboré par EuroQol pour évaluer l'état de santé d'une personne. L'outil se compose d'un court questionnaire qui examine comment le répondant se sent aujourd'hui pour chacune des cinq dimensions de la santé (mobilité, autonomie, activités quotidiennes, douleur/gêne et anxiété/dépression). En complément, une échelle visuelle analogique allant de 0 ("le meilleur état de santé imaginable") à 100 ("le pire état de santé imaginable") invite le répondant à estimer son état de santé actuel.

**GAD-7** : Abréviations de Generalized Anxiety Disorder, un instrument validé de dépistage des symptômes d'un trouble anxieux.

**PCL** : Abréviations de Post-traumatic Checklist, un instrument validé de dépistage des symptômes de stress post-traumatique.

**PHQ-9** : Abréviations de Patient Health Questionnaire, un instrument validé de dépistage des symptômes de dépression.

**SSPT** : Abréviations de syndrome de stress post-traumatique.

# Résumé

## Contexte et objectif

Les accidents de la route peuvent engendrer, outre les conséquences physiques, une souffrance psychologique importante, tant chez les victimes elles-mêmes que dans leur entourage. Toutefois, cette problématique n'est pas reflétée dans les statistiques des accidents de la route et elle est également beaucoup moins abordée dans la recherche scientifique. L'objectif de cette étude est de contribuer à une meilleure compréhension de la prévalence et de la complexité des conséquences psychologiques d'un accident de la route. Nous nous concentrons principalement sur les trois troubles psychiques les plus fréquents : le stress post-traumatique, la dépression et les troubles anxieux.

Les informations relatives aux conséquences psychologiques ont été recueillies au moyen d'une enquête en ligne diffusée via différents canaux, notamment des associations de victimes, des organisations de patients, des hôpitaux, des centres de réadaptation et les réseaux sociaux. Les symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété ont été mesurés à l'aide d'outils de dépistage validés. D'autres thèmes ont également été abordés, tels que les circonstances de l'accident, le déroulement des procédures d'assurance et judiciaires, les répercussions médicales, sociales, professionnelles et économiques, ainsi que l'aide et le soutien reçus après l'accident. Il convient de souligner que les résultats de cette enquête ne correspondent pas à un diagnostic clinique, mais doivent plutôt être considérés comme un indicateur de la présence possible d'un des troubles psychiques étudiés, signalant un besoin d'évaluation complémentaire ou de prise en charge.

Deux groupes cibles ont été étudiés : les personnes impliquées elles-mêmes dans un accident de la route et les membres proches de la famille (partenaire, parent, enfant, frère, sœur) d'une victime d'accident de la route. Au total, l'enquête a permis de constituer un échantillon de 89 répondants, dont 51 victimes et 48 proches. Le faible chevauchement entre les deux groupes (10 répondants) concerne des personnes impliquées dans le même accident que leur proche. Dans les deux groupes, plus de la moitié des accidents s'étaient produits il y a plus de trois ans.

## Conséquences psychologiques chez les victimes de la route

Peu de temps après l'accident, plus de la moitié des répondants qui ont eux-mêmes été impliqués dans un accident de la route présentent des symptômes de stress post-traumatique (58%), de dépression (55%) ou de trouble anxieux (58%), au moins partiellement liés à l'accident de la route. La prévalence et l'intensité de ces troubles psychiques diminuent avec le temps, mais persistent néanmoins durant une longue période. Ainsi, chez les répondants impliqués dans un accident de la route survenu il y a plus de dix ans, les prévalences de troubles psychiques restent relativement élevées (près d'un répondant sur deux avec des symptômes de stress post-traumatique, quatre sur dix avec des symptômes dépressifs et un sur trois avec des symptômes anxieux). Par ailleurs, un répondant sur deux présentant des symptômes de stress post-traumatique et quatre répondants sur dix présentant des symptômes de dépression ou de trouble anxieux rapportent que les problèmes ont persisté plus de trois ans.

Les répondants de l'échantillon présentent un degré élevé de comorbidité, c.-à-d. la présence simultanée de plus d'un trouble. Près de sept répondants sur dix ont ressenti simultanément des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété peu de temps après l'accident.

Dans l'étude, un certain nombre de facteurs (de risque) pouvant indiquer le développement de l'une des psychopathologies examinées ont été analysés de manière univariée. Des prévalences plus élevées de symptômes de stress post-traumatique ont été constatées chez les femmes, chez les personnes ayant vécu l'accident comme « assez » à « très effrayant », chez les blessés graves, chez les personnes qui se déplaçaient en voiture au moment de l'accident et chez celles qui s'estimaient « partiellement » à « totalement responsables » de l'accident. De même, les prévalences de dépression ou d'anxiété étaient nettement plus élevées chez les femmes, lorsque l'accident avait été ressenti comme « effrayant », et chez les occupants d'une voiture. En ce qui concerne la responsabilité de l'accident, on observe un lien différent selon la période considérée. Dans la période immédiate après l'accident, des symptômes de dépression et d'anxiété apparaissaient plus fréquemment chez les personnes qui considéraient la partie adverse comme entièrement responsable de l'accident (attribution externe) que chez celles qui s'en attribuaient la responsabilité (attribution interne). La tendance inverse a été constatée lorsqu'il s'agit de la période actuelle : les symptômes de dépression et d'anxiété étaient plus prévalents chez les personnes avec une attribution interne de la responsabilité que chez celles avec une attribution externe. En ce qui concerne les autres conséquences

psychologiques, les occupants d'une voiture rapportaient plus souvent une peur de conduire et une anxiété à l'idée de prendre part à la circulation que les victimes de la route qui se déplaçaient à pied ou à vélo. Les résultats montrent toutefois que les liens entre les facteurs (de risque) étudiés et les troubles psychiques observés sont très complexes et peuvent être influencés par de nombreux autres facteurs.

L'accident de la route a également eu un impact sur les habitudes de déplacement des répondants : près de quatre répondants sur dix se déplacent moins souvent après l'accident ou évitent certains lieux, et un sur trois a rapporté utiliser moins fréquemment un certain mode de transport (principalement la voiture et le vélo).

### **Conséquences psychologiques chez les proches des victimes de la route**

La plupart des répondants dans le second groupe cible ont rapporté un accident dans lequel (un de) leur(s) enfant(s) (60%) ou leur partenaire (21%) avai(en)t été impliqué(s). Dans plus de la moitié des cas, le proche est décédé des suites de l'accident (58%). Les résultats montrent que l'impact sur le bien-être mental des répondants est, dans une certaine mesure, encore plus important parmi les membres de la famille des victimes de la route que parmi les victimes elles-mêmes. Environ neuf répondants sur dix ont ressenti, peu de temps après l'accident de la route, des symptômes de stress post-traumatique (89%), de dépression (94%) ou de trouble anxieux (91%) pouvant être liés à l'accident. Parmi les répondants témoignant d'un accident impliquant un proche, la comorbidité est aussi considérablement élevée. Près de neuf sur dix ont rapporté simultanément des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et de trouble anxieux.

Les résultats ont montré que l'évolution dans le temps des symptômes ressentis pouvait être complexe. Ainsi, la prévalence du stress post-traumatique, par exemple, était plus élevée chez les répondants dont l'accident impliquant un proche remontait à plus de trois ans (un peu plus de sept sur dix) par rapport à ceux dont l'accident était plus récent (près de six sur dix lorsque l'accident avait eu lieu il y a moins de trois ans). Les symptômes de dépression ne semblent pas non plus diminuer de manière constante avec le temps. Parmi les répondants dont un proche avait été impliqué dans un accident de la route, sept sur dix ont ressenti des symptômes de stress post-traumatique, quatre sur dix des symptômes dépressifs et six sur dix des symptômes anxieux pendant trois ans ou plus après l'accident.

En ce qui concerne les autres conséquences, de nombreux répondants ont ressenti des sentiments d'impuissance (86%), de colère/rancune (86%) et de culpabilité (69%) peu de temps après l'accident ; des sentiments qui, au moment de l'enquête, étaient encore très prévalents (respectivement 85%, 85% et 62%). Les sentiments d'impuissance et de colère semblent particulièrement persistants. Six répondants sur dix ont rapporté un sentiment d'impuissance et près d'un sur deux un sentiment de colère pendant plus de trois ans après l'accident.

La peur de conduire et l'anxiété à l'idée de prendre part à la circulation se manifestaient également souvent chez les répondants qui témoignaient d'un accident survenu à un proche (sept sur dix dans les deux cas). De plus, les résultats ont montré que les répondants dont un proche a été une victime de la route ont eux aussi adapté leurs habitudes de déplacement, évitant certains lieux ou utilisant moins fréquemment certains moyens de transport, comme la voiture et le vélo.

### **Conclusions et recommandations**

Les résultats de l'étude ont montré clairement que les accidents de la route avaient un impact majeur sur le bien-être psychique des personnes touchées. Les conséquences marquent la vie des victimes de la route et celle de leur entourage pendant de nombreuses années après l'accident.

Nous avons mis en évidence l'importance d'une approche plus globale des conséquences des accidents de la route et d'une aide plus holistique, qui intègre d'une part tant les aspects physiques que psychiques, et qui, d'autre part, inclut aussi les proches des victimes de la route dans le processus de rétablissement. Le dépistage et le traitement précoces des troubles psychiques ainsi qu'un suivi prolongé dans le temps sont ici essentiels. De plus, il convient de prêter attention aux comorbidités, à l'évolution de ceux-ci dans le temps et aux interactions possibles entre ces derniers.

La présente étude constitue une première étape dans le suivi de cette thématique à l'avenir. Des recherches complémentaires pourraient être menées dans le cadre d'une étude prospective visant à interroger les victimes de la route et leurs proches à différents moments. D'autres thématiques ou facteurs, tels que la vulnérabilité psychique préexistante, l'attribution interne et externe de l'accident et les problématiques d'addiction, devraient également être étudiés de manière plus approfondie. Une telle recherche pourrait être intégrée, par exemple, dans le cadre de l'aide apportée après l'accident ou dans celui du processus de traitement clinique.

# Summary

## Context and objective

Traffic accidents do not only have a physical impact, but they also cause a great deal of psychological suffering, both for the victims themselves and for those around them. These consequences are not captured in traffic accident statistics and are addressed to a much lesser extent in research. The aim of this study is to contribute to a better understanding of the prevalence and complexity of the psychological consequences of a traffic accident. We focus primarily on the three most common mental disorders: post-traumatic stress, depression and anxiety disorders.

Information about the psychological consequences was collected using an online survey distributed through various channels, including victim associations, patient organisations, hospitals, rehabilitation centres, and social media. Symptoms of post-traumatic stress, depression, and anxiety were measured using validated screening instruments. Other topics covered in the survey were the circumstances of the accident, the insurance and legal proceedings, the medical, social, professional, and economic consequences, and the help and support provided after the accident. It should be noted, however, that the results of this study do not correspond to a clinical diagnosis but should rather be considered as an indication of the presence of one of the mental disorders investigated, pointing to a need for further assessment or assistance.

Two target groups were defined: people who had been involved in a traffic accident themselves and the immediate family members (partner, parent, child, brother, sister) of a traffic accident victim. In total, the survey yielded a sample of 89 respondents, of whom 51 were traffic accident victims and 48 were family members of a victim. The small overlap between these two groups (10 respondents) consists of individuals who were involved in the traffic accident together with their close relative. In both groups, more than half of the accidents took place more than three years ago.

## Psychological consequences for traffic accident victims

More than half of the respondents who were involved in a traffic accident themselves showed symptoms of post-traumatic stress (58%), depression (55%) or anxiety (58%) shortly after the accident. These symptoms were at least partly related to the traffic accident. The prevalence and intensity of these mental disorders decrease over time but nevertheless persist for a long time. For example, relatively high prevalences were still found among respondents who had been involved in a traffic accident more than ten years ago (almost one in two respondents with post-traumatic stress symptoms, four in ten with depression symptoms and one in three with anxiety symptoms). Furthermore, one in two respondents with symptoms of post-traumatic stress and four in ten respondents with symptoms of depression or an anxiety disorder reported that the problems persisted for more than three years.

The respondents in the sample showed a high degree of comorbidity, i.e. the simultaneous occurrence of more than one disorder. Almost seven in ten experienced simultaneous symptoms of post-traumatic stress, depression and anxiety shortly after the accident.

In the study, a number of (risk) factors were analysed univariately that could be indicative for the development of one of the psychopathologies investigated. Higher prevalences of post-traumatic stress symptoms were found in women, in people who experienced the accident as moderately to very frightening, in seriously injured people, in people who were travelling by car at the time of the accident, and in people who considered themselves partly or entirely responsible for the accident. The prevalence of depression and anxiety was also significantly higher among women, among those who experienced the accident as frightening, and among car occupants. With regard to responsibility for the accident, we found a different correlation depending on the time frame. In the period shortly after the accident, symptoms of depression and anxiety were more common among people who considered the other party to be entirely responsible for the accident (external attribution) than among people who attributed responsibility to themselves (internal attribution). At the time of the survey, the opposite was observed: symptoms of depression and anxiety were more prevalent among individuals with an internal attribution of responsibility than among individuals with an external attribution. With regard to other psychological consequences, car occupants reported driving and travel anxiety more often than traffic victims who were travelling on foot or by bicycle. However, the results show that the relationships between the (risk) factors studied and the mental disorders observed are highly complex and may be influenced by numerous other factors.

The traffic accident also had an impact on the respondents' travel habits: almost four in ten travels less often or avoid certain places after the accident, and one in three reported using a particular mode of transport (mainly car and bicycle) less often.

### **Psychological consequences for close relatives of traffic accident victims**

Most respondents in the second target group reported an accident involving (one of) their child(ren) (60%) or their partner (21%). In more than half of the cases, the close relative died as a result of the accident (58%). The results show that the impact on the mental well-being of the respondents is even greater for the family members of road accident victims than for the victims themselves. Approximately nine out of ten experienced symptoms of post-traumatic stress (89%), depression (94%) or anxiety (91%) shortly after the traffic accident – symptoms which could be linked to the accident. Comorbidity is also significantly high among the family members of victims. Almost nine out of ten reported simultaneous symptoms of post-traumatic stress, depression and an anxiety disorder.

The results showed that the time course of the experienced symptoms can be complex. For example, the prevalence of post-traumatic stress was higher among respondents whose relative's accident had occurred more than three years ago (more than seven in ten) compared to more recent accidents (almost six in ten for accidents less than three years ago). Similarly, symptoms of depression do not appear to decrease consistently over time. Among respondents whose close relative was involved in a traffic accident, seven in ten experienced symptoms of post-traumatic stress, four in ten experienced symptoms of depression and six in ten experienced symptoms of anxiety for three years or longer.

As for the other consequences, many respondents experienced feelings of powerlessness (86%), anger/resentment (86%) and guilt (69%) shortly after the accident; feelings that were still very prevalent at the time of the survey (85%, 85% and 62% respectively). Feelings of powerlessness and anger in particular appear to be very persistent. Six in ten and almost one in two experienced these feelings for more than three years.

Driving and travel anxiety often arise among family members too as a result of the accident involving their close relative (both seven in ten). The results showed that family members of road accident victims change their travel habits, in particular by using certain modes of transport (mainly car and bicycle) less often or by avoiding certain places.

### **Conclusions and recommendations**

The results of the study clearly show that traffic accidents have a major impact on the psychological well-being of those affected. The consequences mark the lives of traffic victims and their families for many years after the accident.

We emphasise the importance of a more comprehensive assessment of the consequences of traffic accidents and a more holistic approach to providing assistance, on the one hand addressing both the physical and psychological aspects, and on the other hand including the close relatives of traffic accident victims in the recovery process. In this regard, early screening and treatment of mental disorders and long-term follow-up are essential. In addition, attention should be paid to comorbid conditions, the progression of symptoms over time and possible interactions between symptoms.

The current study is a first step towards continuing to monitor psychological consequences in the future. Further research could involve a prospective study design to survey traffic accident victims and their close relatives at different points in time. Other factors, such as previous psychological vulnerability, internal and external attribution of the accident, and addiction problems, should be studied in greater depth. Such research could, for example, be included as part of the post-accident care or clinical treatment process.

# 1 Introduction

## 1.1 Contexte

Les accidents de la route engendrent beaucoup de souffrances, tant chez les personnes impliquées elles-mêmes qui en subissent les conséquences parfois à vie, que chez les proches des victimes, confrontés soudainement à la perte d'un être cher ou à voir ce dernier souffrir de blessures graves. La recherche se concentre souvent principalement sur les conséquences physiques d'un accident de la route. Chaque année, les nombres de tués sur les routes ou de blessés graves sont publiés. Par ailleurs, de plus en plus de données sont recueillies pour décrire le type de blessures subies par les victimes, leur gravité et leurs conséquences à long terme sur la santé.

Toutefois, l'impact de l'accident de la route sur la santé mentale est un aspect qui fait l'objet de moins d'attention. Les conséquences psychologiques sont beaucoup plus difficiles à quantifier et elles sont donc moins souvent abordées dans les études sur la charge des blessures liées aux accidents de la circulation, entre autres. Pourtant, ces conséquences peuvent également entraîner une dégradation importante de la santé. Haagsma et al. (2011) ont étudié la charge de morbidité liée au syndrome de stress post-traumatique (SSPT) consécutif à des blessures non intentionnelles (y compris celles résultant d'un accident de la route). Ils en ont conclu que la charge totale de morbidité des accidents de la route aux Pays-Bas augmenterait de plus de 50% si, en plus des blessures physiques, le SSPT était pris en compte. De plus, les conséquences physiques et psychologiques peuvent interagir et avoir un impact sur la guérison (par ex. Valentine et al., 2016).

Une meilleure compréhension de la prévalence des conséquences des accidents de la route et de leur complexité est nécessaire pour mieux répondre aux besoins des victimes en matière de soins et de rééducation ainsi qu'aux besoins de leur entourage direct. La présente étude tente d'y contribuer en mettant en lumière l'impact psychologique d'un accident de la route, tant pour les victimes elles-mêmes que pour leur entourage direct. Nous nous concentrons ici principalement sur les trois troubles psychologiques le plus étudiés jusqu'à présent, à savoir celui du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété.

Les critères détaillés des troubles du stress post-traumatique, de la dépression et des troubles anxieux sont décrits dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). Le DSM est un manuel élaboré par l'*American Psychiatric Association* (APA) et utilisé par les cliniciens et les chercheurs pour diagnostiquer et classifier les troubles mentaux. Ci-dessous figure une brève description de chacune des trois psychopathologies étudiées, basée sur les définitions et descriptions des symptômes telles que publiées sur le site web de l'APA<sup>1</sup>. Les explications disponibles sur leur site reposent sur des sources scientifiques et ont été systématiquement relues par un médecin.

Le **stress post-traumatique**<sup>2</sup> peut se développer à la suite d'un événement marquant ou choquant, auquel on a été confronté ou dont on a été témoin. Exemples : être impliqué dans ou témoin d'un accident, perdre un proche, être victime ou témoin de violence, de catastrophes naturelles, de situations de guerre, d'actes terroristes, de violences sexuelles ou de harcèlement. On distingue un trouble de stress aigu (TSA)<sup>3</sup> d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Une réaction de stress aigu apparaît souvent immédiatement après l'événement traumatique et peut durer de 3 jours à un mois. Un syndrome de stress post-traumatique peut être la continuation d'une réaction de stress aigu, mais peut aussi ne se manifester que plusieurs mois plus tard. Une personne souffre d'un syndrome de stress post-traumatique lorsque les symptômes persistent plus d'un mois. Le diagnostic est toujours posé sur la base de critères cliniques.

---

<sup>1</sup> <https://www.psychiatry.org/>

<sup>2</sup> <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

<sup>3</sup> À ne pas confondre avec le trouble du spectre de l'autisme (TSA), qui partage le même acronyme avec le trouble de stress aigu.

Les symptômes du stress aigu et du syndrome de stress post-traumatique sont très similaires et se présentent généralement comme une combinaison des éléments suivants :

- pensées intrusives (non désirées et involontaires), telles que des souvenirs répétitifs, des rêves perturbants ou des flashbacks liés à l'événement traumatique ;
- évitement des souvenirs liés à l'événement, par exemple en fuyant certains lieux, personnes, activités, situations ou objets qui pourraient les rappeler ;
- altérations cognitives et émotionnelles, telles que des symptômes dépressifs, des troubles de la mémoire, des sentiments de culpabilité, une perte d'intérêt pour les activités auparavant appréciées, un sentiment de distance ou d'étrangeté vis-à-vis des autres, etc. ;
- modifications de la vigilance, de l'excitation et de la réactivité, telles qu'irritabilité, accès de colère, comportements imprudents, difficultés de concentration ou troubles du sommeil, etc.

Les symptômes de **dépression**<sup>4</sup> peuvent varier de légers à sévères et diffèrent d'une personne à l'autre. Exemples de symptômes :

- se sentir triste, irritable ou désespéré ;
- perte d'intérêt et de plaisir pour des activités autrefois appréciées ;
- changement marqué de l'appétit ou du poids ;
- sommeil insuffisant ou excessif ;
- baisse d'énergie ou fatigue accrue ;
- augmentation de l'agitation physique (par ex. incapacité à rester assis, marche incessante, torsion des mains) ou ralentissement des mouvements ou de la parole suffisamment importants pour être perçus par les autres ;
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ;
- difficultés à réfléchir ou à se concentrer, troubles de la mémoire ou difficultés à prendre de petites décisions ;
- pensées morbides, idées suicidaires ou tentatives de suicide.

Les **troubles anxieux**<sup>5</sup> se distinguent des sentiments normaux de nervosité ou d'anxiété et ils vont de pair avec une inquiétude ou une peur excessive. Lorsque l'anxiété ou l'inquiétude ressenties sont disproportionnées par rapport à la situation ou à l'âge de la personne, et qu'elles entravent le fonctionnement normal, on parle de trouble anxieux. Les troubles anxieux peuvent prendre diverses formes telles qu'un trouble anxieux généralisé, un trouble panique, des phobies spécifiques, de l'agoraphobie et un trouble d'anxiété sociale.

## 1.2 Questions de recherche

L'objectif de la présente étude est de dresser un état des lieux des conséquences psychologiques des accidents de la route, tant pour les personnes impliquées elles-mêmes que pour leurs proches. Nous avons tenté de répondre aux questions de recherche suivantes :

- Dans quelle mesure les personnes impliquées dans un accident de la route ou leurs proches présentent-ils des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et de troubles anxieux à la suite de l'accident ?
- Dans quelle mesure ces troubles apparaissent-ils simultanément, c.-à-d. quelle est la prévalence des comorbidités parmi les victimes de la route ou leurs proches ?
- Quelles autres conséquences psychologiques sont rapportées ?
- Pendant combien de temps les personnes impliquées ou leurs proches ressentent-ils les conséquences psychologiques étudiées ?
- Observe-t-on des différences dans la prévalence des troubles psychologiques en fonction de certains facteurs (de risque), tels que le sexe, la gravité, le rôle/la responsabilité propre dans la survenue de l'accident, etc. ?
- Observe-t-on, à la suite de certains symptômes d'anxiété par exemple, une modification du comportement de déplacement des personnes impliquées ou de leurs proches après l'accident ?

<sup>4</sup> <https://www.psychiatry.org/Patients-Families/Depression/What-Is-Depression>

<sup>5</sup> <https://www.psychiatry.org/Patients-Families/Anxiety-Disorders/What-are-Anxiety-Disorders>

Sur la base des résultats de la recherche et des réponses à ces questions, un certain nombre de recommandations seront formulées afin d'améliorer la prise en charge des personnes impliquées dans un accident de la route et celle de leurs proches.

## 2 Revue de littérature

L'objectif de la revue de littérature est d'obtenir un aperçu général de la prévalence du trouble de stress aigu, du syndrome de stress post-traumatique, de la dépression et des troubles anxieux, tant chez les victimes d'accidents de la route que chez leurs proches, ainsi que des facteurs de risque qui influencent leur apparition.

La littérature scientifique a été recherchée dans les bases de données PUBMED, TRID, ResearchGate et Google Scholar au moyen (d'une combinaison) des termes suivants : "psychological consequences", "psychological impact", "mental health", "posttraumatic stress", "PTSD", "depression", "anxiety", "traffic accident", "traffic crash", "motor vehicle accident", "at fault", "responsibility", "bereavement", "grief". La priorité a été accordée aux publications évaluées par des pairs (peer reviewed).

La revue de littérature a ensuite été circonscrite par un certain nombre de critères d'inclusion : l'étude devait avoir été publiée après 2000, porter sur une population adulte, l'échantillon devait être constitué à 100% de victimes d'accidents de la route, l'instrument de mesure des conséquences psychologiques devait être mentionné et le moment de l'évaluation précisé. Lorsque plusieurs articles étaient issus d'un même échantillon, seule l'étude la plus récente a été retenue, sauf si des analyses différentes avaient été effectuées. Par ailleurs, les études portant sur des populations aux caractéristiques très spécifiques ont été exclues, comme celles qui se concentraient uniquement sur des patients présentant un type particulier de blessure (par ex. traumatismes crâniens, lésions aux membres inférieurs, etc.).

### 2.1 Impact sur les victimes

#### 2.1.1 Prévalence

Les conséquences psychologiques les plus fréquentes des accidents de la route, et donc aussi les plus étudiées, sont le trouble de stress aigu (TSA), le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), la dépression et l'anxiété. Le Tableau 1 donne un aperçu non exhaustif de la littérature depuis 2000, avec au total 21 études. Pour chaque étude sont indiqués : le protocole de recherche, le pays, la population étudiée, les instruments utilisés pour mesurer les conséquences psychologiques et la prévalence des troubles étudiés.

Tableau 1. Taux de prévalence du stress post-traumatique, de la dépression, de l'anxiété et d'autres conséquences chez les victimes d'accidents de la route.

Auteurs	Protocole de recherche	Pays	Population étudiée	Instruments de mesure des conséquences psychologiques	Prévalence
(Jeans, 2000)	Étude prospective avec mesure de référence peu après l'accident et suivi à 3, 6 et 12 mois	Australie	72 patients hospitalisés dans un hôpital régional après un accident de la route	<ul style="list-style-type: none"> <li>General Health Questionnaire, version à 28 items (GHQ-28)</li> <li>Impact of Event Scale</li> <li>Posttraumatic Stress Disorder Interview</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SSPT : 8,3% à 3 mois, 8,0% à 6 mois, 8,6% à 12 mois</li> </ul>
(Holeva et al., 2001)	Étude prospective avec évaluation avant la sortie de l'hôpital (dans les 4 semaines après l'accident) et 4 à 6 mois après l'accident	Royaume-Uni	434 patients hospitalisés après un accident de la route	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penn Inventory (PI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TSA : 21% dans les 4 semaines</li> <li>SSPT : 23% après 4 à 6 mois</li> </ul>
(Mayou & Bryant, 2001)	Étude prospective avec suivi à 3 et 12 mois	Royaume-Uni	1144 patients traités aux urgences après un accident de la route	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> <li>PTSD symptoms scale (PSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SSPT : 23% à 3 mois ; 17% à 1 an</li> <li>Dépression : 5% à 3 mois, 6% à 1 an</li> <li>Anxiété : 17% à 3 mois, 19% à 1 an</li> <li>Peur de conduire : 22% à 3 mois, 17% à 1 an</li> </ul>
(Mayou & Bryant, 2002)	Étude prospective avec suivi à 3 ans (suite à Mayou & Bryant, 2001)	Royaume-Uni	507 participants de l'étude de Mayou & Bryant (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> <li>PTSD symptoms scale (PSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SSPT : 11% à 3 ans</li> <li>Dépression : 7% à 3 ans</li> <li>Anxiété : 16% à 3 ans</li> <li>Peur de conduire : 14% à 3 ans</li> </ul>
(Chan et al., 2003)	Étude rétrospective	Australie	391 personnes ayant introduit une demande d'indemnisation auprès de la « State Insurance Commission »	<ul style="list-style-type: none"> <li>General Health Questionnaire 28-item versie (GHQ-28)</li> <li>PTSD Checklist-Civilian Version</li> <li>Dissociative Experiences Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SSPT : 29% à 9 mois</li> <li>Dépression : 31% à 9 mois</li> <li>Anxiété : 62% à 9 mois</li> </ul>
(Barth et al., 2005)	Étude rétrospective	Allemagne	70 patients hospitalisés dans un hôpital universitaire après un accident de la route survenu il y a au moins 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostic Expert System for ICD-10 and DSM-IV</li> <li>Posttraumatic Diagnosis Scale (PDS)</li> <li>Impact of Event Scale (IES)</li> <li>PTSD Symptom Scale (PSS)</li> <li>Beck Depression Inventory (BDI)</li> <li>SCL-90-R Symptom Checklist</li> <li>Sheehan Disability Scale (SDS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SSPT : 10,0% après 5 ans</li> <li>SSPT subclinique : 14,2% après 5 ans</li> </ul>
(Smith et al., 2007)	Étude prospective avec évaluation à 1 et 4 mois après un accident de la route	Royaume-Uni	50 patients traités aux urgences après un accident de la route mineur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impact of Event Scale (IES)</li> <li>Self-Rating Scale for PTSD (SRS-PTSD)</li> <li>Hospital anxiety and Depression Scale (HADS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SSPT : 14,0% à 1 mois, 12,8% à 4 mois</li> <li>Dépression : 10,0% à 1 mois, 10,3% à 4 mois</li> <li>Anxiété : 24,0% à 1 mois, 17,9% à 4 mois</li> </ul>

(Matsuoka et al., 2008)	Étude prospective avec mesure de référence peu après l'accident et suivi à 4 à 6 semaines	Japon	100 patients hospitalisés en soins intensifs après un accident de la route	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact of Event Scale-Revised</li> <li>• Hospital Anxiety and Depression Scale</li> <li>• Clinician-Administered PTSD Scale</li> <li>• Mini-International Neuropsychiatric Interview</li> </ul>	Moyenne 4 à 6 semaines après l'accident: <ul style="list-style-type: none"> <li>• SSPT : 24%</li> <li>• Dépression : 23%</li> <li>• Dépendance à l'alcool : 10%</li> <li>• Trouble obsessionnel-compulsif : 6%</li> <li>• Agoraphobie : 6%</li> <li>• Anxiété sociale : 3%</li> <li>• Comorbidité TSPT &amp; dépression : 7%</li> <li>• Comorbidité TSPT &amp; anxiété : 1%</li> </ul>
(Yaşan et al., 2009)	Étude prospective avec mesure de référence peu après l'accident et avant la sortie de l'hôpital et suivi à 3, 6 et 12 mois	Turquie	95 patients traités aux urgences après un accident de la route	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)</li> <li>• Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSA : 41,1% juste après l'accident</li> <li>• SSPT : 29,8% à 3 mois, 23,1% à 6 mois, 17,9% à 12 mois</li> </ul>
(Coronas et al., 2011)	Étude prospective avec évaluation à 1 et 4 mois	Espagne	119 patients traités aux urgences après un accident de la route impliquant un véhicule motorisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structured Clinical Interview (SCID)</li> <li>• Davidson Trauma Scale (DTS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSPT : 45,4% à 1 mois, 32,8% à 4 mois</li> </ul>
(Irish et al., 2011)	Étude prospective avec évaluation pendant l'hospitalisation, à 6 semaines et à 6 mois	États-Unis	356 patients hospitalisés après un accident de la route impliquant un véhicule motorisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)</li> <li>• Structured Clinical Interview (SCID)</li> <li>• Impact of Event Scale-Revised (IES-R)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSPT : 10,36% à 6 semaines, 7,14% à 6 mois</li> <li>• Dépression : 12,35% à 6 semaines, 12,24% à 6 mois</li> </ul>
(Berna et al., 2012)	Étude prospective avec évaluation la semaine suivant l'accident et à 6 mois	France	155 patients hospitalisés après un accident de voiture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)</li> <li>• Peritraumatic Distress Inventory (PDI)</li> <li>• Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ-10SRV)</li> <li>• Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSPT : 7,74% à 6 mois</li> <li>• SSPT subclinique : 25,8%</li> <li>• Comorbidité TSPT &amp; anxiété : 91,7% à 6 mois</li> <li>• Comorbidité TSPT &amp; dépression : 33,3% à 6 mois</li> </ul>
(Nishi et al., 2013)	Étude prospective avec mesure de référence peu après l'accident et suivi à 6 mois	Japon	106 patients hospitalisés après un accident de la route impliquant un véhicule motorisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSPT : 7,5% à 6 mois</li> </ul>
(Papadakaki et al., 2017)	Étude prospective avec évaluations à 1, 6 et 12 mois après l'accident	Grèce, Allemagne, Italie	93 victimes de la route hospitalisées en soins intensifs (ou sub-intensifs) après un accident de la route	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact of Event Scale-Revised (IES-R)</li> <li>• Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D Scale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSPT : 43,5% à 1 mois, 39,6% à 6 mois, 21,1% à 12 mois</li> <li>• Dépression : 54,3% à 1 mois, 33,0% à 6 mois, 23,3% à 12 mois</li> </ul>
(Platts-Mills et al., 2017)	Étude prospective avec évaluation 6 mois après traitement aux urgences	États-Unis	223 blessés de la route admis aux urgences après un accident impliquant un véhicule motorisé (sans blessures graves)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact of Event Scale-Revised (IES-R)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSPT : 21% à 6 mois</li> </ul>

(Dai et al., 2018)	Méta-analyse sur 13 études	Australie, Royaume-Uni, États-Unis, Danemark, Japon, Turquie, Afrique du Sud, Suisse	2989 victimes de la route ; 12 études hospitalières, 1 étude populationnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 études ont utilisé des entretiens structurés</li> <li>6 études ont utilisé exclusivement des questionnaires d'auto-évaluation</li> <li>1 étude a utilisé les deux</li> </ul>	Prévalence poolée* : <ul style="list-style-type: none"> <li>TSA : 15,81% (21,51% chez les adultes)</li> </ul> Prévalences dans les études individuelles : <ul style="list-style-type: none"> <li>TSA : varie de 3,0% à 41,1%</li> </ul>
(Guest et al., 2018)	Étude prospective avec une évaluation de référence dans les 4 mois suivant l'accident, suivie d'évaluations 10 semaines, 6 mois et 12 mois après l'évaluation de base. Pour l'article, seule l'évaluation de base a été utilisée (en moyenne 11 semaines après l'accident de la route).	Australie	109 blessés d'un accident de la route impliquant un véhicule motorisé qui ont reçu une indemnisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)</li> <li>Impact of Events Scale-Revised (IES-R)</li> </ul>	Moyenne 11 semaines après l'accident : <ul style="list-style-type: none"> <li>SSPT : 19,3%</li> <li>Dépression : 53,2%</li> <li>Comorbidité : 95% des victimes avec SSPT également diagnostiquées dépressives</li> </ul>
(Kenardy et al., 2018)	Étude prospective avec évaluations 3 à 6 mois, 12 à 15 mois et 24 mois après l'accident de la route.	Australie	284 victimes de la route avec des blessures (AIS ≤ 3) et ayant reçu une indemnisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Composite International Diagnostic Interview module for PTSD (CIDI-PTSD)</li> <li>CIDI-Short Form (CIDI-SF)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SSPT : 26,1% à 6 mois, 24,7% à 12 mois, 26,1% à 24 mois</li> <li>Dépression : 27,8% à 6 mois, 32,0% à 12 mois, 27,5% à 24 mois</li> <li>Anxiété : 19,4% à 6 mois, 29,9% à 12 mois, 21,8% à 24 mois</li> </ul>
(Kovacevic et al., 2021)	Étude prospective avec évaluations 1 mois et 6 mois après l'accident de la route.	Croatie	200 survivants d'un accident de la route avec et sans blessure	<ul style="list-style-type: none"> <li>PTSD checklist for civilians (PCL-C)</li> <li>Beck Depression Inventory</li> <li>Beck Anxiety Inventory</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SSPT : 35,5% à 1 mois, 20,5% à 6 mois</li> <li>Dépression : 20,0% à 1 mois, 13,5% à 6 mois</li> <li>Anxiété : 12,0% à 1 mois, 3,5% à 6 mois</li> <li>Comorbidité SSPT &amp; dépression : 15,5% à 1 mois, 11,0% à 6 mois</li> <li>Comorbidité SSPT &amp; anxiété : 3,0% à 1 mois, 2,5% à 6 mois</li> <li>Comorbidité dépression &amp; anxiété : 2,5% à 1 mois et à 6 mois</li> <li>Comorbidité SSPT, dépression &amp; anxiété : 1,5% à 1 mois, 2,0% à 6 mois</li> <li>Peur de conduire : 9,5% à 6 mois</li> </ul>
(Boelen et al., 2022)	Étude rétrospective	Pays-Bas	328 victimes de la route	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> <li>Traumatic Grief Inventory-Self-Report-Plus (TGI-SR+)</li> <li>Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)</li> <li>Rumination Questionnaire (RQ)</li> </ul>	Temps moyen depuis l'accident = 7 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>SSPT : 13,4%</li> <li>Dépression : 21,3%</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulties in Emotion Regulation Scale-16 (DERS-16)</li> </ul>	
(Feki et al., 2024)	Étude prospective	Tunisie	70 patients hospitalisés après un accident de la route	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Acute Stress Disorder Scale (TSAS)</li> <li>• Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> <li>• Post-traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSA : 37,1%</li> <li>• SSPT : 40% environ 4–6 semaines après l'accident</li> </ul>

\* La prévalence poolée renvoie à la combinaison des données de plusieurs études pour estimer la prévalence globale d'un trouble.

La plupart des études s'inscrivent dans une démarche prospective où les participants sont évalués ou interrogés à différents moments. La population étudiée est souvent composée exclusivement de victimes présentant des blessures physiques. Une seule étude dans cette revue de la littérature (Kovacevic et al., 2021) examine à la fois des victimes de la route blessées et non blessées. Les recherches ont généralement lieu en milieu hospitalier, où les patients sont recrutés aux urgences ou lors d'une hospitalisation.

De manière générale, une grande variation peut être observée entre les différentes prévalences. Lors de la comparaison des taux de prévalence, il faut tenir compte du moment de l'évaluation et donc du temps moyen écoulé depuis l'accident. Juste après l'accident (c.-à-d. dans le mois qui suit), une réaction aiguë de stress est observée chez 15,8% à 41,1% des victimes de la route. Lorsque ces symptômes persistent plus d'un mois, on parle d'un syndrome de stress post-traumatique. Dans l'étude de Holeva et al. (2001), les patients chez qui un TSA avait été diagnostiqué immédiatement après l'accident avaient 20 fois plus de chances d'être diagnostiqués avec un SSPT lors d'un suivi 4 à 6 mois plus tard. Un mois après l'accident, 14,0% à 45,4% des victimes de la route rapportent des symptômes de SSPT. Les estimations de prévalence de ces symptômes 6 mois après l'accident varient entre 7,1% et 39,6%, et 12 mois après l'accident entre 8,6% et 24,7%.

La prévalence des symptômes de SSPT diminue généralement avec le temps (Heron-Delaney et al., 2013), tout comme la variation des taux de prévalence entre 1 mois, 6 mois et 12 mois. Dans une étude de Papadakaki et al. (2017), des victimes de la route hospitalisées en soins intensifs dans sept hôpitaux en Grèce, en Allemagne et en Italie ont été suivies pendant un an. Les patients ont été interviewés après un mois (mesure de référence), après 6 mois (suivi 1) et après 12 mois (suivi 2). Les auteurs ont constaté, lors du deuxième suivi (12 mois), un risque de SSPT réduit de 72% par rapport à la mesure de référence (1 mois). Néanmoins, les symptômes de SSPT peuvent persister longtemps. Seules quelques études examinent les conséquences psychologiques des accidents de la route sur le long terme. Kenardy et al. (2018) ont encore trouvé une prévalence de 26,1% après 2 ans. Deux études plus anciennes menées au Royaume-Uni (Mayou & Bryant, 2002) et en Allemagne (Barth et al., 2005) rapportent respectivement des prévalences de 11% après 3 ans et de 10% après 5 ans.

Des symptômes dépressifs sont rapportés par 10,0% à 54,3% des victimes de la route un mois après l'accident. Six mois après l'accident, la prévalence varie entre 12,2% et 33,0%, et 12 mois après entre 6,0% et 32,0%. Les symptômes dépressifs peuvent persister de manière durable, bien qu'ils semblent également diminuer avec le temps. Kenardy et al. (2018) rapportent une prévalence de 27,5% après 2 ans. L'étude de Mayou & Bryant (2002) constate encore une prévalence de 7% lors d'un suivi 3 ans après l'accident. Selon Papadakaki et al. (2017), le risque de dépression est 79% plus faible après 6 mois et 88% plus faible après 12 mois (par rapport au premier mois après l'accident).

Parmi les trois psychopathologies discutées, les troubles anxieux sont les moins souvent étudiés dans la littérature. Les rares estimations disponibles indiquent une prévalence de 12,0% à 24,0% un mois après l'accident. D'autres études rapportent des prévalences de 17,0% après 3 mois, de 3,5% à 19,4% après 6 mois et de 19,0% à 29,9% après 1 an. Lors d'un suivi après 2 ans, Kenardy et al. (2018) trouvent encore des symptômes chez 21,8% de leur échantillon. Dans l'étude de Mayou & Bryant (2002), 16% des patients rapportent encore des symptômes anxieux 3 ans après l'accident. Contrairement au SSPT et à la dépression, la prévalence des troubles anxieux ne semble pas immédiatement diminuer avec le temps.

Outre le TSA/SSPT, la dépression et les troubles anxieux, les accidents de la route peuvent entraîner plusieurs autres problèmes psychologiques. Ces effets sont toutefois beaucoup moins étudiés dans la littérature. L'anxiété liée aux déplacements est rapportée par 22% des victimes dans Mayou & Bryant (2001) 3 mois après l'accident, par 9,5% dans Kovacevic et al. (2021) 6 mois après, par 17% dans Mayou & Bryant (2001) 1 an après et par 14% dans Mayou & Bryant (2002) 3 ans après. L'anxiété liée aux déplacements peut se manifester par une peur de conduire ou d'être passager dans une voiture (amaxophobie). Parmi les symptômes rapportés figurent notamment la transpiration, la difficulté à se détendre en voiture, le manque d'assurance dans la circulation lors de la conduite d'un vélo ou d'une voiture, la méfiance à l'égard des autres conducteurs et le besoin de contrôle (Hasselberg et al., 2019). Des problèmes de dépendance peuvent également survenir. La plupart des études sur la consommation d'alcool et de drogues chez les blessés s'intéressent à l'intoxication comme cause possible de la blessure. On en sait cependant moins sur le développement de ce trouble en tant que conséquence du traumatisme (O'Donnell et al., 2008). Seules quelques études rapportent des problèmes de dépendance à la suite d'un accident de la route. Une étude japonaise a, par exemple, constaté une dépendance à l'alcool chez 10% des patients hospitalisés en soins intensifs, en moyenne 4 à 6 semaines après un accident de voiture (Matsuoka et al., 2008).

Plusieurs explications sont avancées pour expliquer la grande variation des taux de prévalence. Un certain nombre de revues de la littérature et de méta-analyses indiquent que des facteurs socio-économiques et culturels liés au pays où la recherche est menée constituent l'une des principales explications de la variation observée dans les estimations de prévalence du SSPT (Bhateja et al., 2025 ; Heron-Delaney et al., 2013 ; Lin et al., 2018). Bhateja et al. (2025) ont calculé, sur la base de 78 études (avec des échantillons ne comprenant pas exclusivement des victimes adultes de la route), une prévalence globale de SSPT pour différents continents et ont trouvé les pourcentages les plus élevés pour l'Europe (31%) et l'Amérique du Nord (30%), et les plus faibles pour l'Asie (19%), l'Océanie (21%) et l'Afrique (24%).

La variation des taux de prévalence peut également être attribuée à des différences méthodologiques entre les recherches. Ces aspects méthodologiques sont principalement discutés dans le cadre des études sur le SSPT, mais ils sont tout aussi pertinents pour l'évaluation de la dépression, de l'anxiété ou d'autres psychopathologies :

- **Le moment de l'évaluation** : comme mentionné précédemment, les taux de prévalence doivent être considérés en fonction du moment de l'évaluation après le traumatisme. En effet, des études montrent que différents niveaux de morbidité psychologique sont observés selon le moment où l'évaluation a lieu après l'accident. Les prévalences du SSPT sont, par exemple, généralement plus élevées juste après l'accident qu'après quelques mois ou un an (Heron-Delaney et al., 2013).
- **La sélection et la taille de l'échantillon** : afin d'obtenir une estimation représentative se rapprochant le plus possible de la prévalence réelle dans une population, la sélection et la taille de l'échantillon jouent un rôle important. La composition de l'échantillon doit refléter au mieux la population étudiée. Par exemple, les victimes de la route hospitalisées avec des blessures sont en majorité des hommes (Bouwen, 2024). Si un échantillon est composé principalement de femmes, il ne sera dès lors pas représentatif de la population des blessés de la route. Une surreprésentation des femmes dans l'échantillon peut biaiser l'estimation de la prévalence du SSPT, car les femmes présentent un risque plus élevé de SSPT (Dai et al., 2018 ; Hasselberg et al., 2019 ; Kovacevic et al., 2021 ; Lin et al., 2018 ; Sabahi et al., 2024). La sélection de l'échantillon est souvent un point sensible lorsque les participants se retrouvent dans l'échantillon de manière volontaire, par exemple lorsqu'ils s'inscrivent pour un traitement ou lorsqu'ils répondent à une invitation à participer à une étude (O'Donnell et al., 2003). La taille de l'échantillon est également un facteur important. Par exemple, plusieurs études du Tableau 1 ont un échantillon inférieur à 200 personnes. Les petits échantillons augmentent le risque que des valeurs aberrantes et des erreurs de mesure influencent les résultats. La revue de littérature de Heron-Delaney et al. (2013) montre que les grands échantillons produisent des estimations de prévalence plus conservatrices du SSPT.
- **Les instruments utilisés pour l'évaluation** : l'instrument utilisé peut également influencer la prévalence de certaines psychopathologies, en particulier s'il s'agit d'auto-questionnaires ou d'entretiens structurés. Plusieurs études ont montré que les auto-questionnaires surestiment la prévalence de certains troubles psychologiques par rapport aux entretiens structurés (p. ex. Swartzman et al., 2017). De même, Dai et al. (2018) trouvent également, dans leur méta-analyse, que la prévalence poolée du TSA chez les victimes de la route, estimée sur base des auto-questionnaires, est significativement plus élevée que celle estimée sur base des entretiens structurés. Dans une autre méta-analyse sur le SSPT (Lin et al., 2018), la prévalence poolée du SSPT est cependant plus élevée dans les études utilisant des entretiens structurés que dans celles utilisant des auto-questionnaires. Les auteurs expliquent ce résultat par la sélection des échantillons : les études utilisant des entretiens structurés recrutent généralement dans des "milieux cliniques" où les participants présentent des blessures plus graves, tandis que les études basées sur des auto-questionnaires recrutent plus souvent dans des "lieux fréquentés par la population générale", où les participants présentent en moyenne des blessures moins graves.

## 2.1.2 Comorbidité

Les troubles mentaux apparaissent rarement de manière isolée. Au contraire, la comorbidité, c'est-à-dire la présence simultanée de plusieurs troubles, constitue plutôt la norme que l'exception (O'Donnell et al., 2004). Cela vaut également après un accident de la route. Comme pour d'autres traumatismes, la comorbidité la plus fréquente est le SSPT associé à une dépression (Guest et al., 2018 ; Kovacevic et al., 2021 ; Matsuoka et al., 2008). Néanmoins, seules quelques études du Tableau 1 ont examiné la prévalence des comorbidités. Les chiffres de prévalence du SSPT associé à une dépression varient de 15,5% un mois après l'accident à 11,0%

à 33,3% six mois après celui-ci. Dans l'étude de Guest et al. (2018), 95% des victimes de la route présentant un SSPT ont également reçu un diagnostic de dépression.

D'autres formes de comorbidité apparaissent également. Kovacevic et al. (2021) rapportent des prévalences pour le SSPT combiné à un trouble anxieux, ainsi que pour l'anxiété comorbide avec une dépression, s'élevant à 2,5% à 3,0% tant à un mois qu'à six mois après l'accident. La combinaison SSPT, dépression et anxiété a été observée chez 1,5% et 2% des victimes de leur échantillon respectivement un mois et six mois après l'accident.

La comorbidité est un facteur prédictif de la santé mentale à long terme. Dans une étude menée par Kenardy et al. (2018), des blessés de la route ayant entamé une procédure d'indemnisation ont été suivies et évaluées environ 6, 12 et 24 mois après l'accident. Les auteurs ont constaté que les participants présentant plusieurs diagnostics lors du suivi à 6 mois avaient une probabilité nettement plus élevée de répondre aux critères diagnostiques d'un des troubles étudiés (SSPT, dépression ou trouble anxieux), après 12 mois (OR = 14,25) et 24 mois (OR = 2,94), comparativement aux participants présentant un seul diagnostic. Les conditions comorbides devraient donc être détectées et traitées le plus tôt possible (Kenardy et al., 2018).

### 2.1.3 Facteurs personnels et externes (de risque)

Différents facteurs personnels et externes peuvent avoir une influence positive ou négative sur l'impact des traumatismes, tels que les accidents de la route, sur la santé mentale. La littérature est désormais abondante sur les facteurs prédictifs du SSPT, mais elle l'est moins en ce qui concerne la dépression et l'anxiété. Nous présentons ci-dessous certains des facteurs de risque les plus étudiés pour ces trois troubles, répartis en (i) facteurs sociodémographiques, (ii) facteurs liés à l'accident et aux blessures subies, (iii) facteurs liés à l'état de santé de la victime avant l'accident.

#### 2.1.3.1 Facteurs sociodémographiques

Certains facteurs sociodémographiques, notamment l'âge et le sexe, peuvent avoir un impact important sur le rétablissement psychologique après un accident de la route (Kovacevic et al., 2020 ; Papadakaki et al., 2017 ; Nhac-Vu et al., 2017).

Les personnes plus âgées présentent un risque plus élevé de troubles psychologiques à long terme. Dans l'étude de Papadakaki et al. (2017), qui a suivi des victimes dans différents hôpitaux en Grèce, en Allemagne et en Italie, le risque de dépression un an après l'accident augmentait de 5% par année d'âge supplémentaire.

À l'exception de quelques études (p. ex. Heron-Delaney et al., 2013), un consensus général existe dans la littérature quant à l'association entre le sexe et la santé mentale des victimes de la route : les femmes présentent un risque plus élevé de stress traumatique (Dai et al., 2018 ; Hasselberg et al., 2019 ; Kovacevic et al., 2021 ; Lin et al., 2018 ; Sabahi et al., 2024). Dans la méta-analyse de Dai et al. (2018), par exemple, la prévalence groupée du TSA était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (17,89% contre 7,43%). Ces différences entre les sexes peuvent être attribuées à des différences dans la stratégie d'adaptation et dans l'interprétation du traumatisme chez les hommes et les femmes. (Dai et al., 2018). Une étude suédoise (Hasselberg et al., 2019) a tenté, à l'aide d'une question ouverte ("Please describe how your road traffic injury has affected your life, your health, etc."), de mettre en évidence les différences perçues quant aux conséquences sur la santé et la vie des victimes masculines et féminines ayant subi des blessures légères à modérées. Hommes et femmes rapportent des séquelles psychologiques telles que la dépression, l'anxiété, des états émotionnels (p. ex. colère) et une perte de capacités cognitives (p. ex. mémoire et concentration), mais leurs descriptions des symptômes diffèrent nettement. Les hommes expriment plutôt les conséquences psychologiques, comme un déséquilibre psychologique qui suscite chez eux des inquiétudes, tandis que les femmes éprouvent surtout de l'anxiété liée aux déplacements et du stress. La peur de se déplacer est beaucoup moins fréquemment rapportée par les hommes, et les descriptions qu'ils en donnent diffèrent de celles des femmes. Contrairement aux angoisses internes observées chez les femmes, la peur de se déplacer chez les hommes trouvent davantage orientée vers des facteurs externes (par ex. manque de confiance dans l'entretien des routes ou inquiétude face aux conditions météorologiques). Les réactions de stress plus générales décrites par les femmes incluent des symptômes d'irritabilité accrue et un sentiment d'épuisement mental. Les femmes rapportent également des symptômes proches du SSPT, tels que la reviviscence du traumatisme sous forme de flashbacks, le vécu du catastrophisme — tendance à imaginer une situation (négative) comme étant nettement pire qu'elle ne l'est en réalité ou à toujours craindre le pire —, la

peur de mourir, des cauchemars et des symptômes dépressifs ; des descriptions absentes chez les répondants masculins.

### 2.1.3.2 Facteurs liés à l'accident de la route et aux blessures corporelles

L'un des facteurs prédictifs les plus importants du SSPT est la perception d'une menace pour la vie lors de l'accident (Arora et al., 2021 ; Berna et al., 2012 ; Boelen et al., 2022 ; Craig et al., 2017 ; Heron-Delaney et al., 2013 ; Kovacevic et al., 2021 ; Platts-Mills et al., 2017). La reviviscence et l'évitement des menaces constituent le noyau du stress traumatique. Ce stress peut donc être plus intense lorsque nous sommes confrontés à une menace plus grande pour notre propre vie (Boelen et al., 2022). Être témoin du décès d'une victime dans un accident accroît également le risque de développer un SSPT (Arora et al., 2021 ; Heron-Delaney et al., 2013).

En ce qui concerne les différences selon le mode de déplacement de la victime, une étude antérieure de Mayou & Bryant (2003) a constaté des schémas très similaires dans les conséquences psychologiques (SSPT, dépression et anxiété) pour les différents usagers de la route. Les principales différences concernent l'anxiété liée aux déplacements. Les passagers dans une voiture la rapportent plus fréquemment un an après l'accident que les autres usagers (28% contre 20% chez les motocyclistes, 17% chez les cyclistes, 13% chez les piétons et 12% chez les conducteurs de voiture). Des études plus récentes montrent cependant des différences également pour d'autres troubles psychopathologiques. Chossegros et al. (2011) constatent que les utilisateurs de deux-roues motorisés présentaient un risque plus faible de développer un SSPT six mois après un accident que les occupants de véhicules à quatre roues motorisés. Dans Papadakaki et al. (2017), les occupants de véhicules à quatre roues motorisés avaient en revanche 87% moins de risque de développer une dépression 12 mois après l'accident, comparés aux piétons et aux cyclistes. Enfin, Craig et al. (2017) observent que les cyclistes présentent une santé psychologique significativement meilleure (catastrophisme lié à la douleur plus faible, prévalence plus basse de SSPT probable et niveaux globalement plus faibles de perturbation psychologique) que les occupants d'une voiture, tant lors de l'évaluation de référence (dans les 28 jours suivant l'accident) que six mois après l'accident. Près de 10% des cyclistes présentaient des symptômes de SSPT probable juste après l'accident et environ 5% six mois plus tard, contre respectivement 30% et 20% chez les occupants d'une voiture. Ces résultats ont été confirmés par Gopinath et al. (2021) à partir de la même cohorte, 12 mois après la survenue des blessures. Les auteurs avancent l'hypothèse prudente que la meilleure santé psychologique des cyclistes par rapport aux automobilistes pourrait s'expliquer par un meilleur état de santé et un profil plus sain avant l'accident chez les cyclistes ainsi qu'une réaction plus positive face au traumatisme. La pratique d'une activité physique comme le vélo reflète un mode de vie sain, susceptible d'offrir une protection psychologique contre les traumatismes et les blessures. Une autre explication est que les cyclistes sont probablement plus conscients de leur vulnérabilité physique dans les accidents de la route et l'acceptent mieux que les automobilistes. De plus, l'engagement à pratiquer le vélo pour des raisons environnementales ou de santé peut aussi jouer un rôle important. C'est cette combinaison de facteurs (activité physique, bonne santé préalable, acceptation du risque et motivation supérieure liée au mode de déplacement) qui est avancée pour expliquer la plus grande résilience des cyclistes par rapport aux automobilistes (Craig et al., 2017 ; Gopinath et al., 2021). Dans Chossegros et al. (2011), le risque plus faible de SSPT chez les utilisateurs de deux-roues motorisés est également associé à une plus grande acceptation du risque.

La littérature reste toutefois partagée sur la mesure dans laquelle la gravité des blessures prédit le développement ultérieur d'un SSPT. Certaines études relèvent une association positive entre la gravité des blessures et le SSPT, c'est-à-dire que plus les blessures sont graves, plus le risque de développer un stress post-traumatique est élevé (p. ex. Chossegros et al., 2011 ; Kovacevic et al., 2021). Dans d'autres études, la gravité des blessures n'apparaît pas comme un facteur prédictif majeur. C'est aussi la conclusion de Heron-Delaney et al. (2013) dans leur revue de littérature, qui analyse la cohérence des facteurs de prédiction. Ils suggèrent que la gravité objective des blessures n'est pas nécessairement indicative du degré auquel la victime a perçu l'accident comme une menace pour sa vie, un facteur identifié par plusieurs études comme un risque majeur de SSPT. Cela signifierait que ce n'est pas tant la gravité des séquelles physiques qui prédit le développement du SSPT, mais plutôt la manière dont l'individu a perçu et traité l'accident (Heron-Delaney et al., 2013), le traumatisme psychologique pouvant se produire indépendamment du traumatisme physique (Quale et al., 2009). On sait beaucoup moins de choses sur l'éventuelle association entre la gravité des blessures et la dépression ou l'anxiété. Certaines études trouvent un lien entre gravité des blessures et dépression (Kovacevic et al., 2020 ; Papadakaki et al., 2017), d'autres en revanche n'en relèvent aucun – ni entre gravité des blessures et dépression (e.g. Copanitsanou et al., 2018), ni entre gravité des blessures et anxiété (e.g. Kovacevic et al., 2020).

Ces résultats contradictoires concernant l'impact de la gravité des blessures sur les troubles psychologiques pourraient s'expliquer en grande partie par le fait que la plupart des recherches portent uniquement sur des victimes présentant des blessures graves. Très peu d'études se sont intéressées aux victimes légèrement blessées, et encore moins à celles n'ayant subi aucune blessure. Or, ce groupe peut également souffrir de troubles psychologiques après l'accident, qui peuvent persister longtemps s'ils ne sont pas traités (Heron-Delaney et al., 2013).

Souvent, l'implication dans un accident de la route est suivie d'une procédure d'indemnisation. Bien que très débattue dans la littérature, la plupart des études s'accordent à dire que le recours à une procédure d'assurance ou judiciaire peut avoir un fort impact sur la santé mentale après l'accident (Grant et al., 2014 ; Heron-Delaney et al., 2013 ; O'Donnell et al., 2015). Plusieurs explications sont avancées. La participation à des démarches de compensation et à des procès peut être une expérience stressante qui ravive la souffrance chez les victimes (victimisation secondaire) (Elbers et al., 2013). Elle peut également accroître le risque de SSPT en raison de la fréquence à laquelle les victimes doivent se remémorer l'accident et répéter des aspects du traumatisme (Heron-Delaney et al., 2013). Par ailleurs, l'insatisfaction à l'égard de l'assureur est identifiée comme un important facteur prédictif de l'état émotionnel, en particulier de l'anxiété (Elbers et al., 2015). Cette insatisfaction est attribuée, entre autres, à des difficultés de communication, un manque d'information, des paiements d'indemnités retardés ou refusés, des problèmes d'approbation des traitements, des discussions sur la causalité, une paperasserie compliquée, un sentiment d'injustice et des débats sur la responsabilité (Elbers et al., 2015 ; Murgatroyd et al., 2011). Certains de ces éléments, comme l'approbation des traitements médicaux, concernent spécifiquement le système de compensation dans lequel se trouvent les répondants (les deux études citées se situant en Australie). Il existe toutefois des indications selon lesquelles les personnes qui demandent une indemnisation présentent déjà davantage de troubles psychologiques lors de l'évaluation de référence que celles qui n'entament pas de procédure (Elbers et al., 2013), même si les études divergent sur les raisons. Elbers et al. (2013) évoquent, dans leur méta-analyse, une possible sélection biaisée, une plus grande colère, frustration et culpabilité dans le groupe en demande de compensation, ou encore une "mentalité de compensation" où les victimes exagèrent leurs symptômes dans le but d'obtenir une indemnité.

Enfin, l'attribution de la responsabilité de l'accident à une autre partie est également associée à des niveaux plus faibles de bien-être psychologique (Ho et al., 2000 ; Littleton et al., 2012 ; Thompson, Berk, et al., 2014). Ainsi, les victimes avec des attributions externes (c.-à-d. estimant que les autres sont responsables de l'accident) auraient un risque plus élevé de développer un SSPT que celles avec des attributions internes (c.-à-d. estimant être elles-mêmes responsables de l'accident) (Chossegros et al., 2011 ; Nickerson et al., 2013). Une étude américaine a examiné si l'attribution des responsabilités avait un effet différent sur la santé mentale des conducteurs et des passagers dans les accidents de voiture. Elle a montré que l'attribution externe de la faute n'était un facteur de risque de SSPT que pour les conducteurs du véhicule impliqué dans l'accident (Nickerson et al., 2013). En effet, les conducteurs avec une attribution externe avaient un risque plus élevé de SSPT que les conducteurs avec une attribution interne, tandis que les passagers avec une attribution externe présentaient des taux similaires de SSPT que les conducteurs avec une attribution interne.

Les conclusions de Nickerson et al. (2013) concernent uniquement le SSPT, un trouble caractérisé par une perception de menace externe. Pour d'autres psychopathologies, comme la dépression, les résultats sont plus mitigés. Fitzharris et al. (2005) trouvent que s'estimer responsable de l'accident est associé à des niveaux plus élevés de dépression ultérieure, comparativement à ceux qui considéraient la responsabilité comme partagée, ainsi que (quoique dans une moindre mesure) à ceux qui attribuaient la responsabilité à une autre partie. Thompson, O'Donnell, et al. (2014) arrivent toutefois à la conclusion inverse : dans leur étude, les personnes qui attribuaient la responsabilité à autrui avaient environ trois fois plus de chances de présenter des symptômes dépressifs que celles qui se considéraient totalement responsables. Sur la base des études disponibles, aucune conclusion définitive ne peut donc encore être tirée quant à un lien éventuel entre l'attribution de responsabilité et la dépression. Les données actuelles indiquent toutefois un mécanisme complexe impliquant plusieurs facteurs.

### 2.1.3.3 Facteurs liés à la santé avant l'accident de la route

La santé physique et mentale avant l'accident de la route constitue un indicateur important du développement d'un trouble psychique après l'accident. Cela inclut des problèmes émotionnels antérieurs, des douleurs permanentes, des maladies chroniques préexistantes, des troubles psychologiques antérieurs, l'usage de médicaments ainsi qu'une implication antérieure dans un accident de la route (Chossegros et al., 2011 ; Heron-Delaney et al., 2013 ; Kenardy et al., 2018 ; Kovacevic et al., 2020, 2021 ; Papadakaki et al., 2017 ; Platts-

Mills et al., 2017). Les problèmes de santé avant l'accident peuvent donc mener à une plus grande vulnérabilité psychologique.

## 2.2 Impact sur l'entourage proche

La plupart des études sur les conséquences des accidents de la route se concentrent sur les victimes primaires, c'est-à-dire celles qui ont été elles-mêmes impliquées directement dans l'accident. Beaucoup moins d'études se sont intéressées à l'impact sur les victimes secondaires, dans ce contexte la famille et les amis. Ceux-ci sont les "victimes oubliées" (Huang, 2016). Les rares études qui abordent ce sujet portent uniquement sur les proches de victimes décédées des suites de l'accident.

L'impact des accidents de la route sur les proches peut être différent de celui d'autres causes de décès en raison du caractère soudain et inattendu du décès. En effet, il n'existe pas de période préalable durant laquelle les proches peuvent se préparer (Attwood et al., 2023). Un décès brutal et traumatisant, comme lors d'un accident de la route, peut donner lieu à un SSPT, à une dépression et à un processus de deuil complexe (Breen & O'Connor, 2009).

Une étude menée au Royaume-Uni a examiné l'impact des accidents de la route tant sur les blessés que sur les proches de victimes décédées (Tehrani, 2004). Leur échantillon comprenait 57 proches, avec un temps moyen écoulé depuis l'accident de 4,5 ans. 66,7% des proches présentaient des symptômes de SSPT nécessitant un suivi psychologique ou psychiatrique supplémentaire. Les proches manifestaient d'autres symptômes après l'accident que les blessés. Alors que le groupe des blessés rapportait davantage de crises de panique, de phobies, de dépression, de colère et de rancœur, les proches présentaient plus souvent des pensées suicidaires et des sentiments de culpabilité. Une étude française auprès de mères ayant perdu un enfant dans un accident de la route a trouvé une prévalence de 18,1% pour un SSPT probable cinq semaines après l'accident (Allenou et al., 2010). Une étude néerlandaise récente sur le deuil prolongé et le stress post-traumatique auprès de 148 parents ayant perdu un enfant dans un accident de la route a relevé, chez 32,4% des parents, des symptômes atteignant le seuil diagnostique du SSPT (avec un temps écoulé depuis l'accident variant de 12 à 366 mois) (van Dijk et al., 2025). Une étude belge plus ancienne auprès des membres de l'organisation d'aide "Parents d'Enfants Victimes de la Route" a montré que les parents continuaient à éprouver une grande souffrance psychologique, même plusieurs années après l'accident, et que le temps n'atténuait pas cette souffrance (Spooren et al., 2000).

Attwood et al. (2023) ont tenté de retracer les expériences de familles ayant perdu un proche dans un accident de la route au moyen d'entretiens avec 14 participants au Royaume-Uni. Trois grands thèmes ont été identifiés : (i) les participants ont clairement indiqué une dégradation de leur santé mentale après le décès, la procédure judiciaire étant particulièrement source de stress ; (ii) les participants ont indiqué que l'impact négatif de l'accident de la route sur leur santé mentale s'était répercuté sur d'autres membres de la famille et que la perte avait exercé une pression sur leurs relations ; et (iii) les participants ont témoigné d'un soutien limité après l'accident, des difficultés à trouver une aide adaptée et du sentiment d'avoir été mal traités lorsque ce soutien était effectivement proposé ou prévu.

## 3 Méthodologie

### 3.1 Design de recherche

La présente étude s'inscrit dans une démarche rétrospective. La méthode utilisée s'appuie sur celle de l'étude "My Life After the Crash" (MyLAC) (Meunier et al., 2018). L'étude MyLAC, publiée en 2018, est une étude rétrospective internationale sur les conséquences médicales, psychologiques, sociales et économiques des accidents de la route, réalisée dans 20 pays de l'UE.

#### 3.1.1 Population étudiée et échantillon

La population de cette étude est composée de deux groupes cibles :

- Groupe cible 1 : les personnes ayant été impliquées dans un accident de la route ayant entraîné des décès ou des blessures. Ce groupe comprend à la fois des personnes elles-mêmes légèrement ou gravement blessées lors de l'accident, ainsi que des personnes sorties indemnes mais où une autre personne impliquée a été grièvement blessée ou est décédée.
- Groupe cible 2 : les personnes dont un membre de la famille proche (partenaire, parent(s), enfant(s), frère(s), sœur(s)) a été grièvement blessé ou est décédé dans un accident de la route.

Un chevauchement entre les deux groupes cibles est possible lorsqu'une personne a été impliquée dans le même accident que l'un de ses proches. Pour les deux groupes, nous nous limitons exclusivement aux personnes âgées de plus de 18 ans. Les accidents survenus tant en Belgique qu'à l'étranger sont pris en compte.

Une réflexion approfondie a été menée concernant la délimitation temporelle afin de tenir compte du biais de mémoire. Les résultats peuvent être faussés si les répondants ne se souviennent plus précisément de l'événement, en particulier pour les accidents survenus plusieurs années auparavant. Il n'existe pas de délimitation temporelle parfaite : la période de rappel dépend en partie du contexte, des objectifs et du sujet de l'étude. Pour déterminer cette période, nous nous sommes appuyés sur le modèle heuristique de Stull et al. (2009). Ce modèle indique qu'une période de rappel courte est préférable lorsque l'objet de recherche fluctue fortement ou lorsque l'étude vise à évaluer ces fluctuations ou leurs causes. Les phénomènes plus "stables", tels que des événements marquants de la vie, évalués de manière plus globale, peuvent se prêter à une période de rappel plus longue. La présente étude s'inscrit plutôt dans ce deuxième cas : son objectif est de dresser la prévalence de différents effets psychologiques, tant à court qu'à long terme, et non d'étudier l'évolution des symptômes ressentis. Sur cette base, il a été décidé de fixer la période de rappel à 20 ans : seuls les accidents survenus au cours des 20 dernières années sont pris en considération. Nous reconnaissons toutefois qu'une période de 20 ans comporte toujours un risque élevé de biais de mémoire. Même pour des événements marquants, il n'est pas toujours évident de s'en rappeler tous les détails avec précision. D'un autre côté, de nombreuses victimes de la route et leurs proches portent les séquelles d'un accident de la route durant de longues années. L'étude vise donc également à mettre en lumière les conséquences à (très) long terme.

#### 3.1.2 Collecte des données

Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire en ligne<sup>6</sup>, ouvert de juillet 2024 à janvier 2025. Le questionnaire était disponible en néerlandais et en français et a été programmé avec l'outil d'enquête Key Survey<sup>7</sup>. Afin d'atteindre les victimes de la route et leurs proches, plusieurs canaux de diffusion ont été mobilisés :

- 5 associations de victimes : Parents d'Enfants Victimes de la Route (PEVR)/Ouders van Verongelukte Kinderen (OVK), Rondpunt, Over-Hoop, Getuigen Onderweg, l'Agence Wallonne pour la Sécurité Routière (AWSR)
- Vlaamse Stuurgroep voor een Betere Opvang van Verkeersslachtoffers (Groupe de pilotage flamand pour une meilleure prise en charge des victimes de la route)
- 20 hôpitaux, centres de réadaptation et postes de garde

<sup>6</sup> Le questionnaire peut être obtenu auprès des auteurs de cette étude.

<sup>7</sup> <https://www.keysurvey.com/>

- Affiche (avec code QR, lien web et adresse mail)
- 4 organisations de patients : Vlaamse Vereniging Niet-aangeboren Hersenletsel (SIG), Hersenletsel Liga, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), Vlaams Expertisepunt Mantelzorg (VEM), Le Noyau
- 2 organismes de médiation : Moderator et Médiate
- Autres canaux : réseaux sociaux et lettre d'information de Vias, invitation orale auprès des participants et candidats aux cours de sensibilisation du projet Driver Improvement, du Service d'Accompagnement des Mesures Judiciaires Alternatives, du service examen de réintégration, du programme d'accompagnement à l'éthylotest antidémarrage, ainsi qu'une diffusion interne au Service Public Fédéral Mobilité et Transports.

La diffusion s'est faite au travers des lettres d'information, des réseaux sociaux, d'affiches, de courriels et de contacts personnels. Les invitations à participer n'ont été envoyées par mail que si l'organisation était habilitée à contacter des personnes par ce biais à des fins de recherche. Les messages comprenaient toujours un texte d'accompagnement rédigé par Vias présentant brièvement l'objectif de l'étude, après quoi la personne était invitée à partager son expérience. Les personnes intéressées pouvaient accéder au questionnaire en ligne via un lien contenu dans le message. Au début du questionnaire, des informations supplémentaires sur l'étude étaient fournies et la notification relative au traitement des données pouvait être consultée (Annexe 1). Le questionnaire ne pouvait être complété qu'après avoir donné son consentement éclairé. Il pouvait être interrompu ou arrêté à tout moment. Si un répondant avait été impliqué dans plusieurs accidents, il était invité à répondre aux questions concernant l'accident qui l'avait le plus marqué, en raison de sa gravité ou des émotions qu'il avait suscitées. Si plusieurs proches étaient impliqués, il était invité à répondre aux questions concernant le proche décédé ou ayant subi les blessures les plus graves.

Aucune information n'a été recueillie qui aurait permis aux chercheurs d'identifier directement les participants.

### 3.1.3 Questionnaire et instruments de mesure

Le questionnaire de l'étude MyLAC a été révisé sur la base d'une recherche documentaire et adapté aux objectifs de la présente recherche. Afin de répondre aux différentes questions de recherche, de nombreuses ont été collectées, ce qui s'est traduit par un questionnaire étendu. L'enquête commençait par une série de questions de sélection permettant d'évaluer si le répondant remplissait les critères d'inclusion pour participer (voir 3.1.1). Venaient ensuite les questions principales de l'étude, qui peuvent être réparties en sept parties (dans l'ordre d'apparition dans le questionnaire) : circonstances de l'accident, informations sociodémographiques, assurance et procédure judiciaire, conséquences médicales, conséquences psychologiques, aide et soutien, et conséquences sociales, professionnelles et économiques.

Certaines questions étaient posées de manière conditionnelle selon le groupe cible auquel appartenait le répondant. Tout au long du questionnaire, un certain nombre de questions de contrôle étaient également intégrées afin de détecter des schémas de réponses incohérents et de vérifier la crédibilité des réponses.

#### Circonstances de l'accident

En vue de bien cerner les circonstances de l'accident et d'en étudier l'impact sur les conséquences psychologiques, de nombreuses variables ont été collectées. Tout d'abord, nous avons cherché à obtenir une vue d'ensemble des différentes parties impliquées dans l'accident : tant du côté du répondant (quelles personnes l'accompagnaient), du proche (quels membres de la famille directe étaient impliqués) que des éventuelles parties adverses. Si le répondant n'était pas lui-même impliqué dans l'accident, il lui était demandé s'il en avait été témoin. On a également demandé le mode de déplacement du répondant et/ou du proche et, le cas échéant, de la partie adverse. Le questionnaire devait être rempli pour un seul accident, mais le répondant pouvait indiquer s'il avait été impliqué dans un autre accident de la route ayant causé des morts ou des blessés, avant ou après l'accident concerné.

En outre, des questions générales ont également été posées sur l'accident, telles que la date (année et mois) et la région où il s'est produit. Pour les accidents plus anciens (il y a plus de dix ans), on a demandé dans quelle mesure le répondant s'en souvenait. L'objectif du déplacement a également été abordé. Les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident pouvaient indiquer dans quelle mesure ils avaient vécu l'accident comme effrayant.

Nous avons également cherché à obtenir une image des facteurs de causalité et des circonstances aggravantes de l'accident. Ainsi, il a été demandé d'indiquer quels facteurs humains et non humains avaient joué un rôle, s'il y avait eu un délit de fuite et dans quelle mesure le répondant estimait que chaque partie impliquée était responsable de l'accident.

Enfin, il a été demandé si l'accident avait été relayé par les médias, si le répondant avait eu des contacts avec des journalistes, s'il avait reçu suffisamment d'informations après l'accident et, dans le cas où seul un proche était impliqué, comment le répondant avait été informé de l'accident.

### **Informations sociodémographiques**

Des informations ont été recueillies sur le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le statut professionnel, le revenu du ménage, le lieu de résidence, la possession d'un permis de conduire et l'expérience de conduite des répondants.

### **Assurance et procédure judiciaire**

Différentes questions ont été posées sur l'expérience du répondant en matière de règlement des sinistres par l'assurance et d'éventuelles procédures judiciaires. Il a été demandé si la police avait enregistré l'accident, si les assureurs étaient parvenus à un accord et si l'affaire avait été portée devant le tribunal. Concernant la procédure d'assurance, des questions supplémentaires portaient sur les indemnités versées et sur le degré de satisfaction du répondant à cet égard. Il a également été demandé d'indiquer quelle(s) partie(s) avai(en)t été jugée(s) responsable(s) par les assureurs, combien de temps la procédure avait duré ou durait encore, et si le répondant considérait la durée de la procédure comme acceptable.

Des questions similaires ont été posées concernant la procédure judiciaire lorsque l'affaire avait été portée devant le tribunal : si le répondant considérait la citation à comparaître comme justifiée et le jugement comme équitable, combien de temps la procédure avait duré ou durait encore, si le répondant estimait la durée de la procédure acceptable, et quelle(s) partie(s) avai(en)t été reconnue(s) responsable(s) par le tribunal.

Enfin, le répondant pouvait indiquer s'il avait subi des frais à la suite de l'accident, payés par lui-même ou par l'assurance. Un espace était prévu pour dresser la liste des différents frais accompagnés d'une estimation du montant.

### **Conséquences médicales**

Lorsque le répondant avait été blessé dans un accident de la route, plusieurs questions ont été posées sur les conséquences médicales. La première partie concernait les antécédents médicaux, notamment s'il souffrait d'une maladie chronique avant l'accident, s'il avait été hospitalisé dans l'année précédant l'accident (que ce soit ou non à la suite d'un autre accident de la route) et s'il estimait que ses antécédents médicaux avaient eu une incidence sur son rétablissement après l'accident.

Venaient ensuite des questions sur l'emplacement et le type de blessure en utilisant les groupes de lésions EUROCCOST (Haagsma et al., 2012). Les 39 catégories étaient regroupées en sept ensembles : traumatismes crâniens, blessures au visage, blessures au cou et/ou au dos, blessures à la poitrine et/ou à l'abdomen, blessures aux membres supérieurs, blessures aux membres inférieurs et blessures externes légères.

La gravité des blessures était évaluée sur la base de plusieurs indicateurs immédiatement après l'accident (perte de conscience, perte de mémoire, opération et blessure mortelle) et de la durée d'hospitalisation. Le rétablissement après l'accident était mesuré au moyen de questions sur la manière dont le répondant évaluait lui-même son état de santé actuel, combien de temps il lui avait fallu pour atteindre cet état et s'il souffrait de séquelles permanentes à la suite des blessures subies.

Enfin, la qualité de vie liée à la santé des répondants du groupe cible 1 présentant des blessures a été évaluée au moyen de l'échelle EQ-5D (Rabin & Charro, 2001 ; The EuroQol Group, 1990). L'EQ-5D est un instrument standardisé permettant de mesurer l'état de santé d'une personne. Il comprend un court questionnaire et une échelle visuelle analogique (VAS). Le questionnaire évalue comment le répondant se sent "aujourd'hui" (c.-à-d. au moment de l'enquête) sur cinq dimensions de santé : mobilité, autonomie, activités quotidiennes, douleur/gêne et anxiété/dépression. Pour cette enquête, nous avons utilisé l'EQ-5D-5L, chaque dimension comportant cinq options de réponse : aucun problème, léger problème, problème modéré, problème grave et incapacité/problème extrême (Herdman et al., 2011). Le répondant devait cocher la case correspondant au niveau le plus approprié pour chacune des cinq dimensions. L'EQ VAS enregistrerait l'état de santé général actuel du répondant sur une échelle visuelle verticale dont les extrêmes étaient libellés "Le meilleur état de santé

imaginable” et “Le pire état de santé imaginable”. L’EQ VAS fournit une mesure quantitative de la perception du répondant de sa santé globale. Des traductions officielles en néerlandais et en français sont mises à disposition par EuroQol. Le questionnaire EQ-5D-5L a été repris en Annexe 2. Lorsque le répondant indiquait rencontrer des problèmes dans une dimension, une question complémentaire explorait dans quelle mesure ces problèmes étaient liés à l’accident de la route. Cette question ne faisait pas partie de l’outil EQ-5D, mais permettait de tenir compte du temps écoulé depuis l’accident.

Les répondants qui remplissaient le questionnaire au sujet de l’implication d’un membre de leur famille proche ont reçu les mêmes questions concernant l’emplacement, le type et la gravité des blessures de leur proche ainsi que son rétablissement après l’accident.

### **Conséquences psychologiques**

Comme formulé dans les questions de recherche (voir 1.2), cette étude se concentre principalement sur le stress aigu et post-traumatique, la dépression et l’anxiété. Pour mesurer ces conséquences, nous utilisons des instruments validés. Deux éléments ont joué un rôle dans le choix des instruments : la longueur de l’instrument (c.-à-d. le nombre d’items) et sa validité.

Il est important de souligner que chacun de ces instruments est un auto-questionnaire que le répondant peut entièrement compléter lui-même. Toutefois, sur la seule base de ces questionnaires, il n’est pas possible d’établir un diagnostic pour un trouble psychologique donné ; une évaluation clinique est nécessaire à cet effet. Ces instruments permettent uniquement de déterminer si un répondant présente des symptômes. Si une personne obtient un score élevé sur un ou plusieurs de ces instruments, cela doit être interprété comme une possible indication de stress post-traumatique, de dépression ou d’anxiété, et non comme un diagnostic clinique.

Pour le stress aigu ou post-traumatique, nous utilisons la même échelle : la *Post-traumatic Checklist* (PCL) (Weathers et al., 1993). La PCL est un outil d’auto-évaluation présentant une bonne fiabilité et validité (Wilkins et al., 2011). Plusieurs versions existent, la plus récente étant la PCL-5 (Blevins et al., 2015). Elle comporte 20 items correspondant directement aux 20 symptômes de SSPT décrits dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Pour cette étude, nous utilisons cependant une version abrégée d’une version antérieure basée sur le DSM-IV : la PCL-C (civilian version). Dans le DSM-IV, le SSPT était diagnostiqué sur la base de 17 symptômes (American Psychiatric Association, 1994) ; la PCL-C comporte donc 17 items correspondants. La version abrégée se compose de 6 de ces 17 items (PCL-6) et a été développée comme outil de dépistage rapide du SSPT dans les soins de première ligne, où les prestataires sont souvent très occupés et où le temps manque pour effectuer un dépistage avec l’instrument complet (Lang & Stein, 2005). Une évaluation de l’outil montre que la PCL-6 est fortement corrélée à la PCL complète (Lang et al., 2012). Le dépistage rapide avec un maintien de la fiabilité est la raison pour laquelle la PCL-6 a été retenue dans cette étude pour mesurer le SSPT.

La PCL-C et la PCL-6 demandent aux répondants d’évaluer, sur une échelle de 1 (“pas du tout”) à 5 (“extrêmement”), la mesure dans laquelle ils ont souffert des symptômes liés à une expérience de vie stressante<sup>8</sup> au cours du moins écoulé. Un score total pour la gravité des symptômes est calculé en additionnant les scores de chaque item. Dans la PCL-6, le score total varie entre 6 et 30. Un score égal ou supérieur à 14 sont le signe d’un diagnostic de SSPT (Lang et al., 2012).

Une traduction néerlandaise et française a été réalisée par les auteurs de cette recherche, sur la base des traductions validées de la PCL-5 issues de l’étude CENTER-TBI (von Steinbuechel et al., 2021). Les instruments traduits figurent en Annexe 2.

Les instruments validés doivent en principe être suivis à la lettre. Dans cette étude, nous nous écartons toutefois légèrement de la présentation de l’échelle. La PCL peut être utilisée pour évaluer les symptômes survenus au cours du mois écoulé ou de la semaine écoulée. Dans l’enquête, tous les répondants indiquent dans quelle mesure ils ont ressenti les six symptômes au cours du mois écoulé. Les répondants dont l’accident remontait à plus de six mois ont également répondu à ces items pour le mois suivant l’accident. Le design rétrospectif de cette étude ne permet pas de suivre l’évolution des problèmes psychologiques en temps réel. En posant des questions sur deux moments (mois écoulé vs mois suivant l’accident), nous tentons néanmoins d’obtenir une vue de l’évolution des symptômes.

---

<sup>8</sup> La PCL-5 se compose de 20 items avec une échelle de notation de 0 à 4. Les scores basés sur la PCL-5 ne sont donc pas compatibles avec l’échelle PCL du DSM-IV. Les échelles ne doivent donc pas être utilisées de manière interchangeable.

La PCL mesure l'expérience de problèmes et de plaintes après une expérience de vie stressante. Le type d'événement n'est pas précisé. Après chaque moment (mois écoulé, mois suivant l'accident), il est demandé au répondant d'indiquer dans quelle mesure il/elle pensait à l'accident de la route en répondant aux items (inspiré par l'étude CENTER-TBI<sup>9</sup>). Si le répondant indique qu'il y pensait au moins un peu, on l'interroge davantage sur la durée des problèmes.

Les symptômes de dépression sont mesurés à l'aide du *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Cet instrument attribue un score pour chacun des 9 items DSM-IV de dépression allant de 0 ("pas du tout") à 3 ("presque chaque jour"). Bien qu'il soit basé sur le DSM-IV et non sur le DSM-5 publié en 2013, les 9 items sont identiques. Le PHQ-9 est un outil relativement court, mais fiable et valide, pour identifier la dépression et mesurer la gravité des symptômes (Kroenke et al., 2001 ; Kroenke & Spitzer, 2002 ; Spitzer et al., 1999). Le score total obtenu en additionnant les scores de chaque item varie de 0 à 27. Une dépression grave est diagnostiquée lorsque 5 symptômes ou plus parmi les 9 sont présents pendant plus de la moitié des jours au cours des deux dernières semaines et que l'un des symptômes est une humeur dépressive ou une anhédonie (absence de plaisir dans les activités quotidiennes). D'autres formes de dépression sont diagnostiquées lorsque 2, 3 ou 4 symptômes sont présents pendant plus de la moitié des jours au cours des deux dernières semaines et qu'un des symptômes est une humeur dépressive ou une anhédonie. L'un des 9 symptômes ("Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre") est pris en compte dès qu'il est présent, quelle qu'en soit la durée. Pour les analyses, quatre seuils sont généralement utilisés : un score de 5, 10, 15 et 20 correspondant respectivement à des symptômes dépressifs légers, modérés, modérément sévères et sévères.

L'anxiété (troubles anxieux) est mesurée à l'aide du questionnaire *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7) (Löwe et al., 2008 ; Spitzer et al., 2006). Cet instrument validé comprend 7 items liés aux critères d'un trouble anxieux généralisé dans le DSM-IV. Chaque item reçoit un score de 0 ("pas du tout") à 3 ("presque chaque jour"). Le score total de gravité varie donc entre 0 et 21. Le GAD-7 a d'abord été développé comme outil de dépistage et d'indication de la sévérité des troubles anxieux généralisés, mais il a également démontré son utilité pour détecter d'autres troubles anxieux tels que le trouble panique, les phobies sociales et le SSPT. Les seuils pour les troubles anxieux légers, modérés et sévères sont respectivement de 5, 10 et 15. Un score de 10 est souvent utilisé comme seuil pour une évaluation complémentaire.

Des traductions néerlandaises et françaises du PHQ-9 et du GAD-7 sont disponibles en ligne sur le site web du PHQ<sup>10</sup>. Les versions néerlandaise et française de ces instruments figurent en Annexe 2.

Le PHQ-9 et le GAD-7 évaluent les problèmes rencontrés au cours des deux dernières semaines. Ici encore, nous nous écartons volontairement de la présentation habituelle des instruments. Tous les répondants devaient répondre aux items en fonction des deux dernières semaines. Pour ceux dont l'accident remontait à plus de 6 mois, les items portaient également sur les deux semaines suivant l'accident. Les répondants étaient en outre invités à indiquer dans quelle mesure ils pensaient à l'accident de la route en répondant aux questions et combien de temps ces problèmes avaient persisté.

D'autres sentiments ont également été explorés, notamment la peur de conduire, l'anxiété de prendre part à la circulation, le sentiment d'impuissance, la colère/rancune et la culpabilité. Le répondant pouvait indiquer, sur une échelle de 5 points allant de "pas du tout" à "extrêmement", dans quelle mesure il/elle avait ressenti ces émotions. Enfin, un certain nombre de questions générales portaient sur l'utilisation de médicaments avant et après l'accident, ainsi que sur d'éventuels antécédents de troubles psychologiques.

### **Aide et soutien**

Plusieurs questions portaient sur l'aide psychologique ou pratique éventuellement reçue par les répondants après l'accident de la route, notamment sur les organisations et associations auprès desquelles ils ont obtenu de l'aide, sur la facilité avec laquelle ils ont trouvé l'aide nécessaire et sur le soutien qu'ils ont reçu de leur entourage.

### **Conséquences sociales, professionnelles et économiques**

La dernière partie du questionnaire portait sur les conséquences de l'accident de la route sur les plans social, professionnel et économique. Plus précisément, les questions abordaient l'impact sur la situation de logement (adaptations du logement ou nécessité de déménager), les relations (changements dans les relations avec

<sup>9</sup> <https://www.center-tbi.eu/>

<sup>10</sup> <https://www.phqscreeners.com/>

l'entourage ; changements dans le parcours scolaire ou professionnel, dans la vie sociale et privée du répondant et de son entourage), les habitudes de déplacement (changements dans les habitudes de déplacement, sentiment de sécurité dans la circulation, comportement dans le trafic), le travail ou les études (absences et adaptations du travail ou des études), les finances (revenu du ménage, dépenses hebdomadaires, aide financière).

### **Question ouverte**

À la fin du questionnaire, une question ouverte offrait aux répondants la possibilité de décrire d'autres aspects liés à l'accident et à ses répercussions sur leur vie.

## **3.2 Données et analyse**

### **3.2.1 Réponse**

Au total, 126 répondants satisfaisaient aux critères d'inclusion sur la base des questions de sélection au début de l'enquête. La qualité des données collectées a ensuite été vérifiée et les conditions suivantes ont été appliquées pour l'inclusion dans l'échantillon final :

- le répondant a donné au moins une réponse correcte et au maximum une réponse erronée aux questions de contrôle ;
- le répondant a répondu à minima à toutes les questions du premier chapitre (circonstances de l'accident).

Après nettoyage des données, l'échantillon final compte 89 répondants, dont 69 (78%) ont répondu à toutes les questions relatives aux conséquences psychologiques et 68 (76%) ont mené le questionnaire jusqu'au bout. Les réponses incomplètes ont été conservées dans l'échantillon car elles peuvent malgré tout fournir des informations intéressantes sur d'autres conséquences de l'accident. Lors de la présentation des résultats, le nombre de répondants pris en compte pour chaque analyse est systématiquement indiqué. En raison de la taille limitée de l'échantillon, il a été décidé de ne pas pondérer les données.

### **3.2.2 Analyse des données**

Sur la base de l'échantillon final, une analyse descriptive est réalisée. Deux groupes cibles ont été définis dans cette étude (voir 3.1.1). La composition de l'échantillon selon ces deux groupes et leur chevauchement est présentée à la Figure 1. Au total, l'échantillon se compose de 41 personnes ayant elles-mêmes été impliquées dans un accident de la route sans implication d'un proche, de 38 personnes dont un proche a été blessé ou est décédé dans un accident sans qu'elles-mêmes aient été impliquées, et de 10 personnes ayant été impliquées dans le même accident qu'un proche. Ce dernier groupe est inclus dans les deux groupes cibles. Le groupe cible 1 comprend ainsi 51 personnes et le groupe cible 2, 48 personnes. Les répondants rapportent toujours les conséquences psychologiques qu'ils/elles éprouvent personnellement du fait de l'accident.

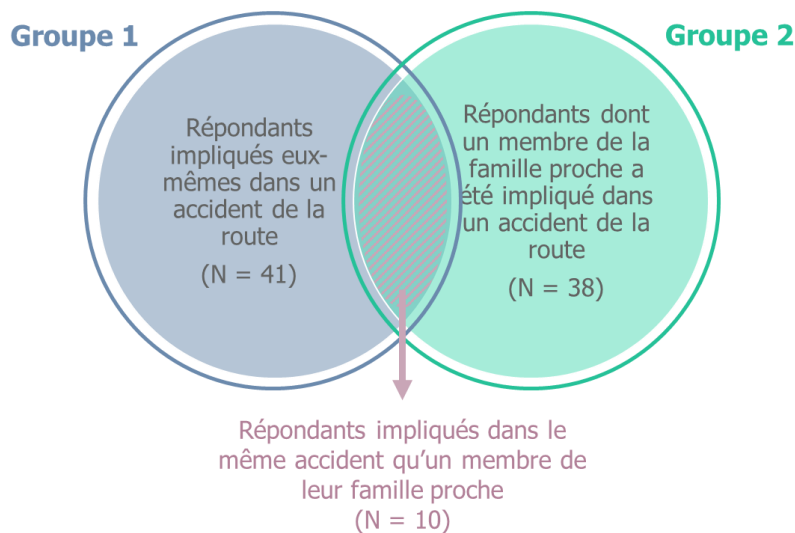


Figure 1. Distribution de l'échantillon selon les deux groupes cibles de l'étude.

Afin de tenir compte des différentes durées écoulées depuis l'accident, les répondants sont, dans certaines analyses, répartis selon le temps écoulé depuis l'événement. Lors de la définition des classes temporelles, le nombre de répondants par groupe est également pris en considération afin d'éviter des groupes trop petits ( $n < 5$ ). Les tailles d'échantillon en fonction de l'intervalle temporel sont présentées dans le Tableau 2.

Tableau 2. Tailles d'échantillon en fonction de l'intervalle de temps depuis l'accident.

Intervalle de temps	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
< 3 ans	12	7
3 ans à < 10 ans	18	17
10 à 20 ans	21	24

Certaines variables ont été prétraitées avant utilisation dans les analyses :

- Gravité individuelle des blessures (non mortelles) : elle est estimée sur la base de la durée d'une éventuelle hospitalisation. Lorsqu'un répondant ou un proche a été hospitalisé au moins une nuit, il/elle est considéré(e) comme grièvement blessé(e). Cette définition correspond à celle utilisée pour les blessés graves dans les données d'accidents (Statbel, Direction générale Statistique – Statistics Belgium). Les personnes prises en charge aux urgences puis renvoyées à domicile, ou ayant subi des blessures sans prise en charge aux urgences, sont considérées comme légèrement blessées.
- Gravité de l'accident : quatre catégories sont utilisées : "accident mortel", "accident grave", "accident léger" et "dommages matériels uniquement ou aucun dommage". La gravité de l'accident est déterminée par le niveau de gravité des blessures le plus élevé parmi toutes les parties impliquées. Un accident mortel est tout accident dans lequel l'une des parties impliquées est décédée des suites de l'accident, que ce soit du côté du répondant ou de la partie adverse. Si les parties impliquées sont au maximum grièvement blessées, on parle d'un accident grave. En cas de blessures uniquement légères, il s'agit d'un accident léger. Tous les autres accidents relèvent de la catégorie "dommages matériels uniquement ou aucun dommage".
- Scores des instruments stress post-traumatique, dépression et anxiété : chaque instrument comporte plusieurs items. Un score est attribué à chaque item en fonction de la réponse, puis un score total est calculé en additionnant les items. Si le score total dépasse un seuil donné, les symptômes rapportés sont considérés comme indicatifs de la psychopathologie étudiée. Si un seul item manque (c.-à-d. pas de réponse), le score moyen des autres items est imputé pour l'item manquant. Si plus d'un item manque, aucun score total n'est calculé pour ce trouble, qui est alors considéré comme inconnu.
- Regroupement de catégories de réponse : pour certaines questions, des catégories ont été regroupées afin de simplifier l'analyse. Lorsque les catégories forment une échelle, les valeurs regroupées sont toujours précisées. Pour d'autres questions, la description de la réponse reprend l'ensemble des catégories incluses dans le regroupement.

Au chapitre 4.3.4, plusieurs facteurs (de risque) personnels et externes du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété sont examinés. En raison de la taille limitée de l'échantillon, les différences de prévalence ne font pas l'objet de tests statistiques. Les résultats sont toutefois présentés avec l'intervalle de confiance de la prévalence, afin de donner une indication d'une éventuelle significativité statistique.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R, version 4.0.2 (R Core Team, 2020).

## 4 Résultats

Les résultats de l'enquête sont présentés dans différents chapitres. Une description de l'échantillon est d'abord présentée (chapitre 4.1), avec un aperçu des caractéristiques sociodémographiques des répondants ainsi que des circonstances entourant la survenue de l'accident. Ensuite, les différents types de conséquences sont abordés, à savoir les conséquences médicales, sociales, professionnelles et économiques (chapitre 4.2), suivies par les conséquences psychologiques pour les répondants eux-mêmes victimes d'un accident de la route (chapitre 4.3) et pour les répondants dont un proche a été impliqué dans un accident de la route (chapitre 4.4). Enfin, une analyse qualitative est proposée sur la base des réponses à la question ouverte du questionnaire (chapitre 4.6). Un certain nombre de résultats complémentaires figurent en Annexe 3.

L'échantillon se compose de tous les répondants ayant rempli au moins intégralement les questions du premier chapitre concernant les circonstances de l'accident. Cela signifie toutefois que tous les répondants de l'échantillon n'ont pas complété le questionnaire jusqu'à la fin. Certaines analyses ont donc été effectuées sur seulement une partie de l'échantillon. Le nombre de répondants sur lequel reposent les résultats est systématiquement indiqué.

### 4.1 Description de l'échantillon

#### 4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au total, l'échantillon se compose de 51 personnes ayant elles-mêmes été impliquées dans un accident de la route (groupe cible 1 : "répondant impliqué") et de 48 personnes dont un proche a été impliqué dans un accident (groupe cible 2 : "proche impliqué"). Dans dix accidents, tant le répondant qu'un proche étaient impliqués. Ces répondants ont été inclus dans les deux groupes. Les caractéristiques sociodémographiques des répondants sont présentées dans le Tableau 3.

Le questionnaire a été rempli principalement par des femmes, dans les deux groupes ("répondant impliqué" : 62,7% ; "proche impliqué" : 70,8%). En ce qui concerne les tranches d'âge, la plus grande proportion de répondants impliqués eux-mêmes dans un accident avaient entre 45 et 54 ans au moment de l'enquête (31,4%), suivi des catégories de 25-34 ans (21,6%) et 35-44 ans (19,6%). Plus de 70% de ces répondants ont donc entre 25 et 54 ans. Le groupe des répondants dont un proche était impliqué dans un accident est un peu plus âgé : 37,5% des répondants avaient entre 55 et 64 ans au moment de l'enquête (groupe le plus important), suivis par les 45-54 ans (16,7%) et les 65 ans et plus (14,6%). Le questionnaire a été rempli principalement par des personnes qui, au moment de l'accident, vivaient en Flandre ("répondant impliqué" : 64,7% ; "proche impliqué" : 60,4%). Les données relatives au niveau d'éducation manquent pour environ un quart des répondants. Parmi ceux qui ont partagé cette information, la majorité étaient diplômés de l'enseignement supérieur (56,9% des répondants impliqués eux-mêmes et 56,3% des répondants avec un proche impliqué). Dans le groupe des répondants impliqués eux-mêmes, 62,7% étaient employés à temps plein au moment de l'accident, suivis de 13,7% qu'ils étaient étudiants à ce moment-là. Dans le groupe "proche impliqué", 47,9% des répondants travaillaient à temps plein, suivis de 18,8% à temps partiel. Les données concernant la situation financière actuelle telle que perçue par le répondant ne sont pas disponibles pour 23,5% ("répondant impliqué") et 29,2% ("proche impliqué") des groupes. Dans le groupe "répondant impliqué", les réponses sont réparties de façon relativement équilibrée entre les trois catégories, avec une légère majorité pour "moyennement confortable", tandis que les répondants du groupe "proche impliqué" ont clairement indiqué plus souvent "moyennement confortable" et "confortable" que "difficile ou très difficile".

On peut conclure de manière générale que les répondants à cette enquête sont surtout des femmes, diplômées de l'enseignement supérieur et résidant en Flandre. Le groupe "répondant impliqué" est principalement âgé de 25 à 54 ans et travaillait à temps plein ou était étudiant au moment de l'accident. Le groupe "proche impliqué" est légèrement plus âgé (45-65+) et travaillait surtout à temps plein ou à temps partiel au moment de l'accident.

Tableau 3. Description de l'échantillon selon les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

	Groupe cible 1 : répondant impliqué (N = 51)	Groupe cible 2 : proche impliqué (N = 48)
<b>Sexe</b>		
Femme	32 (62,7%)	34 (70,8%)
Homme	17 (33,3%)	10 (20,8%)
Inconnu	2 (3,9%)	4 (8,3%)
<b>Tranche d'âge (au moment de l'enquête)</b>		
18-24 ans	3 (5,9%)	0 (0,0%)
25-34 ans	11 (21,6%)	5 (10,4%)
35-44 ans	10 (19,6%)	6 (12,5%)
45-54 ans	16 (31,4%)	8 (16,7%)
55-64 ans	6 (11,8%)	18 (37,5%)
Plus de 65 ans	3 (5,9%)	7 (14,6%)
Inconnu	2 (3,9%)	4 (8,3%)
<b>Lieu de résidence (au moment de l'accident)</b>		
Flandre	33 (64,7%)	29 (60,4%)
Wallonie	10 (19,6%)	10 (20,8%)
Bruxelles	4 (7,8%)	2 (4,2%)
Étranger	2 (3,9%)	3 (6,3%)
Inconnu	2 (3,9%)	4 (8,3%)
<b>Diplôme</b>		
Enseignement secondaire	10 (19,6%)	8 (16,7%)
Enseignement supérieur	29 (56,9%)	27 (56,3%)
Inconnu	12 (23,5%)	13 (27,1%)
<b>Statut professionnel (au moment de l'accident)</b>		
Étudiant	7 (13,7%)	4 (8,3%)
Employé à temps plein	32 (62,7%)	23 (47,9%)
Employé à temps partiel	5 (9,8%)	9 (18,8%)
Sans emploi	3 (5,9%)	5 (10,4%)
Retraité	2 (3,9%)	3 (6,3%)
Inconnu	2 (3,9%)	4 (8,3%)
<b>Situation financière actuelle</b>		
Confortable	12 (23,5%)	15 (31,3%)
Moyennement confortable	15 (29,4%)	16 (33,3%)
Difficile ou très difficile	12 (23,5%)	3 (6,3%)
Inconnue	12 (23,5%)	14 (29,2%)

Le Tableau 4 présente les caractéristiques des proches impliqués évoqués dans l'enquête. Dans la majorité des accidents, un enfant (ou des enfants) était impliqué (60,4%), suivi par un partenaire (20,8%). Lorsque plusieurs proches étaient impliqués dans le même accident, il a été demandé de poursuivre le questionnaire pour un seul d'entre eux, à savoir le proche qui est décédé ou qui a subi les blessures les plus graves. Les proches finalement évoqués appartenaient principalement aux trois tranches d'âge les plus jeunes : 18-24 ans (29,2%), suivis de 0-17 ans et 25-34 ans (tous deux 27,1%).

Tableau 4. Description des proches impliqués dans le groupe cible 2 ("proche impliqué").

	Groupe cible 2 : proche impliqué (N = 48)
<b>Lien de parenté</b>	
Partenaire	10 (20,8%)
Enfant(s)	29 (60,4%)
Parent(s)	5 (10,4%)
Frère(s) et/ou sœur(s)	4 (8,3%)
Autres membres de la famille proche	4 (8,3%)
<b>Tranche d'âge du proche au moment de l'accident</b>	
0-17 ans	13 (27,1%)
18-24 ans	14 (29,2%)
25-34 ans	13 (27,1%)
35-44 ans	2 (4,2%)
45-54 ans	4 (8,3%)
55-64 ans	0 (0%)
Plus de 65 ans	2 (4,2%)

#### 4.1.2 Circonstances de l'accident de la route

Le Tableau 5 présente les données décrivant les circonstances de l'accident. Qu'il s'agisse des répondants impliqués dans un accident ou de ceux qui témoignaient d'un accident impliquant un proche, les témoignages se rapportent le plus souvent à un événement survenu entre trois et vingt ans auparavant (76,5% dans le groupe "répondant impliqué" et 85,4% dans le groupe "proche impliqué") (Tableau 5). La majorité des répondants impliqués dans un accident dont celui-ci remontait à plus de 10 ans (71,4%) ont déclaré se souvenir assez bien, voire très bien, de l'accident (Tableau 24 en annexe).

Les accidents se sont produits le plus souvent en Flandre et le moins souvent dans la Région Bruxelloise tant parmi les répondants impliqués eux-mêmes que parmi ceux rapportant un accident impliquant un proche. Dans quelques cas, les accidents sont survenus à l'étranger. En ce qui concerne les modes de déplacement, seuls ceux qui ont été cités dans au moins un des deux groupes sont repris dans le tableau. Il ressort que la voiture était le moyen de déplacement le plus fréquemment utilisé (54,9% dans le groupe "répondant impliqué" et 43,8% dans le groupe "proche impliqué") ainsi que le vélo (respectivement 27,5% et 27,1%). Quand les répondants témoignent d'un accident les impliquant eux-mêmes et qu'ils étaient en voiture, près de neuf répondants sur dix conduisaient la voiture (89,3%). Lorsqu'ils témoignent d'un accident impliquant un proche en voiture, celui-ci était passager dans six cas sur dix (61,9%) (Tableau 24 en annexe). La moto ou le cyclomoteur était le mode de transport utilisé dans environ un cas sur dix (9,8% parmi les répondants impliqués dans un accident et 12,5% parmi les répondants témoignant d'un accident impliquant un proche).

La majorité des accidents sont survenus lors de déplacements privés dans les deux groupes de témoignages. Dans environ un accident sur cinq, il n'y avait pas de partie adverse (17,6% dans le groupe « répondant impliqué » et 20,8% dans le groupe « proche impliqué »). Concernant les modes de déplacement utilisés par la partie adverse, seuls les moyens cités au moins une fois dans les témoignages sont présentés dans le tableau. Dans la plupart des cas, l'opposant se déplaçait en voiture (70,6% dans le groupe "répondant impliqué" et 62,5% dans le groupe "proche impliqué").

Pour déterminer la gravité de l'accident, toutes les parties concernées ont été prises en compte, tant la partie concernée que la ou les parties adverses. Les répondants victimes eux-mêmes d'un accident témoignent que dans six cas sur dix (58,8%), il s'agissait d'un accident grave, dans une minorité de cas (7,8%), l'accident a été fatal pour au moins une des personnes impliquées et dans un tiers des cas (33,3%), il s'agissait d'un léger accident. La distribution de la gravité de l'accident est différente lorsque les répondants témoignent d'un accident impliquant un proche. En effet, la proportion d'accident mortel pour au moins une des personnes impliquées est plus élevée (58,3% vs 7,8%) et les proportions d'accidents graves ou légers sont moins élevées (respectivement 37,5% vs 58,8% et 4,2% vs 33,3%).

Lorsqu'on aborde la question des facteurs de causalité, sept répondants sur dix (70,6%) impliqués dans un accident déclarent que des facteurs humains à l'origine de l'accident pour la partie adverse. Cette proportion est un peu plus faible dans les témoignages relatifs à un accident impliquant un proche (60,4%). Les facteurs

humains du côté du répondant ou du proche impliqué sont moins fréquemment évoqués (respectivement 25,5% dans le groupe "répondant impliqué" et 31,3% dans le groupe "proche impliqué").

Au niveau de la responsabilité des parties impliquées dans l'accident, telle que perçue par le répondant, les témoignages révèlent que le plus souvent, le répondant (64,7%) ou le proche impliqué (62,5%) n'était pas responsable de l'accident. Environ un répondant sur cinq estime cependant que les torts étaient partagés (21,6% parmi les répondants impliqués et 16,7% parmi les répondants témoignant d'un accident impliquant un proche). Concernant la responsabilité de la partie adverse, près de six répondants sur dix ont le sentiment que la partie adverse était entièrement responsable de la survenue de l'accident (58,8% dans le groupe "répondant impliqué" et 56,3% dans le groupe "proche impliqué"). Aucun répondant impliqué dans un accident ne déclare avoir pris la fuite. C'est également le cas pour les proches impliqués dans un accident. Pour ce qui concerne la partie adverse, dans une minorité des accidents, il y a eu délit de fuite, tant parmi les accidents impliquant le répondant lui-même (21,5 %) que parmi ceux impliquant un proche (12,5 %).

Enfin, la plupart des répondants impliqués eux-mêmes dans un accident ont déclaré que l'accident avait été une expérience assez (31,4%), voire très effrayante (45,1%). Par ailleurs, l'étude révèle que le ressenti des répondants au moment de l'accident varie en fonction du mode de transport (voir en annexe Tableau 24). Ainsi, deux des trois répondants qui se déplaçaient à pied (66,7%) témoignent que l'expérience fut effrayante et c'est le cas de neuf des quatorze répondants qui roulaient à vélo (64,3%). Par contre, ce ressenti est rapporté par 25 des 28 répondants qui étaient en voiture (89,3%).

Tableau 5. Description de l'échantillon selon les circonstances de l'accident de la route.

	Groupe 1 : répondant impliqué (N = 51)	Groupe 2 : proche impliqué (N = 48)
<b>Temps écoulé depuis l'accident</b>		
Moins d'un an	7 (13,7%)	3 (6,3%)
1 à moins de 3 ans	5 (9,8%)	4 (8,3%)
3 à moins de 10 ans	18 (35,3%)	17 (35,4%)
10 à 20 ans	21 (41,2%)	24 (50,0%)
<b>Lieu de l'accident</b>		
Flandre	28 (54,9%)	33 (68,8%)
Wallonie	10 (19,6%)	9 (18,8%)
Bruxelles	6 (11,8%)	2 (4,2%)
Étranger	7 (13,7%)	4 (8,3%)
<b>Mode de déplacement</b>		
À pied	3 (5,9%)	4 (8,3%)
Vélo	14 (27,5%)	13 (27,1%)
Cyclomoteur	3 (5,9%)	2 (4,2%)
Moto	2 (3,9%)	4 (8,3%)
Voiture	28 (54,9%)	21 (43,8%)
Bus	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Camion	0 (0,0%)	1 (2,1%)
Autre	0 (0,0%)	2 (4,2%)
Inconnu	0 (0,0%)	1 (2,1%)
<b>Gravité de l'accident</b>		
Accident mortel	4 (7,8%)	28 (58,3%)
Accident grave	30 (58,8%)	18 (37,5%)
Accident léger	17 (33,3%)	2 (4,2%)
Dommages matériels uniquement ou aucun dommage	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Motif du déplacement</b>		
À des fins privées	32 (62,7%)	42 (87,5%)
À des fins professionnelles	19 (37,3%)	6 (12,5%)

Tableau 5. (suite)

	Groupe 1 : répondant impliqué (N = 51)	Groupe 2 : proche impliqué (N = 48)
<b>Autres parties impliquées</b>		
Aucune partie adverse	9 (17,6%)	10 (20,8%)
Cycliste(s)	0 (0,0%)	2 (4,2%)
Voiture(s)	36 (70,6%)	30 (62,5%)
Camionnette(s)	1 (2,0%)	1 (2,1%)
Camion(s)	7 (13,7%)	7 (14,6%)
Autre	1 (2,0%)	0 (0,0%)
<b>Facteurs de causalité</b>		
Facteurs humains – partie propre*	13 (25,5%)	15 (31,3%)
Facteurs humains – partie adverse	36 (70,6%)	29 (60,4%)
Facteurs non humains	35 (68,6%)	25 (52,1%)
<b>Responsabilité de l'accident telle qu'évaluée par le répondant (0-10)</b>		
Partie propre		
Pas responsable (0)	33 (64,7%)	30 (62,5%)
Partiellement responsable (1-9)	11 (21,6%)	8 (16,7%)
Entièrement responsable (10)	7 (13,7%)	10 (20,8%)
Partie adverse		
Pas responsable (0)	1 (2,0%)	3 (6,3%)
Partiellement responsable (1-9)	10 (19,6%)	7 (14,6%)
Entièrement responsable (10)	30 (58,8%)	27 (56,3%)
<b>Délit de fuite</b>		
Non	30 (58,8%)	31 (64,6%)
Partie propre a commis un délit de fuite*	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Partie propre a commis un délit de fuite mais s'est présentée par la suite*	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Partie adverse a commis un délit de fuite	7 (13,7%)	5 (10,4%)
Partie adverse a commis un délit de fuite mais s'est présentée par la suite	4 (7,8%)	1 (2,1%)
Je ne sais pas	1 (2,0%)	1 (2,1%)
Aucune partie adverse	9 (17,6%)	10 (20,8%)
<b>Caractère effrayant de l'accident</b>		
Pas effrayant	6 (11,8%)	-
Peu effrayant	6 (11,8%)	-
Assez effrayant	16 (31,4%)	-
Très effrayant	23 (45,1%)	-

\* Par "partie propre", on entend :

- Dans le groupe 1 : le répondant impliqué ou le conducteur avec lequel le répondant circulait.
- Dans le groupe 2 : le proche impliqué ou le conducteur avec lequel le proche circulait.

Les résultats détaillés concernant les facteurs humains qui ont joué un rôle dans la survenue de l'accident sont présentés dans le Tableau 6. Les trois facteurs humains les plus souvent cités selon le groupe cible et selon la partie impliquée sont surlignés dans le tableau. Parmi les 51 répondants impliqués dans l'accident, les facteurs humains les plus fréquemment cités décrivent des comportements inadaptés de la partie adverse : un tiers des répondants impliqués évoquent la distraction de la partie adverse (33,3%), près d'un répondant sur quatre (23,5%) témoignent d'un excès de vitesse ou d'un comportement de conduite inapproprié (non-respect des distances, conduite agressive, ...) et un répondant sur cinq (19,6%) témoignait que le conducteur de la partie adverse était sous l'emprise de l'alcool. Tous ces facteurs sont également évoqués dans la partie du répondant mais dans une moindre mesure. Les facteurs humains les plus souvent mis en cause sont la fatigue (9,8%), un excès de vitesse (7,8%) ou un autre facteur (7,8%). Parmi les autres facteurs, les répondants impliqués dans un accident évoquent leurs propres limites en tant que conducteur en raison d'un handicap, le fait que leur champ de vision n'était peut-être pas optimal, qu'ils n'avaient pas respecté une priorité, qu'ils étaient pressés ou qu'ils avaient agi dans un moment de panique. Pour la partie adverse, les répondants évoquent

comme autres facteurs le fait que l'opposant avait des raisons médicales, qu'il n'avait pas respecté le code de la route ou qu'il était pressé.

Parmi les 48 répondants témoignant d'un accident impliquant un proche, les facteurs humains mis en cause sont le plus souvent rapportés dans le chef de la partie adverse, qu'il s'agisse de l'alcool (22,9%), d'un excès de vitesse (22,9%), de la distraction (20,8%) ou d'un comportement de conduite inadapté (20,8%). Du côté des proches, un excès de vitesse (14,6%), l'alcool (12,5%) et la fatigue (10,4%) sont les facteurs les plus fréquemment évoqués. D'autres facteurs ont également été mentionnés, tels qu'une réaction impulsive de la part du proche et des infractions au code de la route ou de l'inattention pour la partie adverse.

Tableau 6. Fréquence des facteurs humains ayant joué un rôle dans l'accident, avec les trois facteurs les plus fréquents surlignés en gris.

	Groupe cible 1 : répondant impliqué (N = 51)		Groupe cible 2 : proche impliqué (N = 48)	
	Partie propre*	Partie adverse	Partie propre*	Partie adverse
Alcool	2 (3,9%)	10 (19,6%)	6 (12,5%)	11 (22,9%)
Drogues	2 (3,9%)	2 (3,9%)	1 (2,1%)	3 (6,3%)
Médicaments	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0 (0%)	1 (2,1%)
Fatigue	5 (9,8%)	4 (7,8%)	5 (10,4%)	4 (8,3%)
Distraction (p. ex. usage d'un GSM)	2 (3,9%)	17 (33,3%)	2 (4,2%)	10 (20,8%)
Manque d'expérience	2 (3,9%)	6 (11,8%)	2 (4,2%)	5 (10,4%)
Vitesse excessive	4 (7,8%)	12 (23,5%)	7 (14,6%)	11 (22,9%)
Comportement de conduite inadapté (p. ex. coller au pare-chocs, distance insuffisante, conduite agressive, ...)	1 (2,0%)	12 (23,5%)	1 (2,1%)	10 (20,8%)
Autre	4 (7,8%)	3 (5,9%)	1 (2,1%)	3 (6,3%)

\* Par "partie propre", on entend :

- Dans le groupe 1 : le répondant impliqué ou le conducteur avec lequel le répondant circulait.
- Dans le groupe 2 : le proche impliqué ou le conducteur avec lequel le proche circulait.

En ce qui concerne les facteurs non-humains ayant pu jouer un rôle dans la survenue de l'accident (Tableau 7), les facteurs les plus fréquemment rapportés sont les mêmes dans les deux groupes, à savoir qu'il faisait nuit ou sombre, que la route était en mauvais état ou que les conditions météorologiques étaient défavorables.

Tableau 7. Fréquence des facteurs non humains ayant joué un rôle dans l'accident, avec les trois facteurs les plus fréquents surlignés en gris.

	Groupe cible 1 : répondant impliqué (N = 51)	Groupe cible 2 : proche impliqué (N = 48)
Défaut du/des véhicule(s) (de l'une ou l'autre partie)	3 (5,9%)	4 (8,3%)
Mauvais état de la route/de l'infrastructure routière	9 (17,6%)	6 (12,5%)
Mauvaises conditions météorologiques	9 (17,6%)	6 (12,5%)
C'était la nuit/l'obscurité	15 (29,4%)	15 (31,3%)
Obstacle imprévu	4 (7,8%)	2 (4,2%)
Trafic dense	6 (11,8%)	2 (4,2%)
Travaux routiers	1 (2,0%)	0 (0%)
Autre	1 (2,0%)	4 (8,3%)

## 4.1.3 Après l'accident de la route

### 4.1.3.1 Déclaration de l'accident et annonce de la mauvaise nouvelle

Le Tableau 25 en Annexe 3 met en lumière certains aspects des expériences des répondants immédiatement après l'accident. Trois répondants sur quatre dans le groupe ayant été eux-mêmes impliqués (74,5%) et neuf répondants sur dix dans le groupe avec un proche impliqué (89,6%) indiquent qu'un procès-verbal a été dressé, soit après l'intervention de la police sur place, soit sur la base d'une déclaration ultérieure.

Les répondants dont un proche avait été impliqué dans un accident de la route ont le plus souvent été informés par la police (50,0%) ou par un membre de la famille (26,3%).

Lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient reçu suffisamment d'informations de la part de la police ou des services de secours immédiatement après l'accident, au moins la moitié des répondants dans les deux groupes ont répondu positivement. Ce pourcentage était légèrement plus élevé dans le groupe 2 (62,2%) que dans le groupe 1 (52,6%). Les éléments suivants ont été mentionnés par les répondants qui auraient souhaité recevoir davantage d'informations après avoir eux-mêmes été impliqués dans un accident : ce qu'il fallait faire immédiatement après l'accident et quelles démarches administratives entreprendre (p. ex. relatives à l'assurance et au dépôt d'une plainte, tant pour des accidents survenus en Belgique qu'à l'étranger), l'aide aux victimes et l'accompagnement psychologique, la cause de l'accident, leur propre état médical, ainsi que les coordonnées de la personne qui avait prodigué les premiers soins afin de pouvoir la remercier. Les répondants dont un proche avait été impliqué dans un accident souhaitaient plus d'informations concernant : l'existence d'associations de soutien aux victimes, la cause et les circonstances de l'accident (p. ex. éventuelle intoxication alcoolique ou infractions de la partie adverse), la gravité de l'accident, ce qui était attendu d'eux sur le plan administratif et les démarches à entreprendre.

Un certain nombre de répondants ont également profité de la question pour signaler un certain nombre de dysfonctionnement. De manière anecdotique, plusieurs situations sont ainsi rapportées. Un élément important, évoqué à plusieurs reprises, est la manière dont la mauvaise nouvelle a été communiquée. Ainsi, un répondant a appris le décès de son proche par la télévision et a indiqué n'avoir jamais vu de policier venir annoncer la nouvelle. Un autre répondant demandait davantage d'humanité et de tact lors de l'annonce de l'accident. Un autre encore a expliqué que la police n'était restée que peu de temps et qu'ils avaient dû se renseigner par eux-mêmes par le biais des articles parus dans les journaux. Des témoignages font également état de malentendus et d'informations erronées ou manquantes. Un répondant a écrit qu'il y avait eu confusion entre deux victimes, qu'ils n'avaient pu voir leur fils décédé qu'après quatre jours et qu'ils n'avaient reçu la cause du décès que trois mois plus tard. D'autres répondants évoquent un manque d'accompagnement et de soutien. Ainsi, un répondant a indiqué qu'une aide aux victimes avait été prévue pour l'auteur de l'accident, mais pas pour eux (les proches). Certains ont également relaté leur expérience avec la police et les services médicaux. Un répondant a rapporté avoir eu des difficultés à faire établir un PV et un autre à obtenir des photos. Ce dernier a également indiqué qu'il aurait souhaité que la partie adverse soit mieux examinée pour une éventuelle consommation de drogues. Un autre a décrit que les services médicaux avaient uniquement examiné et emmené la partie adverse, et que lui-même avait été conduit aux urgences par sa famille. Enfin, quelques répondants ont rapporté des accidents survenus à l'étranger, où ils ont affirmé n'avoir reçu que peu ou pas d'informations. Un d'entre eux a mentionné des difficultés de communication avec l'ambassadeur.

Environ la moitié des accidents du groupe 1 (43,1%) et quatre sur cinq dans le groupe 2 (81,3%) ont fait l'objet d'une couverture médiatique. La plupart des répondants eux-mêmes victimes n'ont pas eu de contact avec des journalistes (78,4%), alors que quatre répondants sur dix dans le groupe "proche impliqué" (41,7%) ont été sollicités par un journaliste. Dans les deux groupes, cette expérience a été jugée perturbante par environ la moitié des répondants (54,5% dans le groupe 1, 55,0% dans le groupe 2).

### 4.1.3.2 Procédure d'assurance

Les expériences des répondants en matière de règlement des dommages par l'assurance sont résumées dans le Tableau 8. Pour 42 des 51 répondants du groupe 1 et 43 des 48 répondants du groupe 2, des informations étaient disponibles concernant la mise en cause de la responsabilité par les assureurs. Dans les deux groupes, la partie adverse a été jugée entièrement responsable dans environ la moitié des accidents (50,0% dans le groupe 1, 48,8% dans le groupe 2). Tant parmi les répondants impliqués eux-mêmes que parmi ceux avec un proche impliqué, la responsabilité partielle ou totale ne concernait qu'environ un cas sur cinq (16,7% dans le groupe 1, 21,0% dans le groupe 2).

Au moment de l'enquête, 48,9% des répondants du groupe 1 et 65,1% de ceux du groupe 2 avaient déjà reçu une indemnisation. Cette indemnisation avait été perçue par le répondant lui-même, par le proche concerné ou par un membre de la famille. La majorité des répondants impliqués eux-mêmes avaient reçu une indemnisation tant pour des dommages matériels (86,4%) que pour un préjudice corporel ou moral personnel (95,5%). Parmi les répondants dont un proche avait été impliqué, 60,7% avaient reçu une indemnisation pour dommages matériels et 78,6% pour préjudice corporel du proche ou pour préjudice moral. Certains répondants avaient été impliqués dans l'accident en même temps qu'un proche. Dans le groupe 1, trois répondants avaient également reçu une indemnisation pour préjudice corporel du proche ou pour préjudice moral, et dans le groupe 2, quatre répondants avaient reçu une indemnisation pour un préjudice corporel ou moral personnel.

Les répondants ayant personnellement reçu une indemnisation ont été interrogés sur leur satisfaction à cet égard. Parmi ceux du groupe 1, exactement la moitié était satisfaite de l'indemnisation reçue pour les dommages matériels. En revanche, pour l'indemnisation relative au préjudice corporel ou moral, le pourcentage est nettement inférieur : 38,1% se déclaraient plutôt à tout à fait satisfaits, 19,0% plutôt neutres et 42,9% plutôt pas satisfaits à pas du tout satisfaits. Les répondants ayant reçu une indemnisation du fait d'un proche impliqué étaient plutôt neutres vis-à-vis de l'indemnisation tant pour les dommages matériels (55,6%) que pour le préjudice corporel du proche ou pour leur propre préjudice moral (56,3%).

Concernant la durée des procédures d'assurance déjà clôturées, la majorité des répondants des deux groupes ont indiqué que la procédure avait duré plus d'un an. Parmi les répondants eux-mêmes impliqués, 44,4% ont même rapporté que la procédure avait pris au total plus de trois ans.

Plus de la moitié des répondants ont jugé la durée « partiellement acceptable » (61,1% dans le groupe 1, 72,2% dans le groupe 2). Environ un tiers (27,8%) des répondants du groupe 1 et environ un sur cinq (22,2%) du groupe 2 ont estimé que la durée de la procédure n'était pas du tout acceptable.

Tableau 8. La procédure d'assurance.

	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
<b>Mise en cause de la responsabilité par les assureurs</b>	<b>N = 42</b>	<b>N = 43</b>
Partie propre*		
Non responsable	24 (57,1%)	23 (53,5%)
Partiellement responsable	1 (2,4%)	2 (4,7%)
Entièrement responsable	6 (14,3%)	7 (16,3%)
Pas encore de décision ou inconnu	11 (26,2%)	11 (39,5%)
Partie adverse		
Non responsable	2 (4,8%)	2 (4,7%)
Partiellement responsable	3 (7,1%)	3 (7,0%)
Entièrement responsable	21 (50,0%)	21 (48,8%)
Pas encore de décision ou inconnu	16 (38,1%)	17 (%)
<b>Réception d'une indemnisation</b>	<b>N = 45</b>	<b>N = 43</b>
Oui	22 (48,9%)	28 (65,1%)
Non	9 (20,0%)	6 (14,0%)
La procédure est encore en cours	14 (31,1%)	7 (16,3%)
Inconnu	0 (0,0%)	2 (4,7%)
<b>Type d'indemnisation **</b>	<b>N = 22</b>	<b>N = 28</b>
Dommages matériels	19 (86,4%)	17 (60,7%)
Préjudice corporel ou moral personnel	21 (95,5%)	4 (14,3%)
Préjudice corporel du proche ou préjudice moral	3 (13,6%)	22 (78,6%)

Tableau 8. (suite)

	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
<b>Satisfaction vis-à-vis de l'indemnisation</b>		
Dommages matériels	N = 18	N = 9
Plutôt à tout à fait satisfait	9 (50,0%)	3 (33,3%)
Neutre	4 (22,2%)	5 (55,6%)
Plutôt pas à pas du tout satisfait	5 (27,8%)	1 (11,1%)
Préjudice corporel ou moral personnel	N = 21	N = 4
Plutôt à tout à fait satisfait	8 (38,1%)	0 (0,0%)
Neutre	4 (19,0%)	1 (25,0%)
Plutôt pas à pas du tout satisfait	9 (42,9%)	3 (75,0%)
Préjudice corporel du proche ou préjudice moral	N = 2	N = 16
Plutôt à tout à fait satisfait	0 (0%)	3 (18,8%)
Neutre	2 (100%)	9 (56,3%)
Plutôt pas à pas du tout satisfait	0 (0%)	4 (25,0%)
<b>Durée de la procédure d'assurance (si déjà terminée)</b>		
	<b>N = 18</b>	<b>N = 20</b>
Moins d'un an	5 (27,8%)	7 (35,0%)
Entre 1 an et 3 ans	5 (27,8%)	8 (40,0%)
Plus de 3 ans	8 (44,4%)	3 (15,0%)
Inconnu	-	2 (10,0%)
<b>Acceptabilité de la durée de la procédure d'assurance (1-5)</b>		
	<b>N = 18</b>	<b>N = 18</b>
Tout à fait acceptable (5)	2 (11,1%)	1 (5,6%)
Partiellement acceptable (2-4)	11 (61,1%)	13 (72,2%)
Pas du tout acceptable (1)	5 (27,8%)	4 (22,2%)

\* Par "partie propre", on entend :

- Dans le groupe 1 : le répondant impliqué ou le conducteur avec lequel le répondant circulait.
- Dans le groupe 2 : le proche impliqué ou le conducteur avec lequel le proche circulait.

\*\* Plusieurs réponses étaient possibles.

#### 4.1.3.3 Procédure judiciaire

Le déroulement et les expériences des répondants avec d'éventuelles procédures judiciaires sont présentés dans le Tableau 9. Dans 57,8% des cas du groupe 1 et 62,8% des cas du groupe 2, l'affaire a été portée devant le tribunal. La majorité de ces affaires étaient déjà clôturées au moment où le questionnaire a été complété. Tout comme pour la procédure d'assurance, le tribunal a plus souvent jugé la partie adverse entièrement responsable de l'accident (50,0% dans le groupe 1, 59,1% dans le groupe 2).

Huit répondants du groupe 1 ont indiqué qu'eux-mêmes, ou le conducteur avec lequel ils se trouvaient, avaient été cités comme prévenus. Dans le groupe 2, cinq répondants ont rapporté que leur proche, ou le conducteur avec lequel celui-ci se trouvait, avait été cité comme prévenu. Dans le groupe 1, la moitié (50% ; quatre des huit répondants) a estimé cette citation comme non justifiée, tandis que dans le groupe 2, une majorité (60% ; trois des cinq répondants) l'a jugée plutôt justifiée. En ce qui concerne le jugement final du tribunal, les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident ont mieux accepté la décision que ceux dont un proche avait été impliqué : 62,5% dans le groupe 1 ont répondu que la décision était plutôt à tout à fait acceptable, contre 40,9% dans le groupe 2.

La procédure judiciaire a également duré dans la plupart des cas plus d'un an (75,1% dans le groupe 1, 59,1% dans le groupe 2). Dans environ un tiers des accidents du groupe 1, l'affaire a duré plus de trois ans. Cela peut expliquer pourquoi les répondants du groupe 1 ont beaucoup moins accepté la durée de la procédure judiciaire (42,9% l'ont trouvée « partiellement acceptable », 50,0% « pas du tout acceptable ») que les répondants du groupe 2 (76,2% « partiellement acceptable », 14,3% « pas du tout acceptable »).

La moitié des répondants du groupe 1 a estimé la durée de la procédure judiciaire comme « pas du tout acceptable », probablement en raison de sa longue durée.

Tableau 9. La procédure judiciaire.

	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
<b>Devant le tribunal</b>	<b>N = 45</b>	<b>N = 43</b>
Oui, l'affaire est désormais clôturée	16 (35,6%)	22 (51,2%)
L'affaire est encore en cours	10 (22,2%)	5 (11,6%)
Incertain si une procédure sera engagée	1 (2,2%)	2 (4,7%)
Non, aucune démarche judiciaire	16 (35,6%)	13 (30,2%)
Inconnu	2 (4,4%)	1 (2,3%)
<b>Mise en cause de la responsabilité par le tribunal</b>	<b>N = 16</b>	<b>N = 22</b>
Partie propre*		
Non responsable	13 (81,3%)	14 (63,6%)
Partiellement responsable	0 (0,0%)	1 (4,5%)
Entièrement responsable	2 (12,5%)	3 (13,6%)
Inconnu	1 (6,3%)	4 (18,2%)
Partie adverse		
Non responsable	1 (6,3%)	0 (0,0%)
Partiellement responsable	2 (12,5%)	3 (13,6%)
Entièrement responsable	8 (50,0%)	13 (59,1%)
Inconnu	5 (31,25%)	6 (27,3%)
<b>Caractère justifié de la citation de la partie propre*</b>	<b>N = 8</b>	<b>N = 5</b>
Plutôt à tout à fait justifié	3 (37,5%)	3 (60,0%)
Plutôt pas à pas du tout justifié	4 (50,0%)	1 (20,0%)
Pas d'avis	1 (12,5%)	1 (20,0%)
<b>Caractère justifié du jugement</b>	<b>N = 16</b>	<b>N = 22</b>
Plutôt à tout à fait justifié	10 (62,5%)	9 (40,9%)
Plutôt pas à pas du tout justifié	5 (31,3%)	10 (45,5%)
Pas d'avis	1 (6,3%)	1 (4,5%)
Pas d'application ou inconnu	0 (0,0%)	2 (9,1%)
<b>Durée de la procédure judiciaire (si déjà clôturée)</b>	<b>N = 16</b>	<b>N = 22</b>
Moins d'un an	2 (12,5%)	8 (36,4%)
Entre 1 an et 3 ans	7 (43,8%)	11 (50,0%)
Plus de 3 ans	5 (31,3%)	2 (9,1%)
Inconnu	2 (12,5%)	1 (4,5%)
<b>Acceptabilité de la durée de la procédure judiciaire (1-5)</b>	<b>N = 14</b>	<b>N = 21</b>
Tout à fait acceptable (5)	1 (7,1%)	2 (9,5%)
Partiellement acceptable (2-4)	6 (42,9%)	16 (76,2%)
Pas du tout acceptable (1)	7 (50,0%)	3 (14,3%)

\* Par "partie propre", on entend :

- Dans le groupe 1 : le répondant impliqué ou le conducteur avec lequel le répondant circulait.
- Dans le groupe 2 : le proche impliqué ou le conducteur avec lequel le proche circulait.

## 4.2 Conséquences médicales, sociales, professionnelles et économiques

Bien que les principales questions de recherche portent sur les conséquences psychologiques des accidents de la route, l'enquête s'est également intéressée à leurs conséquences médicales, ainsi qu'à leurs éventuelles répercussions sociales, professionnelles et économiques, de même que les changements dans les habitudes de déplacement du répondant. Ces informations permettent de mieux appréhender les différentes conséquences de l'accident de la route, souvent interconnectées.

### 4.2.1 Conséquences médicales

Le Tableau 10 présente un aperçu des conséquences médicales pour les répondants impliqués eux-mêmes (groupe 1) et pour les proches impliqués (groupe 2) lorsqu'ils ont été blessés dans l'accident de la route. Au total, 49 des 51 répondants impliqués dans un accident ont également été blessés eux-mêmes. Parmi ceux-ci, 44 ont répondu à toutes les questions concernant les conséquences médicales de l'accident. Exactement trois sur quatre (75,0%) ont dû être hospitalisés au moins une nuit et relèvent donc de la catégorie des "blessés graves".

La majorité des répondants du groupe 2 ont complété le questionnaire au sujet d'un proche décédé (28/48 ; 58%). Dix-huit répondants ont rapporté le cas d'un proche ayant subi des blessures non mortelles. Pour ce deuxième groupe, des informations sur les conséquences médicales ont pu être recueillies pour 15 proches. Dans près de 90% des cas (86,7%), le proche blessé a dû être hospitalisé au moins une nuit.

Les blessures les plus fréquemment rapportées dans les deux groupes concernent la tête (61,4% dans le groupe 1, 60,0% dans le groupe 2), la nuque et/ou le dos (54,5% dans le groupe 1, 60,0% dans le groupe 2) et des lésions externes légères (72,7% dans le groupe 1, 60,0% dans le groupe 2).

Environ la moitié des répondants dans les deux groupes témoignent qu'ils ou leur proche ont perdu connaissance à la suite de l'accident (respectivement 47,7% et 53,5%) et qu'ils ou leur proche ont souffert d'amnésie, au moins temporairement. Dans les deux groupes, la prise en charge médicale a nécessité une intervention chirurgicale dans six cas sur dix (61,4% dans le groupe 1 et 60,0% dans le groupe 2). Quatre répondants sur dix dans le groupe 1 témoignent que leur vie était en danger et six répondants sur dix dans le groupe 2 rapportent que le pronostic vital du proche était engagé.

Un répondant et deux proches étaient encore hospitalisés au moment de l'enquête. Un répondant sur trois rapporte ne pas avoir séjourné à l'hôpital (11,4%) ou y être resté moins d'un jour (18,2%) et ces proportions sont moins élevées en ce qui concerne le proche (respectivement 6,7% et 13,3%). Pour un répondant sur trois, son hospitalisation a duré entre 1 jour et moins d'un mois (31,9%) et un répondant sur cinq rapporte cette durée d'hospitalisation pour un proche (20,0%). Dans un cas sur quatre, le répondant affirme avoir été hospitalisé pendant une période allant d'un mois à un an (27,3%) et une proportion similaire de répondants rapportent la même durée d'hospitalisation pour un proche (26,7%). Par contre, la proportion de répondants qui déclarent que l'hospitalisation a duré un an ou plus est deux fois plus élevée pour un proche (20,0%) que pour le répondant lui-même (9,1%).

Au jour de l'enquête, près d'un répondant sur cinq (18,2%) rapporte qu'il est entièrement rétabli et un répondant sur quatre (26,7%) déclare que le proche impliqué dans un accident est complètement remis de l'accident. Dans un cas sur quatre (25,0%), l'état de santé du répondant s'est amélioré mais il n'est pas encore entièrement rétabli et dans quatre cas sur dix (40,0%), le répondant décrit la même situation pour le proche impliqué dans un accident. Quatre répondants sur dix du groupe 1 (40,9%) déclarent que leur état de santé s'est stabilisé (ils ne sont pas tout à fait rétablis mais aucune autre amélioration n'est attendue) et un tiers des répondants du groupe 2 rapportent qu'il en va de même pour le proche impliqué dans un accident (33,3%). Un répondant sur sept impliqué lui-même (15,9%) déclare que son état de santé actuel a régressé par rapport à son état de santé juste après l'accident. Cette situation n'est rapportée pour aucun proche dans le groupe 2.

Enfin, trois répondants sur quatre dans les deux groupes rapportent qu'il ou leur proche a gardé des séquelles à la suite des lésions subies (77,3% pour les répondants eux-mêmes et 73,3% pour un proche).

Tableau 10. Conséquences médicales de l'accident de la route pour les répondants impliqués et les proches ayant subi des blessures non mortelles.

	Groupe 1 : répondant impliqué (N = 44)	Groupe 2 : proche impliqué (N = 15)
<b>Gravité estimée des blessures</b>		
Blessé grave	33 (75,0%)	13 (86,7%)
Blessé léger	11 (25,0%)	2 (13,3%)
<b>Blessure(s) subie(s)</b>		
Blessures à la tête	27 (61,4%)	9 (60,0%)
Blessures au visage	13 (29,5%)	7 (46,7%)
Blessures à la nuque et/ou au dos	24 (54,5%)	9 (60,0%)
Blessures à la poitrine et/ou à l'abdomen	11 (25,0%)	4 (26,7%)
Blessures aux membres supérieurs	15 (34,1%)	5 (33,3%)
Blessures aux membres inférieurs	19 (43,2%)	4 (26,7%)
Lésions externes légères	32 (72,7%)	9 (60,0%)
Autres blessures	6 (13,6%)	0 (0,0%)
Je ne sais pas	-	1 (6,7%)
<b>État médical après l'accident</b>		
Perte de connaissance	21 (47,7%)	8 (53,5%)
Perte (temporaire) de mémoire	23 (52,3%)	8 (53,3%)
Opération	27 (61,4%)	9 (60,0%)
Pronostic vital engagé	18 (40,9%)	9 (60,0%)
<b>Durée totale de l'hospitalisation</b>		
Toujours hospitalisé à ce jour	1 (2,3%)	2 (13,3%)
Moins d'un jour	8 (18,2%)	2 (13,3%)
1 jour à moins d'une semaine	9 (20,5%)	3 (20,0%)
1 semaine à moins d'un mois	5 (11,4%)	0 (0,0%)
1 mois à moins d'un an	12 (27,3%)	4 (26,7%)
1 an ou plus	4 (9,1%)	3 (20,0%)
Pas d'application	5 (11,4%)	1 (6,7%)
<b>État médical actuel</b>		
Totalement rétabli	8 (18,2%)	4 (26,7%)
Amélioré mais pas totalement rétabli	11 (25,0%)	6 (40,0%)
Stabilisé (pas totalement rétabli mais pas d'amélioration attendue)	18 (40,9%)	5 (33,3%)
Régression par rapport à juste après l'accident	7 (15,9%)	0 (0,0%)
<b>Conséquences durables des blessures</b>		
Non	8 (18,2%)	4 (26,7%)
Oui	34 (77,3%)	11 (73,3%)
Trop tôt pour le dire	2 (4,5%)	0 (0,0%)

Les répondants qui ont eux-mêmes été blessés dans un accident de la route ont été interrogés sur leur qualité de vie liée à la santé. Le questionnaire EQ-5D évalue la qualité de vie sur la base de cinq dimensions : la mobilité, l'autonomie, les activités courantes, la douleur/la gêne et l'anxiété/la dépression (voir 3.1.3). Le nombre absolu et relatif de répondants rencontrant des problèmes pour chacune des cinq dimensions est présenté dans le Tableau 11.

En matière de mobilité, près d'un répondant sur deux (45,5%) déclare n'avoir aucun problème pour se déplacer à pied au moment où ils participent à l'étude, quatre répondants sur dix (40,9%) rencontrent des problèmes légers ou modérés et environ un répondant sur sept (13,6%) est confronté à des problèmes sévères ou est incapable de se déplacer à pied (Tableau 11). Les résultats concernant l'autonomie de la personne sont plus tranchés puisque près de huit répondants sur dix (77,3%) ne rencontrent aucun problème pour se laver ou s'habiller tout seul et que trois répondants (6,8%) éprouvent des difficultés sévères pour se laver ou de s'habiller tout seul, voire en sont incapables. Au niveau des activités courantes, un répondant sur trois (31,8%) ne rencontre aucune difficulté pour les accomplir, un répondant sur deux (50,2%) éprouve des difficultés légères (22,7%) ou modérées (27,3%) pour le faire et près d'un répondant sur cinq (18,2%) est confronté à des problèmes sévères ou est incapable d'accomplir ses activités courantes. En matière de douleur ou d'une gêne ressentie, environ un répondant sur sept témoignent ne ressentir aucune douleur ni gêne (15,9%) et

près d'un sur cinq (18,2%) ressent de légères douleurs ou gêne. Des douleurs ou une gêne modérées (31,8%) à sévères (27,3%) sont rapportées par près de six répondants sur dix et peu de répondants (6,8%) souffrent de douleurs ou d'une gêne sévères. Enfin, près de quatre répondants sur dix (38,6%) déclarent ne se sentir ni anxieux, ni déprimé au moment où ils complètent le questionnaire. Environ un répondant sur deux (52,3%) rapporte un sentiment léger ou modéré d'anxiété ou de déprime et près d'un répondant sur dix (9,1%) se sent sévèrement ou extrêmement anxieux ou déprimé.

Enfin, le score global de la qualité de vie liée à la santé des répondants blessés dans un accident est estimé sur base d'une échelle analogique visuelle allant de 0 à 100 où 0 correspond à la pire santé possible et 100 à la meilleure santé possible. Il ressort de l'étude que le score moyen est de 66,18 sur 100 au jour de l'enquête.

Tableau 11. Qualité de vie liée à la santé : nombre et pourcentage de répondants blessés du groupe 1 ("répondant impliqué") déclarant des problèmes par dimension de santé et niveau de gravité (EQ-5D) (N = 44).

Problèmes	Mobilité	Autonomie	Activités quotidiennes	Douleur/gêne	Anxiété/dépression
Niveau 1 (aucun problème)	20 (45,5%)	34 (77,3%)	14 (31,8%)	7 (15,9%)	17 (38,6%)
Niveau 2 (des problèmes légers)	11 (25,0%)	4 (9,1%)	10 (22,7%)	8 (18,2%)	14 (31,8%)
Niveau 3 (des problèmes modérés)	7 (15,9%)	3 (6,8%)	12 (27,3%)	14 (31,8%)	9 (20,5%)
Niveau 4 (des problèmes sévères)	4 (9,1%)	2 (4,5%)	5 (11,4%)	12 (27,3%)	3 (6,8%)
Niveau 5 (être incapable/des problèmes extrêmes)	2 (4,5%)	1 (2,3%)	3 (6,8%)	3 (6,8%)	1 (2,3%)

Lorsqu'on leur demande dans quelle mesure les difficultés qu'ils rencontrent encore aujourd'hui sont liées à l'accident, une minorité de répondants déclarent qu'elles ne sont en rien liées à celui-ci et ce, dans chacune des cinq dimensions (Figure 2). Environ sept répondants sur dix (73%) déclarent que les difficultés qu'ils rencontrent pour se déplacer à pied sont fortement, voire extrêmement liées à l'accident qu'ils ont eu. Cette proportion est relativement similaire (69%) pour ce qui est des difficultés rencontrées pour accomplir les activités quotidiennes. Environ deux-tiers des répondants (65%) déclarent que les douleurs ou la gêne qu'ils ressentent sont fortement ou extrêmement liées à l'accident et une proportion équivalente (65%) témoignent en ce sens pour leur sentiment d'anxiété ou d'angoisse actuel. Les problèmes éprouvés au niveau de l'autonomie de la personne sont moins fréquemment rapportés comme étant fortement ou extrêmement liés à l'accident (40% des répondants).

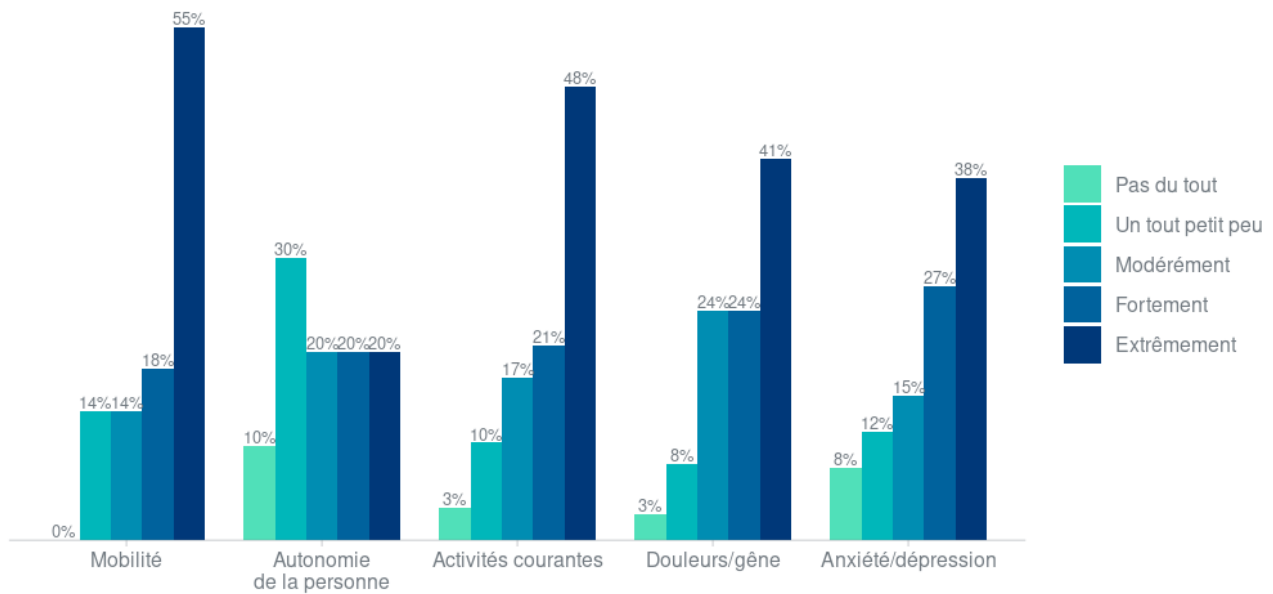


Figure 2. Mesure dans laquelle les problèmes rapportés par dimension de santé sont liés à l'accident de la route (groupe 1 "répondant impliqué" ; N = 44).

## 4.2.2 Conséquences sociales, professionnelles et économiques

Les répondants ont également été interrogés sur les éventuelles conséquences de l'accident sur leur vie sociale, professionnelle ou scolaire et économique. Les résultats sont présentés dans le Tableau 12. Près de six répondants sur dix impliqués dans un accident (58,5%) déclarent que l'accident a entraîné des changements au niveau de leur vie professionnelle ou scolaire (Tableau 12). Cette proportion est plus élevée parmi les répondants qui témoignent de l'impact de l'accident d'un proche (68,6%) sur leur propre vie professionnelle ou scolaire.

Au niveau de la vie sociale, près de six répondants sur dix (56,1%) témoignent que l'accident a entraîné des conséquences sur leur vie sociale. A nouveau, cette proportion est plus élevée lorsque les répondants témoignent de l'impact de l'accident impliquant un proche (71,4%).

Dans les deux groupes, environ un répondant sur deux affirme que l'accident a eu un impact sur sa vie privée (56,1% parmi les répondants impliqués et 54,3% parmi les répondants qui témoignent d'un accident impliquant un proche). Un répondant sur trois (34,1%) déclare que l'accident n'a pas eu d'impact ni sur sa vie professionnelle ou scolaire, ni sur sa vie sociale ou privée. C'est deux fois plus que parmi les répondants qui relatent un accident impliquant un proche (17,1%).

Lorsqu'ils sont interrogés sur l'impact de l'accident sur le mode de vie d'une personne de leur entourage, un tiers des répondants qui ont été blessés au cours de l'accident (35,0%) déclarent qu'au moins une personne de leur entourage a dû aménager son travail ou son parcours scolaire pour pouvoir s'occuper de lui (par exemple, travailler moins, arrêter de travailler, changer de travail). Quatre répondants sur dix (42,5%) rapportent qu'au moins un membre de son entourage a dû adapter sa vie sociale pour pouvoir s'occuper de lui (par exemple, en acceptant moins de rendez-vous avec des gens en dehors du cercle familial). Une proportion similaire de répondants témoignent qu'au moins une personne a dû adapter sa vie privée pour pouvoir s'occuper de lui (par exemple au niveau des tâches ménagères, des soins aux autres membres de la famille ou aux enfants). Enfin, quatre répondants sur dix (42,5%) déclarent que l'accident n'a eu aucun impact sur le mode de vie des membres de son entourage.

En termes d'absentéisme, un répondant rapporte que l'accident n'a entraîné aucune absence au travail ou à l'école. Environ un répondant sur cinq déclare avoir été absent moins d'une semaine (6,3%) ou entre une semaine et moins d'un mois (15,6%). Une proportion similaire de répondants (21,9%) affirment avoir été absents entre un mois et moins d'un an et un répondant sur quatre (25,0%) a été absent au moins un an. Enfin, environ un répondant sur cinq (21,9%) n'est plus en état de travailler ou de reprendre sa scolarité.

Tableau 12. Conséquences sociales, professionnelles et économiques de l'accident de la route.

	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
<b>Changements dans le travail, les études, la vie sociale et/ou privée</b>	<b>N = 41</b>	<b>N = 35</b>
Changement dans la vie professionnelle ou le parcours scolaire	24 (58,5%)	24 (68,6%)
Changement dans la vie sociale	23 (56,1%)	25 (71,4%)
Changement dans la vie privée	23 (56,1%)	19 (54,3%)
Aucun des éléments ci-dessus	14 (34,1%)	6 (17,1%)
<b>Adaptations du mode de vie d'une personne de l'entourage pour s'occuper du répondant</b>	<b>N = 40</b>	-
Adaptation dans la carrière professionnelle ou scolaire	14 (35,0%)	-
Adaptation dans la vie sociale	17 (42,5%)	-
Adaptation dans la vie privée	16 (40,0%)	-
Aucun des éléments ci-dessus	17 (42,5%)	-
<b>Durée de l'interruption du travail ou des études</b>	<b>N = 32</b>	-
Aucune interruption	1 (3,1%)	-
Moins d'une semaine	2 (6,3%)	-
1 semaine à moins d'un mois	5 (15,6%)	-
1 mois à moins d'un an	7 (21,9%)	-
1 an ou plus	8 (25,0%)	-
Plus en mesure de travailler	7 (21,9%)	-
Inconnu	2 (6,3%)	-

Au niveau des conditions de logement, sept répondants sur dix impliqués dans un accident (70,7%) indiquent que celles-ci n'ont pas changé depuis l'accident (46,3%) ou qu'elles ont changé mais que cela n'a aucun lien avec l'accident (24,4%) (voir en annexe, Tableau 28). Un répondant sur six (17,0%) témoigne habiter au même endroit mais que son logement a dû être aménagé à la suite de l'accident et un répondant sur dix (9,8%) a été contraint de déménager pour aller habiter dans une habitation plus adaptée. Un répondant était toujours hospitalisé ou dans un centre de revalidation au moment de l'enquête.

Parmi les répondants impliqués dans un accident qui ont dû s'absenter du travail ou interrompre leurs études, un répondant sur deux (50,0%) affirme que des aménagements ont dû être apportés au niveau du lieu et/ou des équipements (outils adaptés). Près de quatre répondants sur dix (37,5%) ont été contraints de changer de travail ou d'études. La charge du travail a dû être revue pour un répondant sur cinq (20,8%) et le parcours scolaire a été adapté pour un répondant sur sept (12,5%) (voir en annexe, Tableau 28).

Concernant l'impact de l'accident au niveau économique, un répondant sur trois (32,5%) témoigne que l'accident n'a pas eu d'impact sur les dépenses hebdomadaires. Cette proportion est deux fois plus élevée lorsque l'accident impliquait un proche (62,9%). Un répondant sur quatre impliqué dans un accident (25,0%) déclare que celui-ci a entraîné de petites adaptations par rapport à certaines activités ou dépenses et cette proportion est similaire parmi les répondants qui témoignent d'un accident impliquant un proche (25,7%). Par ailleurs, quatre répondants sur dix impliqués dans un accident (42,5%) rapportent qu'ils ont dû adapter de façon importante leurs dépenses hebdomadaires à la suite de l'accident. Cette prévalence est quatre fois moins élevée lorsque l'accident impliquait un proche (11,4%).

Enfin, près d'un répondant sur deux impliqué dans un accident (46,2%) déclare avoir reçu ou recevoir une aide financière à la suite de l'accident (voir en annexe, Tableau 28).

### 4.2.3 Conséquences sur le sentiment de sécurité routière et les habitudes de déplacement

Le sentiment de sécurité perçue lorsque le répondant prend part à la circulation a été mesuré à l'aide d'une échelle graduée de 0 à 10 où 0 signifie "pas du tout en sécurité" et 10 "tout à fait en sécurité". Il ressort de l'étude que, le score global de sécurité perçue par le répondant lorsqu'il prend part à la circulation est de 5,4/10 parmi les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident (N = 40) et il est de 5,0/10 parmi les répondants dont un proche a été impliqué dans un accident (N = 35).

En ce qui concerne l'impact éventuel de l'accident sur les habitudes du répondant en matière de mobilité, un tiers des répondants impliqués dans un accident (32,5%) rapportent que l'accident n'a eu aucun impact sur leurs habitudes (Tableau 13). Cette proportion est plus élevée parmi les répondants qui témoignent d'un accident impliquant un proche (51,4%). Inversement, les différents types d'impacts sur les habitudes de déplacement sont systématiquement plus fréquemment rapportées parmi les répondants impliqués dans un accident que parmi ceux qui relatent un accident impliquant un proche. Ainsi, trois répondants sur dix impliqués dans un accident (30%) déclarent qu'ils utilisent moins souvent un certain mode de transport et un répondant sur quatre (25,7%) en fait de même dans le groupe "un proche impliqué". Environ un répondant sur six impliqué dans un accident (17,5%) utilise plus fréquemment un certain mode de transport. Ce changement est plus rarement évoqué parmi les répondants témoignant d'un accident avec un proche (2,9%). Environ un répondant sur trois victimes d'un accident (37,5%) déclare se déplacer moins souvent, c'est 2,5 fois plus que parmi les répondants évoquant un accident impliquant un proche (14,3%). Un tiers des répondants impliqués dans un accident (37,5%) évitent certains endroits. Ce comportement est rapporté par un répondant sur quatre dans le groupe 2 "un proche impliqué" (25,7%). Un répondant sur six victimes d'un accident (17,5%) préfère éviter certaines périodes. Cette proportion est de 11,4% parmi les répondants qui témoignent d'un accident impliquant un proche. Enfin, dans les deux groupes, une minorité de répondants sont toujours admis dans un hôpital ou un centre de revalidation (deux répondants impliqués eux-mêmes et un répondant où un proche était impliqué).

Parmi les répondants qui rapportent utiliser moins fréquemment un certain mode de transport, c'est la voiture qui est la plus souvent citée dans les deux groupes (75,0% parmi les répondants impliqués et 66,7% parmi les répondants où un proche était impliqué dans un accident). Vient ensuite le vélo dans les deux groupes (respectivement 41,7% et 33,3%). Un tiers des répondants impliqués dans un accident (33,3%) rapportent se déplacer moins souvent à pied et une proportion équivalente se déplace moins souvent en bus (33,3%). Ces deux modes de transport ne sont pas cités parmi les répondants d'un accident impliquant un proche. Trois répondants impliqués dans un accident déclarent moins souvent se déplacer à cyclomoteur ou moto. C'est le cas d'un seul répondant témoignant d'un accident impliquant un proche. Enfin, deux répondants impliqués dans un accident se déplacent moins souvent en camionnette ou en camion. Ce mode de déplacement n'est pas évoqué dans le groupe 2.

Tableau 13. Changements dans les habitudes de déplacement à la suite de l'accident de la route.

	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
<b>Adaptation (temporaire) des habitudes de déplacement</b>	<b>N = 40</b>	<b>N = 35</b>
Aucune	13 (32,5%)	18 (51,4%)
Oui, j'utilise(ais) moins souvent un certain moyen de transport	12 (30,0%)	9 (25,7%)
Oui, j'utilise(ais) plus souvent un certain moyen de transport	7 (17,5%)	1 (2,9%)
Oui, je me déplace(ais) moins souvent	15 (37,5%)	5 (14,3%)
Oui, j'évite(ais) certains lieux	15 (37,5%)	9 (25,7%)
Oui, j'évite(ais) certains moments de la journée	7 (17,5%)	4 (11,4%)
Je suis encore hospitalisé(e) ou en centre de revalidation	2 (5,0%)	1 (2,9%)
<b>Quel moyen de transport moins souvent utilisé</b>	<b>N = 12</b>	<b>N = 9</b>
Marche à pied	4 (33,3%)	0 (0,0%)
Vélo	5 (41,7%)	3 (33,3%)
Cyclomoteur/motocyclette	3 (25,0%)	1 (11,1%)
Voiture	9 (75,0%)	6 (66,7%)
Camionnette/camion	2 (16,7%)	0 (0,0%)
Bus	4 (33,3%)	0 (0,0%)
Autre	2 (16,7%)	0 (0,0%)

Les répondants victimes d'un accident ont également été interrogés sur l'impact de l'accident sur certains de leurs comportements. Il s'agissait de comportements de protection (port du casque, de la ceinture et respect des limitations de vitesse) ou de comportements à risque (conduite sous l'influence de l'alcool, de la drogue, utilisation du téléphone au volant ou traversée à pied au feu rouge). Seuls les répondants qui ont répondu aux

questions pour les deux moments (avant et après l'accident) et qui n'ont pas répondu "pas d'application" pour l'un ou l'autre comportement ont été pris en compte dans les analyses.

Comme le montre la Figure 3. Prévalence de la prise de mesures de protection et du fait d'adopter (rarement à jamais) des comportements à risque par les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident de la route (groupe 1 "répondant impliqué"), avant et après l'accident., les proportions de répondants qui rapportent adopter souvent, voire (presque) toujours les comportements de protection (à gauche) sont similaires avant et après l'accident pour ce qui est du port de la ceinture (97% avant et après l'accident) et du respect des limitations de vitesse (respectivement 94% et 97%). Par contre, la proportion de répondants qui déclarent porter souvent, voire (presque) toujours un casque à vélo sont plus élevées après l'accident (73%) qu'avant (53%). En ce qui concerne les comportements à risque, les proportions de répondants qui rapportent adopter rarement ces comportements, voire jamais, sont plus élevées après l'accident qu'avant celui-ci, qu'il s'agisse de conduire sous influence (100% vs 94%) ou de traverser à pied alors que le feu est rouge (98% vs 92%). Pour ce qui est de conduire en utilisant le téléphone, les prévalences sont relativement équivalentes (97% après l'accident vs 94% avant celui-ci)

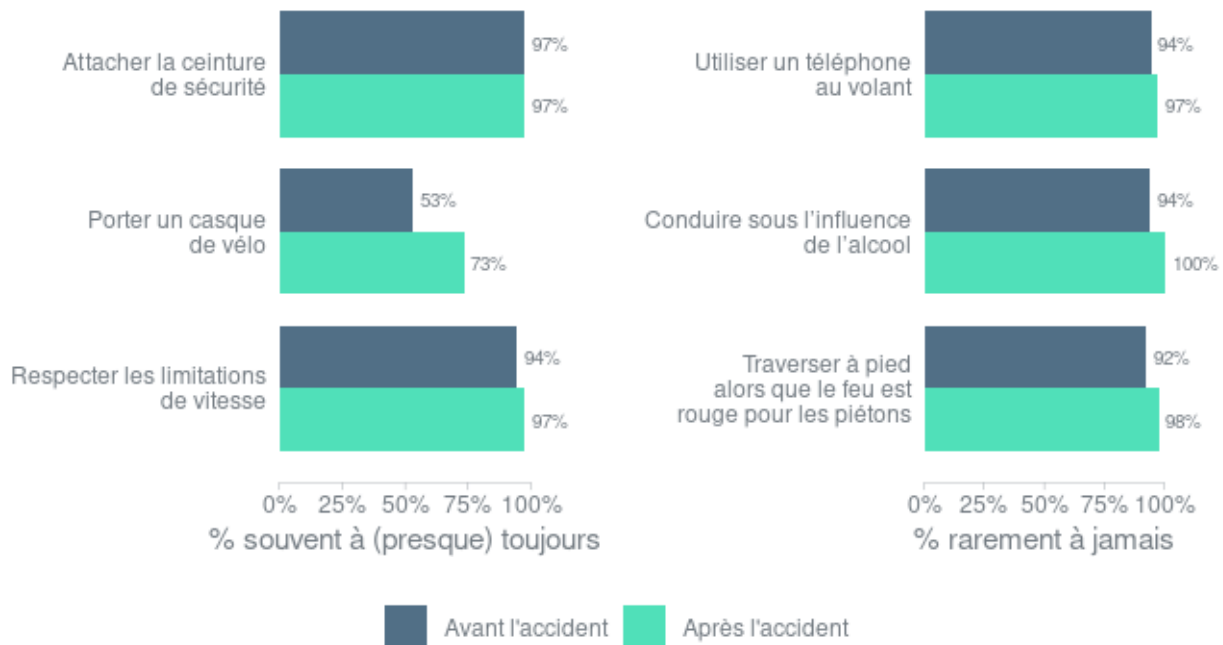


Figure 3. Prévalence de la prise de mesures de protection et du fait d'adopter (rarement à jamais) des comportements à risque par les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident de la route (groupe 1 "répondant impliqué"), avant et après l'accident.

## 4.3 Conséquences psychologiques pour les victimes

Ce chapitre décrit les résultats relatifs aux conséquences psychologiques subies par les répondants impliqués dans un accident de la route. Nous présentons tout d'abord les prévalences du syndrome de stress post-traumatique, de la dépression, de l'anxiété et de quelques autres conséquences psychologiques, puis la prévalence des comorbidités et la durée des symptômes. Ensuite, nous explorons un certain nombre de facteurs (de risque) personnels et externes et nous abordons la question de la consommation de médicaments.

### 4.3.1 Prévalence

Le stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété ont été évalués sur base d'une liste de symptômes (voir 3.1.3). La proportion de personnes qui ont répondu aux questions et qui remplissent les critères diagnostiques est présentée dans le Tableau 14. Près de six personnes sur dix (57,5%) impliquées dans un accident présentaient des symptômes de stress post-traumatique peu de temps après l'accident et près d'un répondant sur deux (48,9%) en est atteint actuellement. Il ressort également de l'étude qu'environ six répondants sur dix (57,5%) présentaient les symptômes d'une dépression ou d'anxiété (60%) quelque temps après l'accident et à nouveau, environ un répondant sur deux (52,4%) en souffre actuellement.

Tableau 14. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété dans le groupe 1 ("répondant impliqué") peu de temps après l'accident et actuellement.

	Groupe 1 : répondant impliqué			
	Peu de temps après l'accident <sup>(1)</sup>		Actuellement <sup>(2)</sup>	
	N	n (%)	N	n (%)
<b>Stress post-traumatique (TSA/SSPT)</b>	40	23 (57,5%)	45	22 (48,9%)
<b>Dépression</b>	40	23 (57,5%)	42	22 (52,4%)
<b>Anxiété</b>	40	24 (60,0%)	42	22 (52,4%)

Note :

(1) "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines suivant l'accident pour la dépression et l'anxiété.

(2) "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

Le Tableau 14 présente les prévalences globales du syndrome de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété peu après l'accident et actuellement, sans pour autant savoir si ces problèmes de santé mentale sont en lien avec l'accident ou non. En effet, d'autres événements traumatisants que l'accident pourraient être à l'origine de ces symptômes, d'autant plus que la majorité des accidents se sont produits il y a plusieurs années. Dès lors, il a été demandé aux répondants impliqués eux-mêmes dans un accident et présentant les symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique quelque temps après celui-ci dans quelle mesure ils avaient répondu aux questions se rapportant à ce syndrome en pensant à l'accident (Figure 4). Cette question a également été posée aux répondants présentant les symptômes de dépression ou d'anxiété.

Il en ressort que très peu de répondants présentant un des trois symptômes peu après l'accident ont répondu à ces questions en ne pensant pas du tout à l'accident (0% pour le stress post-traumatique, 0% pour la dépression et 4% pour l'anxiété). Cependant, nous remarquons que les proportions de répondants qui ne pensaient pas à l'accident en répondant aux questions relatives au stress post-traumatique, à la dépression et à l'anxiété sont plus élevées lorsqu'ils ont répondu aux questions relatives à leur santé mentale à l'heure actuelle (5% pour le stress post-traumatique, 18% pour la dépression et 18% pour l'anxiété) ce qui suggère que les symptômes dont ils souffrent actuellement sont liés à d'autres événements traumatisants.

Les analyses montrent également que neuf répondants sur dix (91%) présentant un syndrome de stress post-traumatique peu de temps après l'accident ont fortement ou extrêmement pensé à l'accident en répondant aux questions se rapportant à ce syndrome. Sept répondants sur dix souffrant de dépression quelque temps après l'accident (74%) ont tout autant pensé à l'accident en répondant aux questions relatives aux symptômes de la dépression et une proportion similaire de répondants (71%) en ont fait de même pour les questions portant sur les symptômes de l'anxiété parmi les répondants souffrant d'anxiété peu après l'accident.

Concernant les répondants qui manifestent actuellement les symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique, d'une dépression ou d'anxiété, les proportions de répondants qui pensaient fortement ou extrêmement à l'accident en répondant aux questions sont moins élevées par rapport à celles qui présentaient

ces symptômes peu de temps après l'accident (68% vs 91% des répondants pour les questions relatives au syndrome de stress post-traumatique, 54% vs 74% pour la dépression et 45% vs 71% pour l'anxiété).

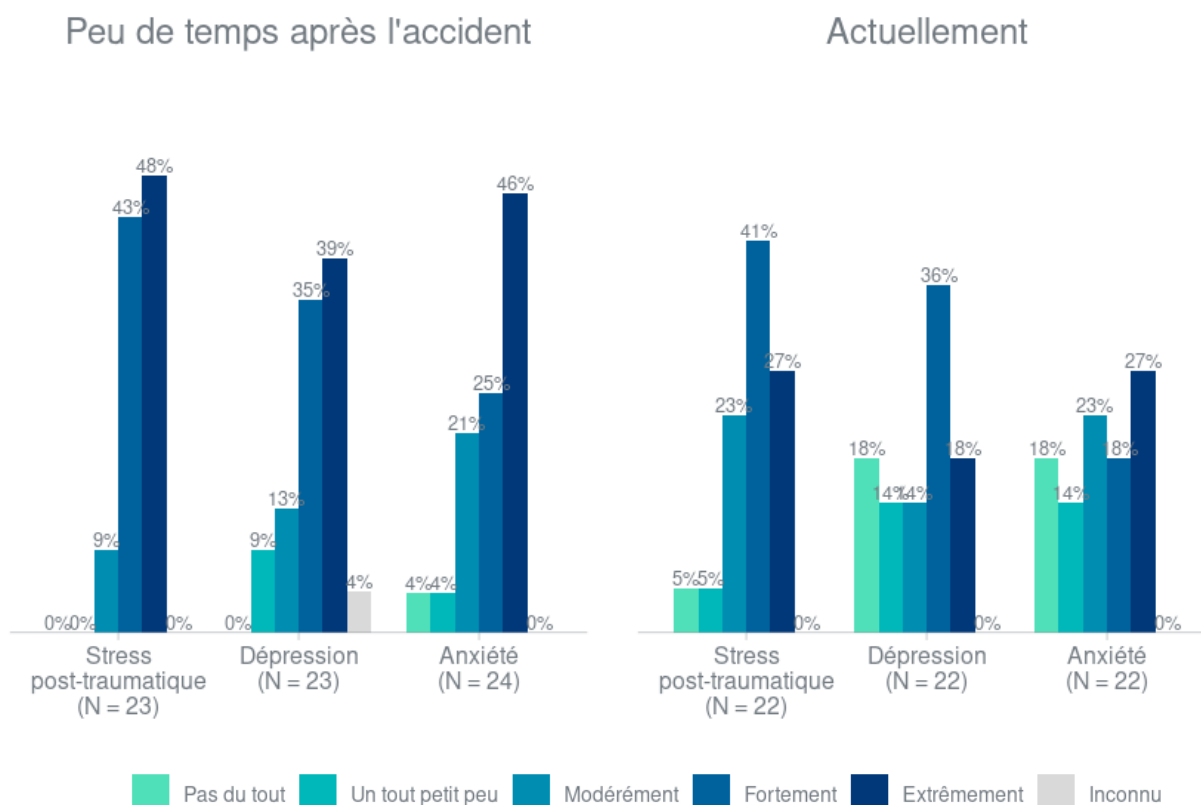


Figure 4. Degré auquel les répondants du groupe 1 ("répondant impliqué") présentant des symptômes de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété ont pensé à l'accident de la route en répondant aux questions relatives au stress post-traumatique, à la dépression et à l'anxiété.

Note : "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines suivant l'accident pour la dépression et l'anxiété. "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

Le Tableau 15 présente la proportion de répondants qui ont rapporté les différents symptômes psychologiques peu de temps après l'accident et à l'heure actuelle, et qui ont également déclaré qu'ils avaient pensé, au moins en partie, à l'accident en répondant aux questions. Ceci nous permet de considérer que ces symptômes sont au moins en partie liés à l'accident. Pour la dépression et l'anxiété, les taux de prévalence sont également présentés en fonction du niveau de sévérité.

Les prévalences du stress post-traumatique peu après l'accident (57,5%) et actuellement (46,7%) sont relativement équivalentes à celles présentées dans le Tableau 14 (respectivement 57,5% et 48,9%) dans la mesure où tous les répondants ont indiqué qu'ils avaient pensé, au moins en partie, à l'accident lorsqu'ils ont répondu aux questions relatives à ce syndrome peu après l'accident et un seul répondant a indiqué ne pas y avoir du tout pensé en répondant aux questions à propos de ce syndrome aujourd'hui. Pour les symptômes de dépression et d'anxiété peu après l'accident, les prévalences indiquées dans le Tableau 15 (respectivement 55,0 % et 57,5 %) sont très proches de celles dans le tableau 14 (respectivement 57,5 % et 60,0 %), car la majorité des répondants pensaient au moins un peu à l'accident lorsqu'ils ont répondu aux questions. Seules les prévalences actuelles des symptômes de dépression et d'anxiété sont nettement inférieures dans le Tableau 15 (42,9% pour la dépression et l'anxiété) par rapport à celles indiquées dans le Tableau 14 (52,4% pour la dépression et l'anxiété). Ceci suggère que ces symptômes actuels sont liés à d'autres événements traumatisants chez plusieurs répondants.

La proportion de répondants impliqués dans un accident et souffrant de dépression sévère à la suite de celui-ci est plus élevée peu de temps après l'accident (25,0%) qu'actuellement (16,7%) (Tableau 15). Cette tendance s'observe également pour les répondants présentant les symptômes d'une dépression modérément

sévère à la suite de l'accident (17,4% peu de temps après l'accident vs 2,4% actuellement). Le corollaire de cette tendance est que la proportion de répondants montrant les symptômes d'une dépression légère ou modérée est plus élevée actuellement (23,8%) que peu de temps après l'accident (12,5%).

En ce qui concerne l'anxiété liée à l'accident, la proportion de répondants présentant des symptômes d'anxiété sévère est également plus élevée peu après l'accident (37,5%) qu'actuellement (23,8%). Par contre, les répondants montrant des symptômes d'anxiété légère ou modérée étaient proportionnellement aussi nombreux peu après l'accident (20,0%) qu'à actuellement (19,3%).

Enfin, les répondants ont rapporté d'autres symptômes liés à l'accident tels que la peur de conduire, la peur de prendre part à la circulation, le sentiment d'impuissance, de colère ou de rancœur, de culpabilité ou tout autre sentiment. Les analyses montrent que la distribution de ces différents sentiments est relativement équivalente peu après l'accident ou qu'à l'heure actuelle.

Lorsque les répondants ont indiqué qu'ils avaient éprouvé d'autres sentiments que ceux proposés dans la liste, ils ont précisé dans les commentaires qu'il s'agissait :

- d'un stress important généré par la peur qu'il arrive quelque chose à leur(s) enfant(s) (n=1),
- d'un sentiment de frustration lorsqu'ils étaient témoins de comportements à risque chez d'autres conducteurs (n=1),
- d'un sentiment d'injustice par rapport à l'indemnisation reçue (n=1),
- d'un stress important lors des déplacements (à vélo hors-agglomération particulièrement en cas de dépassement, pour traverser, pour vérifier que les véhicules derrière s'arrêtent) (n=3),
- de craintes diverses vis-à-vis de soi-même (risque de somnolence, de commettre une erreur) (n=2),
- d'un sentiment d'être deuil, tristesse (n=3),
- d'un désir d'être à nouveau en bonne santé (n=2).

Tableau 15. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété ainsi que d'autres conséquences liées à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué") peu de temps après l'accident et actuellement.

	Groupe 1 : répondant impliqué			
	Peu de temps après l'accident <sup>(1)</sup>		Actuellement <sup>(2)</sup>	
	N	n (%)	N	n (%)
<b>Stress post-traumatique (TSA/SSPT)</b>	<b>40</b>	<b>23 (57,5%)</b>	<b>45</b>	<b>21 (46,7%)</b>
<b>Dépression</b>	<b>40</b>	<b>22 (55,0%)</b>	<b>42</b>	<b>18 (42,9%)</b>
Symptômes légers		3 (7,5%)		5 (11,9%)
Symptômes modérés		2 (5,0%)		5 (11,9%)
Symptômes modérément sévères		7 (17,5%)		1 (2,4%)
Symptômes sévères		10 (25,0%)		7 (16,7%)
<b>Anxiété</b>	<b>40</b>	<b>23 (57,5%)</b>	<b>42</b>	<b>18 (42,9%)</b>
Symptômes légers		3 (7,5%)		1 (2,4%)
Symptômes modérés		5 (12,5%)		7 (16,7%)
Symptômes sévères		15 (37,5%)		10 (23,8%)
<b>Autres conséquences</b>	<b>41</b>	<b>-</b>	<b>40</b>	<b>-</b>
Peur de conduire		23 (56,1%)		22 (55,0%)
Peur de prendre part à la circulation		25 (61,0%)		23 (57,5%)
Sentiment d'impuissance		23 (56,1%)		21 (52,5%)
Colère/rancœur		23 (56,1%)		22 (55,0%)
Sentiment de culpabilité		14 (34,1%)		11 (27,5%)
Autres		8 (19,5%)		9 (22,5%)

Note :

(1) "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines suivant l'accident pour la dépression et l'anxiété.

(2) "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et les autres conséquences, et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

Enfin, des analyses plus détaillées ont été réalisées afin d'identifier un éventuel effet du temps sur les prévalences des symptômes autres rapportés par les répondants (peur de conduire, de prendre part à la circulation, sentiment d'impuissance, de colère ou de rancœur, de culpabilité) (Figure 5). Il en ressort que, parmi les personnes qui ont répondu aux questions relatives aux autres symptômes ressentis à deux moments différents (à savoir peu après l'accident et actuellement), la proportion de répondants qui déclarent ressentir ces symptômes de façon aiguë (fortement, voir extrêmement) diminue avec le temps. Comme le montre la Figure 5, la proportion de répondants qui rapportent avoir fortement ou extrêmement eu peur de conduire est plus élevée peu après l'accident (30%) que récemment (20%). Cette tendance s'observe également pour la crainte de prendre part au trafic (36% vs 12%), le sentiment d'impuissance (51% vs 37%), le sentiment de colère ou de rancœur (34% vs 22%) et celui de culpabilité (27% vs 12%).

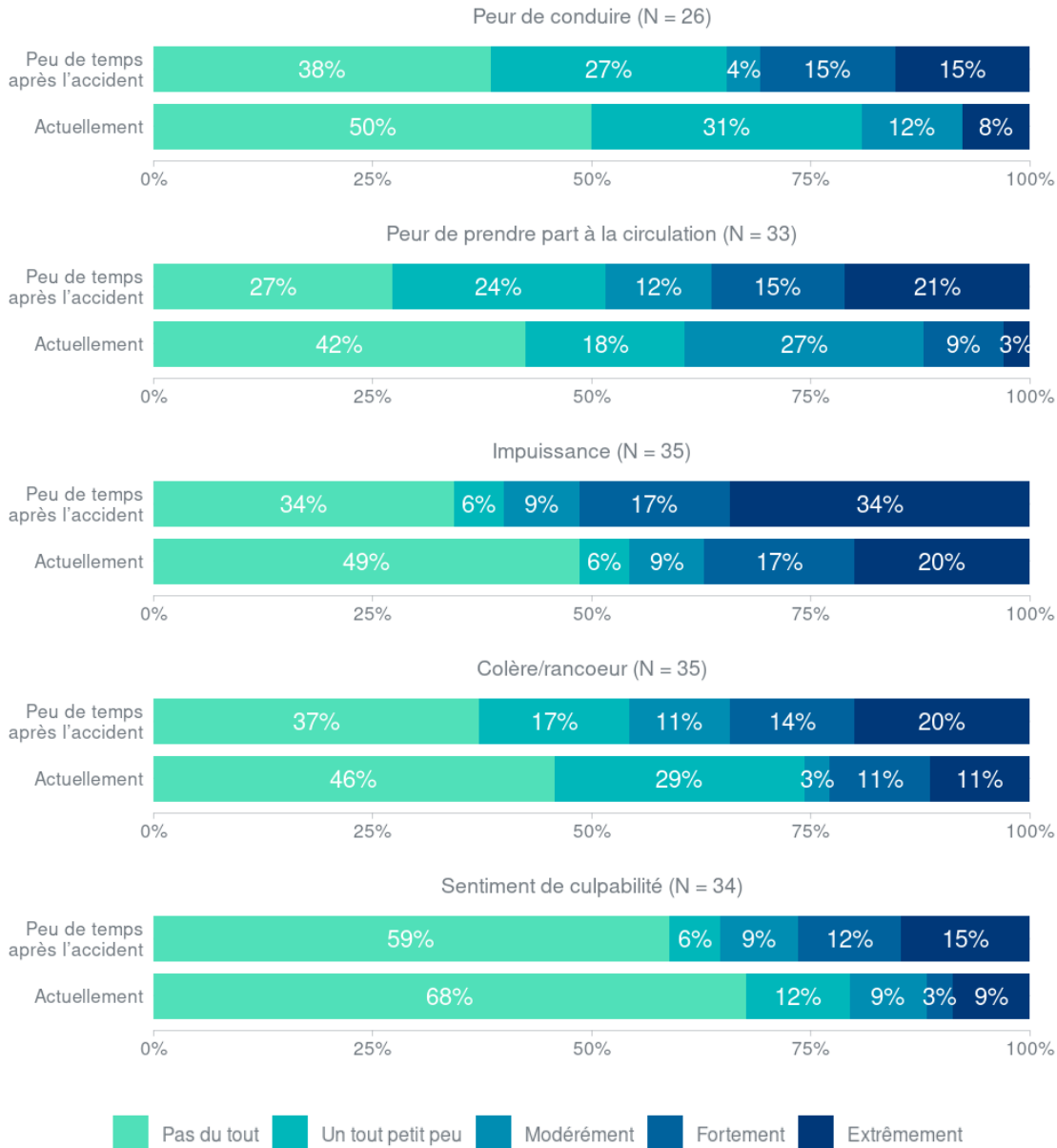


Figure 5. Degré de gravité des autres conséquences psychologiques éprouvées par les répondants du groupe 1 ("répondant impliqué") peu de temps après l'accident de la route et actuellement.

Note : "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident. "Actuellement" fait référence au mois écoulé.

Lorsqu'on prend en compte le temps écoulé depuis l'accident, la prévalence du syndrome de stress post-traumatique est de 50,0% parmi les répondants dont l'accident est survenu il y a moins de trois ans (Tableau 16). Elle diminue (43,8%) parmi ceux dont l'accident a eu lieu il y a trois à moins de dix ans et elle augmente à nouveau (47,4%) lorsque l'accident s'est produit il y a 10 à 20 ans. Les prévalences de la dépression et de l'anxiété diminuent de façon linéaire au plus l'accident est survenu il y a longtemps. Elles sont plus élevées parmi les répondants victimes d'un accident il y a moins de trois ans (respectivement 44,4% et 55,6%) par rapport à ceux dont l'accident s'est déroulé dans un délai de trois à moins de dix ans (43,8% et 50,0%) et plus encore par rapport à ceux dont l'accident est survenu il y a 10 à 20 ans (41,2% et 29,4%). Cette tendance s'observe également pour la peur de prendre part à la circulation (66,7%, 57,1% et 52,9%) et le sentiment d'impuissance (55,6%, 35,7% et 64,7%). Enfin, les prévalences de la peur de conduire, du sentiment de colère ou de rancœur, du sentiment de culpabilité ou de tout autre sentiment sont respectivement de 55,6%, 44,4%, 22,2% et 22,2% parmi les répondants victimes d'un accident il y a moins de trois ans. Elles augmentent ensuite parmi ceux dont l'accident est survenu il y a trois à moins de dix ans (57,1%, 64,3%, 42,9% et 28,6%) et elles diminuent parmi les répondants victimes d'un accident il y a entre 10 et 20 ans (52,9%, 52,9%, 17,6% et 17,6%). Notons cependant que pour certains symptômes, les diminutions observées avec le temps sont relativement faibles et que de nombreuses personnes en souffrent encore longtemps après l'accident.

Tableau 16. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué") actuellement, en fonction du temps écoulé depuis l'accident de la route.

	Groupe 1 : répondant impliqué					
	Il y a moins de 3 ans		Il y a 3 à moins de 10 ans		Il y a 10 à 20 ans	
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)
<b>Stress post-traumatique (TSA/SSPT)</b>	10	5 (50,0%)	16	7 (43,8%)	19	9 (47,4%)
<b>Dépression</b>	9	4 (44,4%)	16	7 (43,8%)	17	7 (41,2%)
<b>Anxiété</b>	9	5 (55,6%)	16	8 (50,0%)	17	5 (29,4%)
<b>Autres conséquences</b>	9	-	14	-	17	-
Peur de conduire		5 (55,6%)		8 (57,1%)		9 (52,9%)
Peur de prendre part à la circulation		6 (66,7%)		8 (57,1%)		9 (52,9%)
Impuissance		5 (55,6%)		5 (35,7%)		11 (64,7%)
Colère/rancœur		4 (44,4%)		9 (64,3%)		9 (52,9%)
Sentiment de culpabilité		2 (22,2%)		6 (42,9%)		3 (17,6%)
Autres		2 (22,2%)		4 (28,6%)		3 (17,6%)

Note : "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et les autres conséquences, et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

### 4.3.2 Comorbidité

La Figure 6 montre la prévalence des comorbidités entre le stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété chez les répondants qui présentent les symptômes d'au moins l'un des trois troubles psychologiques. La figure indique que les comorbidités sont fréquemment observées que ce soit peu de temps après l'accident ou actuellement. En effet, deux tiers des répondants présentaient conjointement des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété peu après l'accident (66,7%) mais également actuellement (64,0%). Le corolaire de ce constat est que très rarement les répondants ne présentent qu'un seul de ces symptômes.



Figure 6. Prévalence des conditions comorbides (stress post-traumatique, dépression et anxiété) chez les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident de la route (groupe 1 "répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement.

Note : "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines qui ont suivi pour la dépression et l'anxiété. "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

### 4.3.3 Durée des conséquences

Interrogés sur la durée de leurs symptômes, les répondants avaient le choix entre plusieurs options de réponse allant de "moins d'1 semaine" à "j'en souffre encore maintenant". Or cette dernière option de réponse ne fournit en elle-même aucune information sur la durée des symptômes. Nous avons donc croisé ces données avec le délai entre la survenue de l'accident et la réalisation de l'enquête parmi les répondants qui rapportaient un de ces symptômes peu de temps après l'accident et actuellement afin d'estimer la durée de ces symptômes.

Il ressort de ces analyses qu'un répondant sur deux (50%) déclare avoir souffert d'un syndrome de stress post-traumatique pendant ou depuis plus de trois ans (Figure 7). Ces effets à long terme concernent 44% des répondants pour la dépression et 38% des répondants pour l'anxiété liée à l'accident.

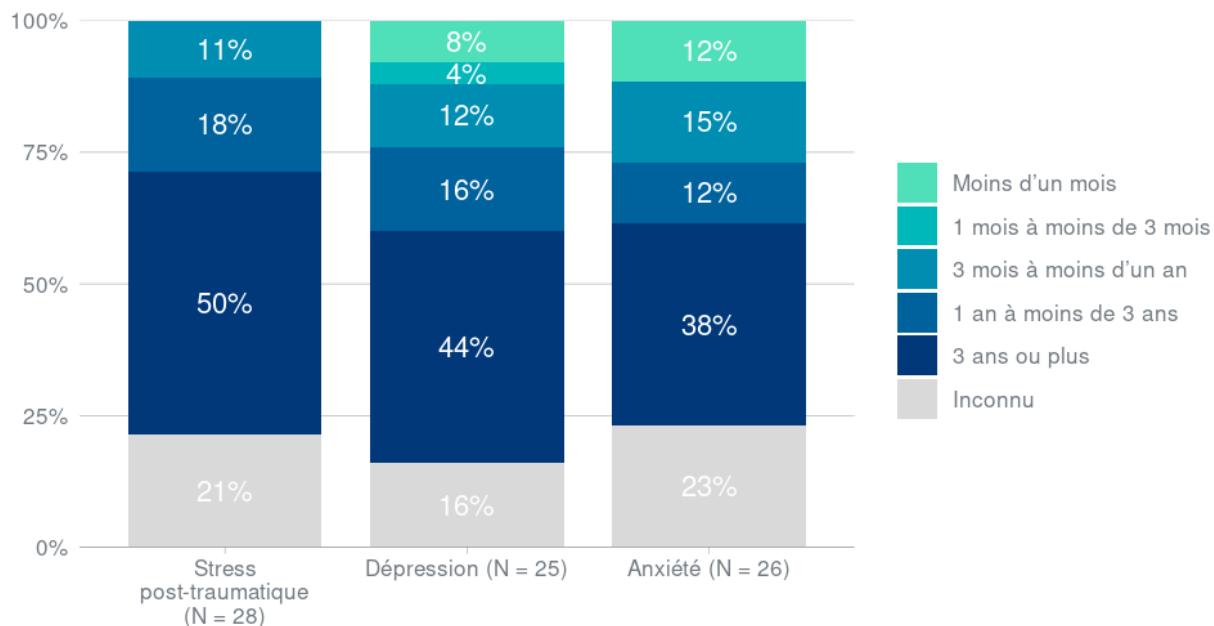


Figure 7. Durée des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété rapportés (groupe 1 "répondant impliqué").

Pour ce qui est des autres symptômes psychologiques, nous avons suivi la même logique pour traiter les répondants qui rapportaient d'autres symptômes "jusqu'à maintenant". Il en ressort que six répondants sur dix qui rapportent un sentiment d'impuissance déclarent en avoir souffert pendant ou depuis trois ans ou plus (62%) (Figure 8). Parmi ceux qui ont été confrontés à la peur de conduire ou de prendre part au trafic, environ un répondant sur six ont ressenti ces craintes pendant ou depuis trois ans ou plus (respectivement 28% et 32%). Enfin, pour les sentiments de colère ou de rancœur et pour le sentiment de culpabilité, environ quatre répondants sur dix présentant ces symptômes les ont éprouvés pendant trois ans ou plus (respectivement 41% et 36%).

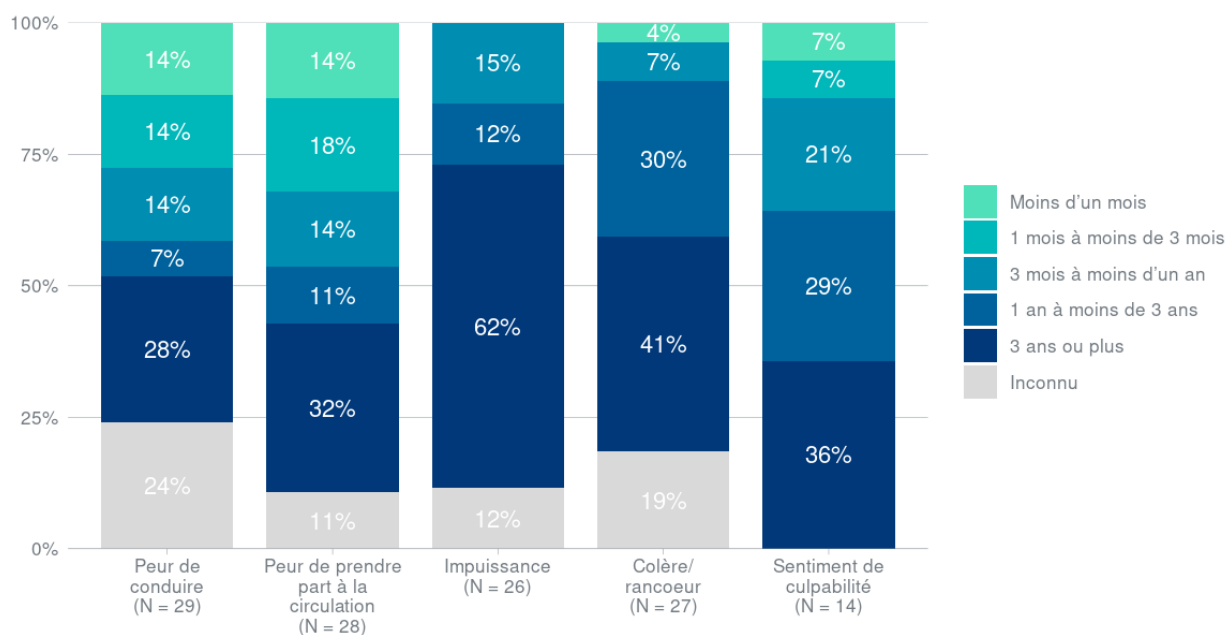


Figure 8. Durée des autres conséquences psychologiques rapportées (groupe 1 "répondant impliqué").

### 4.3.4 Facteurs (de risque) personnels et externes

Un certain nombre de facteurs de risque de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété identifiés dans la revue de la littérature (voir 2.1.3) sont examinés plus en détail dans ce chapitre à l'aide d'analyses univariées, notamment les facteurs liés au sexe, au degré d'effroi ressenti par le répondant au moment de l'accident, à la gravité des blessures, au mode de déplacement et au degré de responsabilité dans la survenue de l'accident. En raison de la taille relativement limitée de l'échantillon, les analyses pour chaque facteur de risque sont basées sur un petit nombre de répondants. Les graphiques présentent les prévalences dans les différentes catégories, accompagnées des intervalles de confiance. Ces derniers sont relativement larges du fait du petit nombre de répondants et ils indiquent un manque de précision de l'estimation. Par ailleurs, en règle générale lorsque l'intervalle de confiance autour d'une mesure dans un groupe (par exemple, la proportion de répondants présentant les symptômes de stress post-traumatique chez les femmes) chevauche ostensiblement l'intervalle de confiance autour de la même mesure dans un autre groupe (par exemple, la proportion de répondants présentant les symptômes de stress post-traumatique chez les hommes), cela indique que la différence observée (même si elle est importante) est vraisemblablement un effet du hasard de l'échantillon et non un effet réel. A contrario, si les intervalles de confiance dans les deux groupes sont disjoints, cela signifie que les différences observées sont statistiquement significatives.

Les analyses en fonction du sexe montrent que peu de temps après l'accident, la proportion de répondants souffrant du syndrome de stress post-traumatique lié à l'accident est plus élevée parmi les femmes (69%) par rapport aux hommes (36%). Cette tendance en défaveur des femmes s'observe également pour la dépression (81% parmi les femmes et 7% parmi les hommes) ainsi que pour l'anxiété (respectivement 81% et 14%) (Figure 9). Il ressort également de cette étude que ces différences de genre s'observent aussi parmi les répondants qui souffrent actuellement d'un syndrome de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété. Les prévalences sont systématiquement plus élevées parmi les femmes (62%, 63% et 59%) par rapport aux hommes (19%, 7% et 13%).

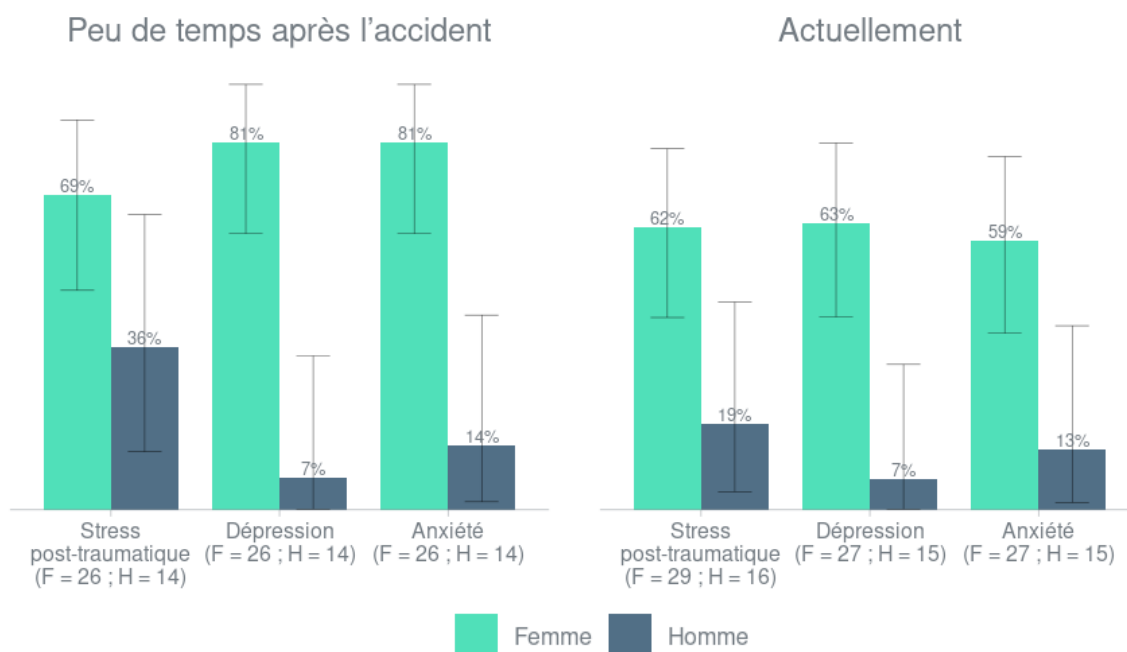


Figure 9. Prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon le sexe.

Note :

- F = femmes ; H = hommes
- "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines qui ont suivi pour la dépression et l'anxiété.
- "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

Les répondants impliqués dans un accident ont également témoigné de la mesure dans laquelle l'accident s'était révélé une expérience effrayante pour eux-mêmes. Lorsqu'on tient compte du degré d'effroi au moment de l'accident, les analyses indiquent que la proportion de répondants souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique, d'une dépression ou d'anxiété lié à l'accident sont plus élevées parmi les répondants qui ont été assez, voire beaucoup, effrayés par rapport à ceux qui l'ont été peu ou pas du tout (Figure 10). Cette tendance s'observe aussi bien parmi les répondants qui présentaient un syndrome de stress post-traumatique (71% parmi ceux qui rapportent avoir été assez ou beaucoup effrayés vs 11% parmi ceux qui l'ont été peu ou pas du tout), une dépression (respectivement 69% vs 0%) ou de l'anxiété (72% vs 0%) peu de temps après l'accident que parmi ceux qui en souffrent actuellement (57% vs 10% pour le syndrome de stress post-traumatique, 50% vs 20% pour la dépression et 50% vs 20% pour l'anxiété).

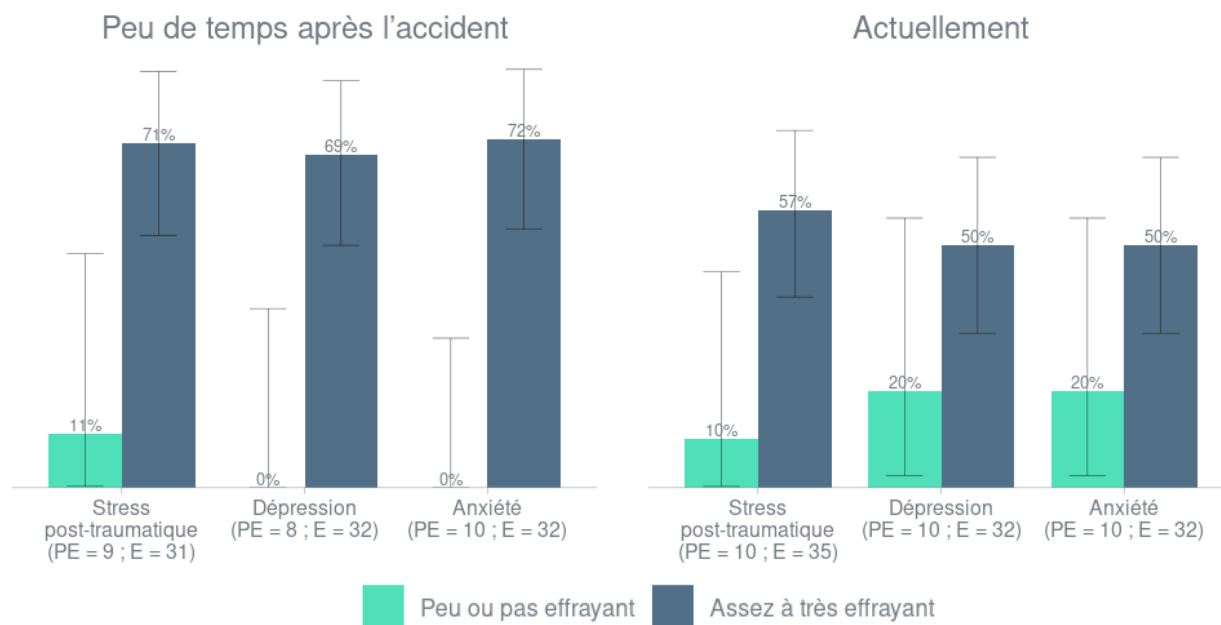


Figure 10. Prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon le degré de perception de l'accident comme effrayant.

Note :

- PE = pas ou peu effrayant ; E = assez à très effrayant
- "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines qui ont suivi pour la dépression et l'anxiété.
- "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

Selon l'indicateur considéré, les conséquences de l'accident sur la santé mentale des répondants peuvent varier en fonction de la gravité estimée des blessures. La prévalence d'un syndrome de stress post-traumatique peu de temps après l'accident est, en effet, plus élevée parmi les répondants gravement blessés (64%) par rapport à ceux légèrement blessés (36%) (Figure 11). Cette tendance s'observe également parmi les répondants présentant actuellement un syndrome de stress post-traumatique (52% vs 27%). Par contre, les prévalences d'une dépression ou d'anxiété peu de temps après l'accident ne varient pas ou dans une moindre mesure (55% de répondants présentant une dépression parmi ceux gravement blessés vs 54% parmi les répondants légèrement blessés et 64% de répondants anxieux parmi les blessés légers vs 54% parmi les blessés graves). Ces variations mineures sont également observées parmi les répondants présentant une dépression ou de l'anxiété actuellement.

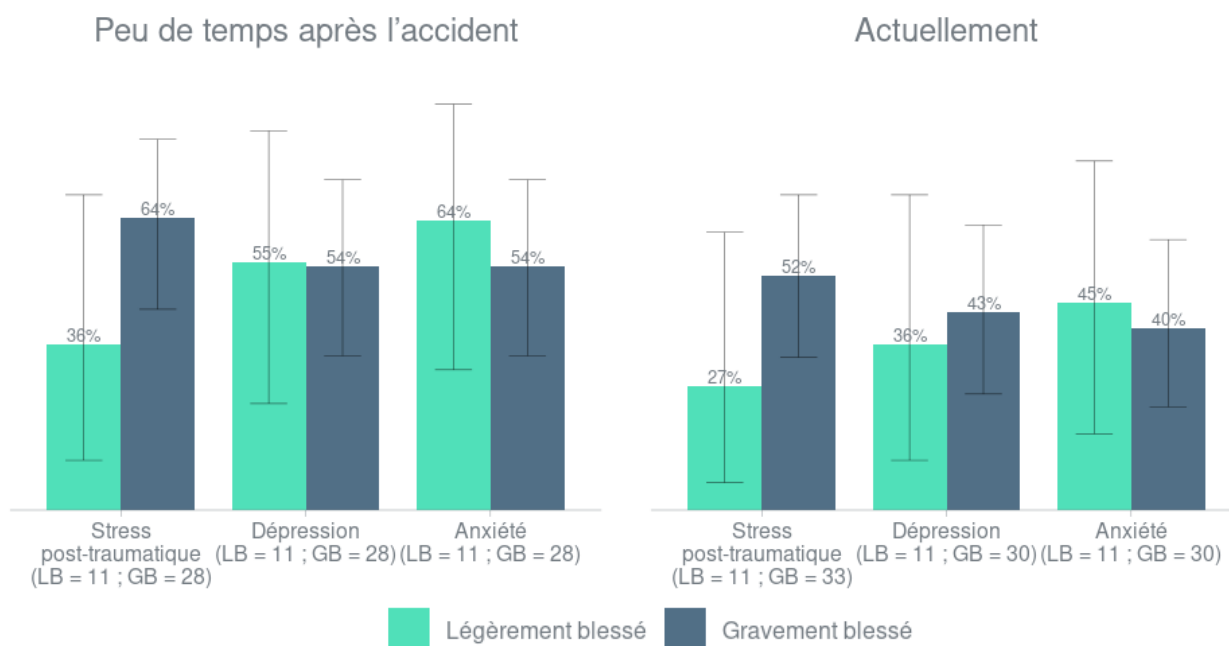


Figure 11. Prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon la gravité estimée des blessures.

Note :

- LB = légèrement blessé ; GB = gravement blessé
- "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines qui ont suivi pour la dépression et l'anxiété.
- "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

Les prévalences du syndrome de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété varient également en fonction du mode de déplacement du répondant au moment de l'accident. Globalement, les conséquences de l'accident sur la santé mentale du répondant sont plus importantes parmi les répondants qui se déplaçaient en voiture par rapport à ceux qui circulaient à vélo ou à pied (Figure 12). En effet, la proportion de répondants présentant un syndrome de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété peu de temps après l'accident est systématiquement plus élevée parmi les répondants en voiture (64% pour chacun des trois indicateurs de santé mentale) par rapport aux répondants à pied ou à vélo (respectivement 54%, 46% et 54%). Cette tendance s'observe également parmi les répondants qui présentent ces symptômes actuellement. Les prévalences des trois indicateurs de santé mentale sont plus élevées parmi les répondants circulant en voiture (stress post-traumatique = 60%, dépression = 50% et anxiété = 52%) au moment de l'accident par rapport aux répondants se déplaçant à pied ou à vélo (respectivement 33%, 40% et 36%).

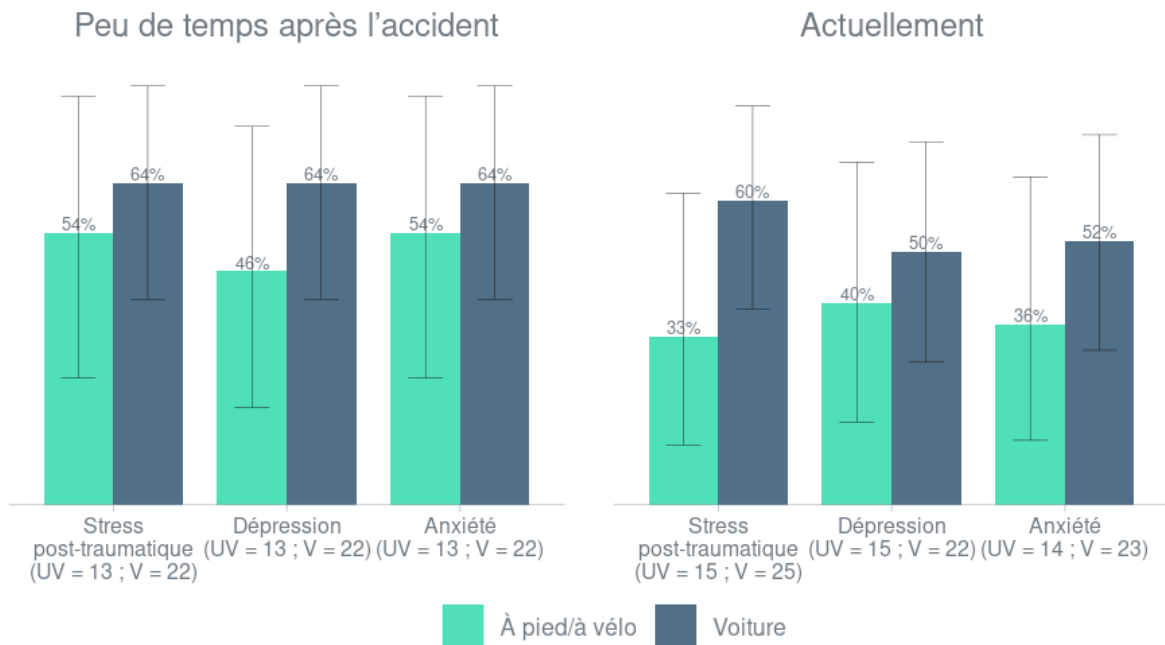


Figure 12. Prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon le mode de déplacement.

Note :

- UV = usagers vulnérables (piétons/vélos) ; V = voiture
- "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines qui ont suivi pour la dépression et l'anxiété.
- "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

Il ressort également de l'étude que les proportions de répondants impliqués dans un accident qui avaient peur de conduire ou de prendre part au trafic peu après l'accident sont plus élevées parmi les répondants qui se trouvaient dans une voiture au moment de l'accident (68% pour la peur de conduire et 77% pour la peur de prendre part à la circulation) par rapport à ceux qui se déplaçaient à pied ou à vélo (respectivement 43% et 36%) (Figure 13). Cette tendance s'observe également parmi les répondants lorsqu'ils témoignent de leur peur de conduire actuellement (73% vs 31%) ou de leur crainte pour prendre part au trafic (73% vs 38%).

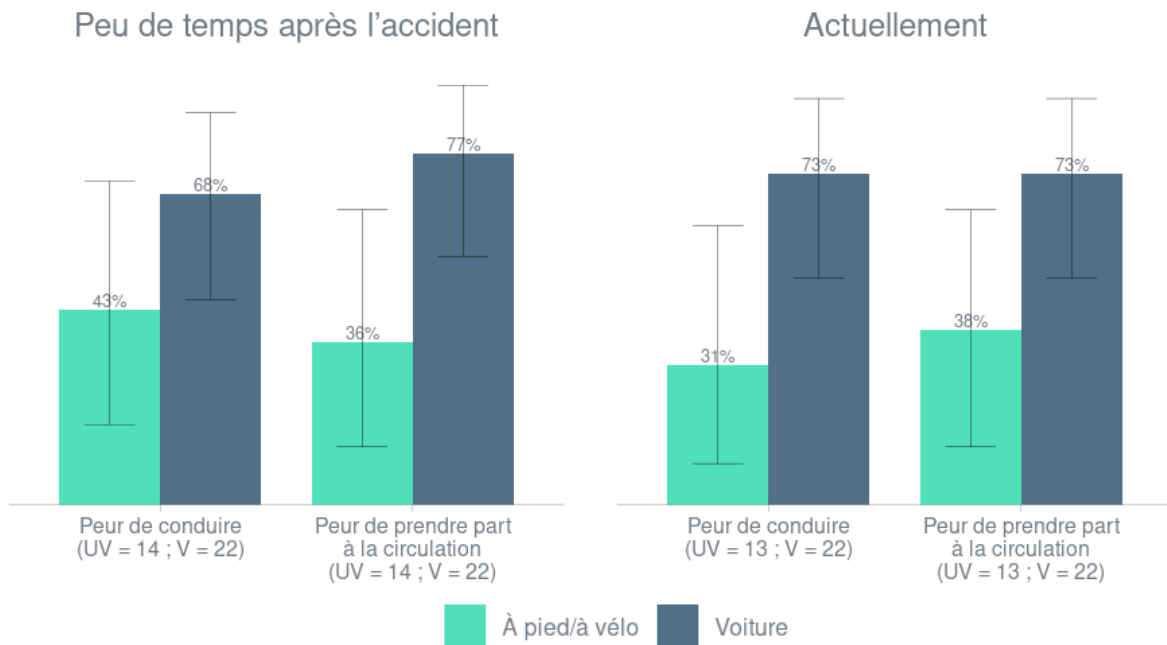


Figure 13. Prévalence (%) de la peur de conduire et de prendre part à la circulation à la suite de l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon le mode de déplacement.

Note :

- UV = usagers vulnérables (piétons/vélos) ; V = voiture
- "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident.
- "Actuellement" fait référence au mois écoulé.

Enfin, cette étude révèle que les conséquences de l'accident sur la santé mentale des répondants varient également selon que les répondants perçoivent qu'ils sont responsables de l'accident (Figure 14). La proportion de répondants présentant un syndrome de stress post-traumatique lié à l'accident et peu après ce dernier est plus élevée parmi ceux qui s'estiment au moins en partie responsables (62%) par rapport à ceux qui jugent qu'ils ne sont pas du tout responsables de l'accident (56%). Cette tendance s'inverse pour les répondants souffrant de dépression ou d'anxiété liées à celui-ci. En effet, les prévalences de ces deux indicateurs de santé mentale peu après l'accident sont plus élevées parmi les répondants qui s'estiment non responsables de l'accident (respectivement 59% et 63%) par rapport à ceux qui déclarent être au moins partiellement responsables de l'accident (46% pour chacun des deux indicateurs). Pour ce qui est des prévalences de ces trois indicateurs de santé mentale à l'heure actuelle, elles sont systématiquement plus élevées parmi les répondants qui s'estiment au moins partiellement responsables (stress post-traumatique = 50%, dépression = 54% et anxiété = 50%) par rapport à ceux qui pensent n'être en rien responsables de l'accident (respectivement 45%, 38% et 39%).

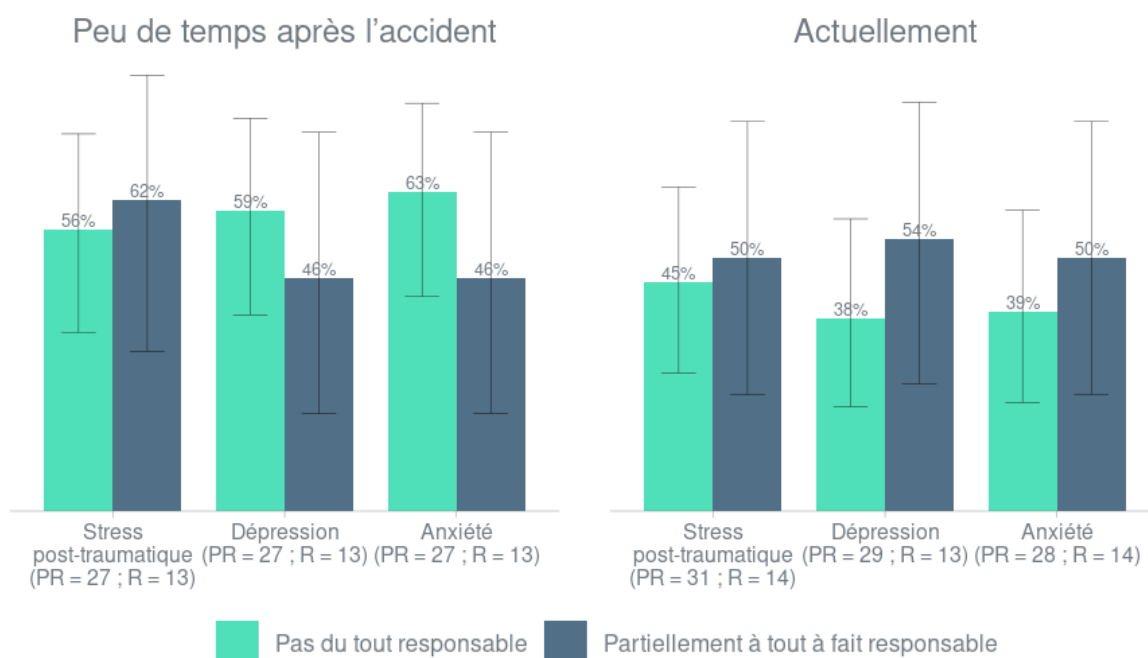


Figure 14. Prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement, selon la responsabilité propre de l'accident telle qu'évaluée par le répondant lui-même.

Note :

- PR = pas du tout responsable ; R = partiellement à tout à fait responsable
- "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines qui ont suivi pour la dépression et l'anxiété.
- "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

### 4.3.5 Utilisation de médicaments

Le nombre de répondants impliqués dans un accident qui déclarent prendre des calmants, des somnifères ou des antidépresseurs et la mesure dans laquelle cette consommation est liée à l'accident de la route sont présentés dans le Tableau 17.

La majorité des répondants victimes d'un accident rapportent qu'ils n'ont pas pris de calmants ou somnifères (57,8%) ni d'antidépresseurs (75,0%) avant l'accident ou après l'accident. Près de quatre répondants sur dix (37,8%) déclarent qu'ils ont pris des somnifères à la suite de l'accident et un répondant sur cinq (22,7%) des antidépresseurs. Une minorité de répondants (2,2%) consommaient déjà des calmants ou somnifères avant l'accident mais aucun ne prenait d'antidépresseurs (0,0%).

Parmi les répondants qui ont déclaré avoir consommé des calmants ou somnifères après l'accident, la quasi-totalité d'entre eux affirment que cette consommation était liée à l'accident totalement (88,2%) ou au moins partiellement (22,7%). En ce qui concerne la consommation d'antidépresseurs, celle-ci était liée à l'accident pour la majorité des répondants (70%) et deux répondants sur dix ont déclaré qu'elle ne l'était pas (20%).

Tableau 17. Utilisation de médicaments par les répondants du groupe 1 ("répondant impliqué").

Groupe 1 : répondant impliqué	
<b>Utilisation de médicaments</b>	
Sédatifs/somnifères	N = 45
Oui, avant l'accident	1 (2,2%)
Oui, après l'accident	17 (37,8%)
Non, ni avant ni après l'accident	26 (57,8%)
Inconnu	1 (2,2%)
Antidépresseurs	N = 44
Oui, avant l'accident	0 (0,0%)
Oui, après l'accident	10 (22,7%)
Non, ni avant ni après l'accident	33 (75,0%)
Inconnu	1 (2,3%)
<b>Utilisation de médicaments liée à l'accident</b>	
Sédatifs/somnifères	N = 17
Non	0 (0,0%)
Oui	15 (88,2%)
Partiellement lié à l'accident	2 (11,8%)
Antidépresseurs	N = 10
Non	2 (20,0%)
Oui	7 (70,0%)
Partiellement lié à l'accident	0 (0,0%)
Inconnu	1 (10,0%)

## 4.4 Conséquences psychologiques pour l'entourage proche

Les résultats concernant les conséquences psychologiques de l'accident pour les répondants dont un proche a été impliqué dans un accident sont présentés dans ce chapitre. Nous présentons tout d'abord les prévalences du syndrome de stress post-traumatique, de la dépression, de l'anxiété et de quelques autres conséquences psychologiques, puis la prévalence des comorbidités et la durée des symptômes. Pour finir, les prévalences de consommation de médicaments sont également présentées.

### 4.4.1 Prévalence

Comme pour les données recueillies auprès des répondants impliqués eux-mêmes dans un accident de la route, les proportions de répondants qui remplissaient les critères diagnostiques du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété ont été estimées parmi les répondants témoignant d'un accident de la route impliquant un proche et les prévalences sont présentées dans le Tableau 18.

Parmi les répondants qui témoignent d'un accident impliquant un proche, près de neuf répondants sur dix (88,9%) présentaient un syndrome de stress post-traumatique peu de temps après l'accident et sept répondants sur dix (71,8%) en souffrent actuellement (Tableau 18). Il ressort également de l'étude que neuf répondants sur dix présentaient peu de temps après l'accident les symptômes de dépression (93,8%) ou d'anxiété (90,9%). Par ailleurs, six répondants sur dix souffrent actuellement de dépression (62,2%) et sept répondants sur dix d'anxiété (70,3%).

Tableau 18. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété dans le groupe 2 ("proche impliqué"), peu de temps après l'accident et actuellement.

	Groupe 2 : proche impliqué			
	Peu de temps après l'accident <sup>(1)</sup>		Actuellement <sup>(2)</sup>	
	N	n (%)	N	n (%)
<b>Stress post-traumatique (TSA/SSPT)</b>	36	32 (88,9%)	39	28 (71,8%)
<b>Dépression</b>	32	30 (93,8%)	37	23 (62,2%)
<b>Anxiété</b>	33	30 (90,9%)	37	26 (70,3%)

Note :

<sup>(1)</sup> "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines qui ont suivi pour la dépression et l'anxiété.

<sup>(2)</sup> "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

A nouveau, les prévalences présentées dans le Tableau 18 sont des prévalences globales des différents symptômes peu après l'accident et actuellement, sans pour autant déterminer s'ils sont en lien avec l'accident ou non. Comme pour les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident, ceux qui témoignait d'un accident impliquant un proche et présentant des symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété ont donc été invités à évaluer dans quelle mesure ils avaient répondu aux questions portant sur ces indicateurs de santé mentale en pensant à l'accident.

Aucun répondant présentant les symptômes de ces trois indicateurs de santé mentale peu après l'accident n'ont pas pensé à celui-ci en répondant aux questions (Figure 15). Une minorité de répondants déclarent ne pas avoir pensé à l'accident en répondant aux questions relatives au stress post-traumatique et à la dépression à l'heure actuelle (4% pour le stress post-traumatique et 4% pour la dépression). Aucun répondant qui rapporte de l'anxiété actuellement n'a répondu aux questions en ne pensant pas à l'accident).

Par ailleurs, environ huit répondants sur dix (84%) présentant un syndrome de stress post-traumatique peu de temps après l'accident ont fortement ou extrêmement pensé à l'accident en répondant aux questions s'y rapportant. Une proportion similaire de répondants souffrant de dépression peu après l'accident (77%) ont tout autant pensé à l'accident en répondant aux questions relatives aux symptômes de la dépression. Deux tiers des répondants souffrant d'anxiété peu après l'accident (66%) en ont fait de même pour les questions à propos de cet indicateur de santé mentale.

En ce qui concerne les répondants qui présentent ces symptômes actuellement, les proportions de répondants qui pensaient fortement ou extrêmement à l'accident en répondant aux questions sont moins élevées par rapport à celles qui présentaient ces symptômes peu de temps après l'accident, que ce soit pour le syndrome de stress post-traumatique (75% vs 84%), la dépression (48% vs 77%) ou l'anxiété (54% vs 66%).

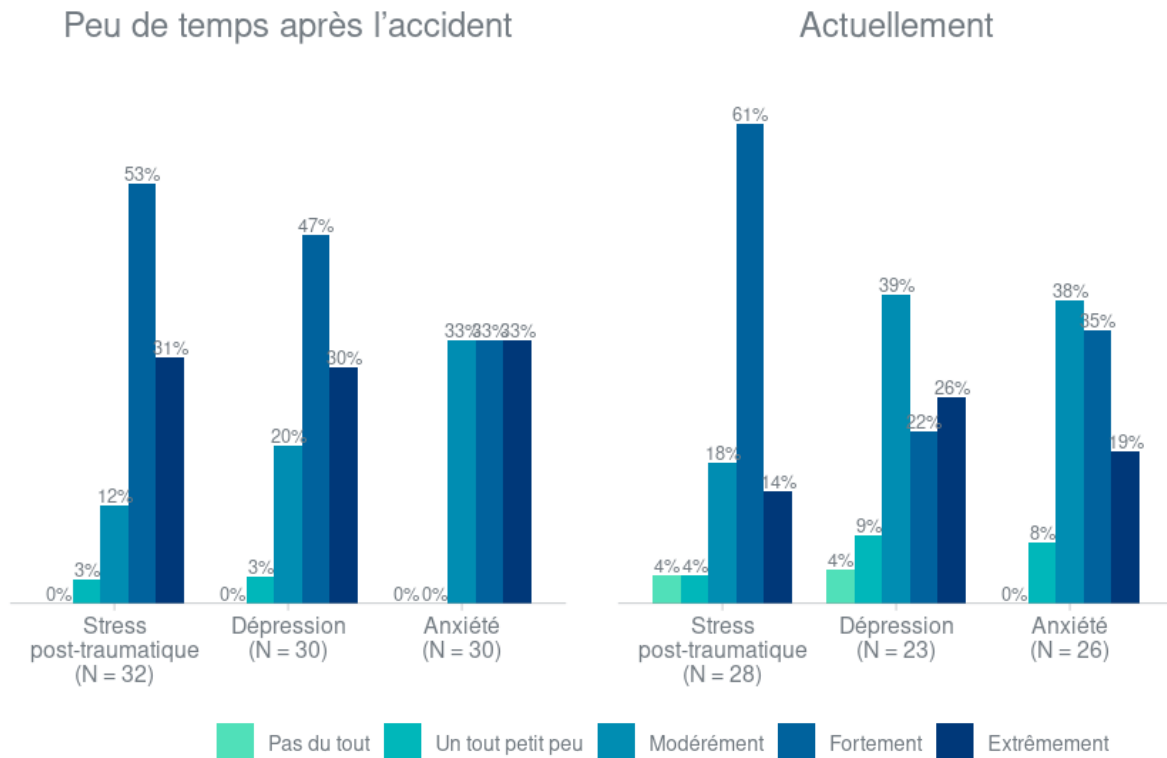


Figure 15. Degré auquel les répondants du groupe 2 ("proche impliqué") présentant des symptômes de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété pensaient à l'accident de la route au moment de répondre aux questions sur le stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété.

Note : "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines qui ont suivi pour la dépression et l'anxiété. "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

Le Tableau 19 présente la proportion de répondants qui ont rapporté les différents symptômes psychologiques (peu de temps après la survenue de celui-ci et à l'heure actuelle) et qui ont également déclaré qu'ils avaient pensé, au moins en partie, à l'accident en répondant aux questions. Ceci nous permet de considérer que ces symptômes sont au moins en partie liés à l'accident. Pour la dépression et l'anxiété, les taux de prévalence sont également présentés en fonction du niveau de sévérité.

Les prévalences des différents symptômes psychologiques rapportés peu après l'accident dans le Tableau 19 sont équivalentes à celles présentées dans le Tableau 18 (stress post-traumatique = 88,9%, dépression = 93,8% et anxiété = 90,9%). En effet, tous les répondants ont indiqué qu'ils avaient pensé, au moins en partie, à l'accident lorsqu'ils ont répondu aux questions relatives à ces symptômes. Cette tendance s'observe également pour la prévalence du sentiment d'anxiété rapporté à l'heure actuelle (70,3%). Pour ce qui est du stress post-traumatique et de la dépression actuellement, seul un répondant a indiqué qu'il n'avait pas pensé à l'accident en répondant à ces questions. Les prévalences sont donc légèrement inférieures à celles présentées dans Tableau 18 (respectivement 69,2% vs 71,8% et 59,5% vs 62,2%).

La proportion de répondants témoignant d'un accident impliquant un proche et souffrant de dépression sévère à la suite de celui-ci est plus élevée peu de temps après l'accident (34,4%) qu'actuellement (5,4%) (Tableau 19). Cette tendance s'observe également pour les répondants présentant les symptômes d'une dépression modérément sévère à la suite de l'accident (25,0% peu de temps après l'accident vs 13,5% actuellement). Il en résulte que la proportion de répondants montrant des symptômes de dépression légère ou modérée est plus élevée actuellement (40,5%) que peu de temps après l'accident (34,4%).

Au niveau de l'anxiété liée à l'accident, la proportion de répondants présentant des symptômes d'anxiété sévère est également plus élevée peu après l'accident (60,6%) qu'actuellement (13,5%). Inversement, les répondants montrant des symptômes d'anxiété légère ou modérée sont plus élevés actuellement (56,7%) que peu après l'accident (30,3%).

Enfin, les répondants ont rapporté d'autres symptômes liés à l'accident tels que la peur de conduire, la peur de prendre part à la circulation, le sentiment d'impuissance, de colère ou de rancœur, de culpabilité ou tout autre sentiment. Les analyses montrent que la distribution du sentiment d'impuissance et celle du sentiment de colère ou de rancœur sont équivalentes peu après l'accident (85,7% pour chacun des deux indicateurs) ou actuellement (85,3% pour chacun des deux indicateurs). Les prévalences des sentiments de peur de conduire, de peur de prendre part à la circulation, de culpabilité ou d'autres sentiments sont plus élevées lorsque les répondants témoignent de leurs sentiments peu après l'accident par rapport à leurs sentiments actuels (respectivement 71,4% vs 61,8%, 71,4% vs 67,6%, 68,6% vs 61,8% et 8,6% vs 5,9%).

Lorsque les répondants ont évoqué d'autres sentiments que ceux proposés dans la liste, ils ont précisé dans les commentaires que l'accident impliquant un proche avait engendré chez eux un sentiment de tristesse, de regrets liés à un diagnostic incomplet ou incorrect ou à une rééducation insatisfaisante.

Tableau 19. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression, de l'anxiété et d'autres conséquences liées à l'accident de la route dans le groupe 2 ("proche impliqué") peu de temps après l'accident et actuellement.

	Groupe 2 : proche impliqué			
	Peu de temps après l'accident <sup>(1)</sup>		Actuellement <sup>(2)</sup>	
	N	n (%)	N	n (%)
Stress post-traumatique (TSA/SSPT)	<b>36</b>	<b>32 (88,9%)</b>	<b>39</b>	<b>27 (69,2%)</b>
Dépression	<b>32</b>	<b>30 (93,8%)</b>	<b>37</b>	<b>22 (59,5%)</b>
Symptômes légers		6 (18,8%)		9 (24,3%)
Symptômes modérés		5 (15,6%)		6 (16,2%)
Symptômes modérément sévères		8 (25,0%)		5 (13,5%)
Symptômes sévères		11 (34,4%)		2 (5,4%)
Anxiété	<b>33</b>	<b>30 (90,9%)</b>	<b>37</b>	<b>26 (70,3%)</b>
Symptômes légers		3 (9,1%)		11 (29,7%)
Symptômes modérés		7 (21,2%)		10 (27,0%)
Symptômes sévères		20 (60,6%)		5 (13,5%)
Autres conséquences	<b>35</b>	-	<b>34</b>	-
Peur de conduire		25 (71,4%)		21 (61,8%)
Peur de prendre part à la circulation		25 (71,4%)		23 (67,6%)
Sentiment d'impuissance		30 (85,7%)		29 (85,3%)
Colère/rancœur		30 (85,7%)		29 (85,3%)
Sentiment de culpabilité		24 (68,6%)		21 (61,8%)
Autres		3 (8,6%)		2 (5,9%)

Note :

(1) "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines qui ont suivi pour la dépression et l'anxiété.

(2) "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et les autres conséquences, et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

Enfin, comme dans les témoignages des répondants impliqués dans un accident, des analyses plus détaillées ont mis en évidence que, parmi les personnes qui ont répondu aux questions relatives aux autres symptômes ressentis à deux moments différents (à savoir peu après l'accident et actuellement), la proportion de répondants qui déclarent ressentir ces symptômes de façon aiguë (fortement, voir extrêmement) diminue avec le temps (Figure 16). En effet, la proportion de répondants qui rapportent avoir fortement ou extrêmement eu peur de conduire est plus élevée peu après l'accident (38%) que récemment (12%). Cette même tendance

est observée pour la peur de prendre part à la circulation (41% vs 9%), le sentiment d'impuissance (74% vs 42%), le sentiment de colère ou de rancœur (68% vs 35%) et celui de culpabilité (42% vs 12%).

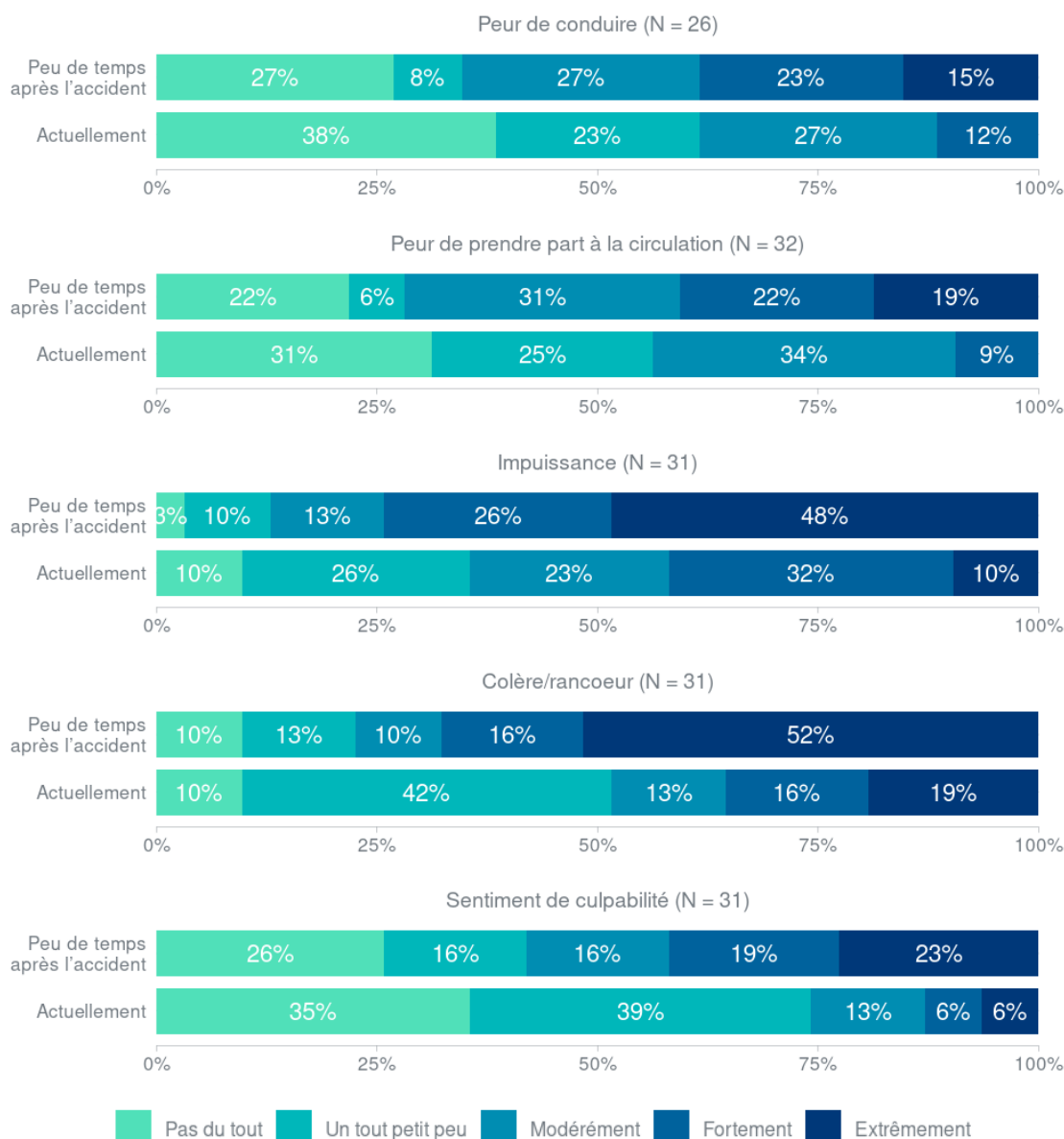


Figure 16. Degré de gravité des autres conséquences rapportées par les répondants du groupe 2 ("proche impliqué") peu de temps après l'accident de la route et actuellement.

Note : "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident. "Actuellement" fait référence au mois écoulé.

Lorsqu'on prend en compte le temps écoulé depuis l'accident, la prévalence d'un syndrome de stress post-traumatique lié à l'accident est moins élevée lorsque les répondants témoignent d'un accident survenu il y a moins de trois ans (57,1%) par rapport à ceux dont l'accident impliquant un proche est survenu il y a trois à moins de dix ans (71,4%) ou 10 à 20 ans (72,2%) (Tableau 20). La prévalence de la dépression est de 50,0% parmi les répondants qui témoignent d'un accident survenu il y a moins de trois. Elle augmente jusqu'à 71,4% lorsque l'accident s'est produit il y a trois ans à moins de dix ans et diminue ensuite pour les accidents survenus il y a 10 à 20 ans (52,9%). La prévalence de l'anxiété diminue de façon linéaire au plus l'accident est survenu il y a longtemps (83,3% pour les accidents survenus il y a moins de trois ans, 71,4% pour ceux qui se sont produits il y a trois ans à moins de dix ans et 64,7% pour ceux qui se sont produits il y a entre 10 et 20 ans.

Cette tendance linéaire à la baisse s'observe également pour d'autres sentiments tels que la peur de conduire, la peur de prendre part à la circulation, le sentiment d'impuissance et le sentiment de culpabilité. La proportion de répondants rapportant un sentiment de colère ou de rancœur est plus élevée parmi ceux qui témoignent

d'un accident survenu il y a moins de trois par rapport aux accidents qui se sont produits il y a entre trois et moins de dix ans (83,3%) ou entre 10 et 20 ans (83,3%).

Tableau 20. Prévalence (n (%)) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété liés à l'accident de la route dans le groupe 2 ("proche impliqué") actuellement, en fonction du temps écoulé depuis l'accident de la route.

	Groupe 2 : proche impliqué					
	Il y a moins de 3 ans		Il y a 3 à moins de 10 ans		Il y a 10 à 20 ans	
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)
<b>Stress post-traumatique (TSA/SSPT)</b>	7	4 (57,1%)	14	10 (71,4%)	18	13 (72,2%)
<b>Dépression</b>	6	3 (50,0%)	14	10 (71,4%)	17	9 (52,9%)
<b>Anxiété</b>	6	5 (83,3%)	14	10 (71,4%)	17	11 (64,7%)
<b>Autres conséquences</b>	4	-	12	-	18	-
Peur de conduire		3 (75,0%)		8 (66,7%)		10 (55,6%)
Peur de prendre part à la circulation		3 (75,0%)		9 (75,0%)		11 (61,1%)
Sentiment d'impuissance		4 (100%)		11 (91,7%)		14 (77,8%)
Colère/rancœur		4 (100%)		10 (83,3%)		15 (83,3%)
Sentiment de culpabilité		4 (100%)		9 (75,0%)		8 (44,4%)
Autres		0 (0,0%)		2 (14,3%)		0 (0,0%)

Note : "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et les autres conséquences, et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

#### 4.4.2 Comorbidité

Comme pour les résultats observés parmi les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident, la majorité des répondants dont un proche a été impliqué dans un accident présentent des comorbidités (Figure 17). Peu de temps après l'accident, ce sont près de neuf répondants sur dix (87,1%) qui présentaient simultanément des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété. Ces comorbidités sont toutefois moins fréquemment rapportées actuellement (54,8%). A contrario, les proportions de répondants qui rapportent un seul de ces symptômes sont très faibles.

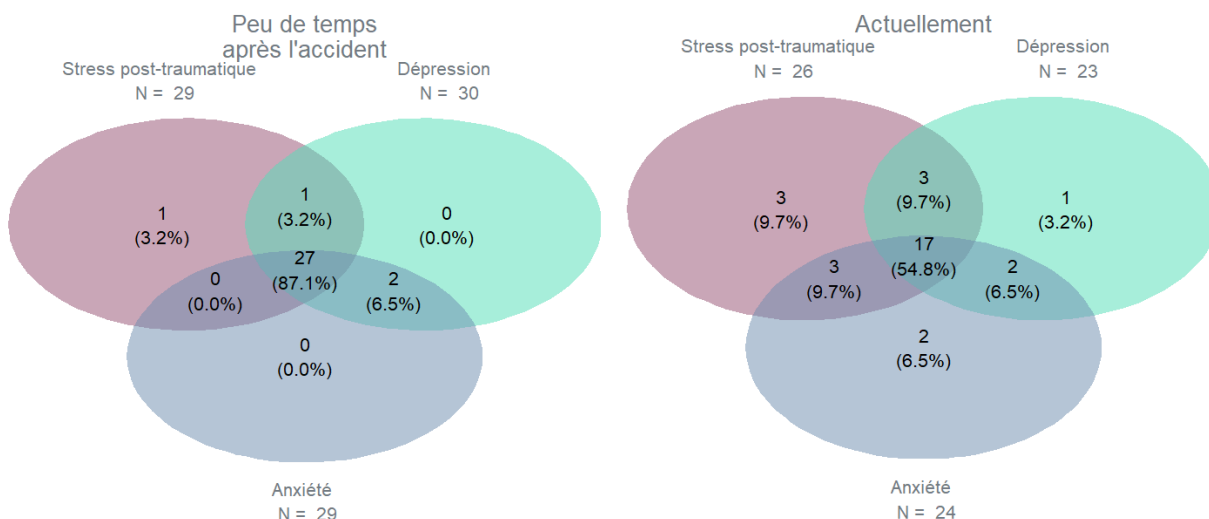


Figure 17. Prévalence des conditions comorbides (stress post-traumatique, dépression et anxiété) chez les répondants dont un proche a été impliqué dans un accident de la route (groupe 2 "proche impliqué").

Note : "Peu de temps après l'accident" fait référence au mois qui a suivi l'accident pour le stress post-traumatique et aux deux semaines qui ont suivi pour la dépression et l'anxiété. "Actuellement" fait référence au mois écoulé pour le stress post-traumatique et aux deux semaines écoulées pour la dépression et l'anxiété.

### 4.4.3 Durée des conséquences

Comme pour les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident, les répondants pouvaient indiquer la durée de leurs symptômes grâce à différentes options de réponse allant de "moins d'1 semaine" à "j'en souffre encore maintenant". Cette dernière option de réponse n'offrant aucune information sur la durée des symptômes, nous avons donc croisé ces données avec le délai entre la survenue de l'accident et la réalisation de l'enquête parmi les répondants qui rapportaient un de ces symptômes peu de temps après l'accident et actuellement afin d'estimer la durée de ces symptômes.

Les analyses révèlent ainsi que, tenant compte des répondants qui déclarent présenter ces symptômes jusqu'à présent, sept répondants sur dix (71%) déclarent avoir souffert d'un syndrome de stress post-traumatique lié à l'accident pendant ou depuis trois ans ou plus (Figure 18). Ces effets à long terme sont observés pour la dépression chez près d'un répondant sur deux (45%) et pour l'anxiété chez six répondant sur dix (59%).

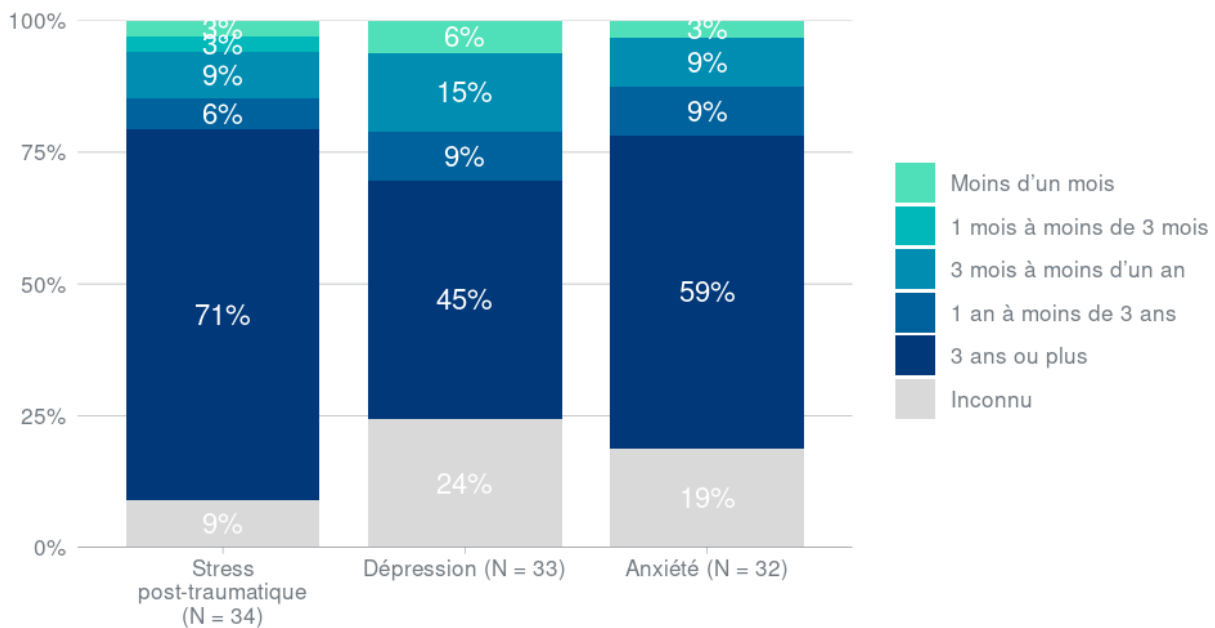


Figure 18. Durée des symptômes rapportés de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété (groupe 2 "proche impliqué").

Concernant les symptômes psychologiques "autres" liés à l'accident, la même logique a été utilisée pour traiter les répondants qui rapportaient d'autres symptômes jusqu'à maintenant. Les analyses révèlent ainsi qu'environ un tiers des répondants qui ont été confrontés à la peur de conduire, ont éprouvé cette appréhension pendant ou depuis trois ans ou plus (35%) et une proportion équivalente de répondants a eu peur de prendre part au trafic pendant ou depuis trois ans ou plus (35%). Par ailleurs, six répondants sur dix (61%) qui rapportent un sentiment d'impuissance, déclarent avoir éprouvé ce sentiment pendant ou depuis trois ans ou plus, près d'un répondant sur deux (47%) a ressenti un sentiment de colère ou de rancœur et près de trois répondants sur dix un sentiment de culpabilité (28%) pendant ou depuis trois ans ou plus (Figure 19).

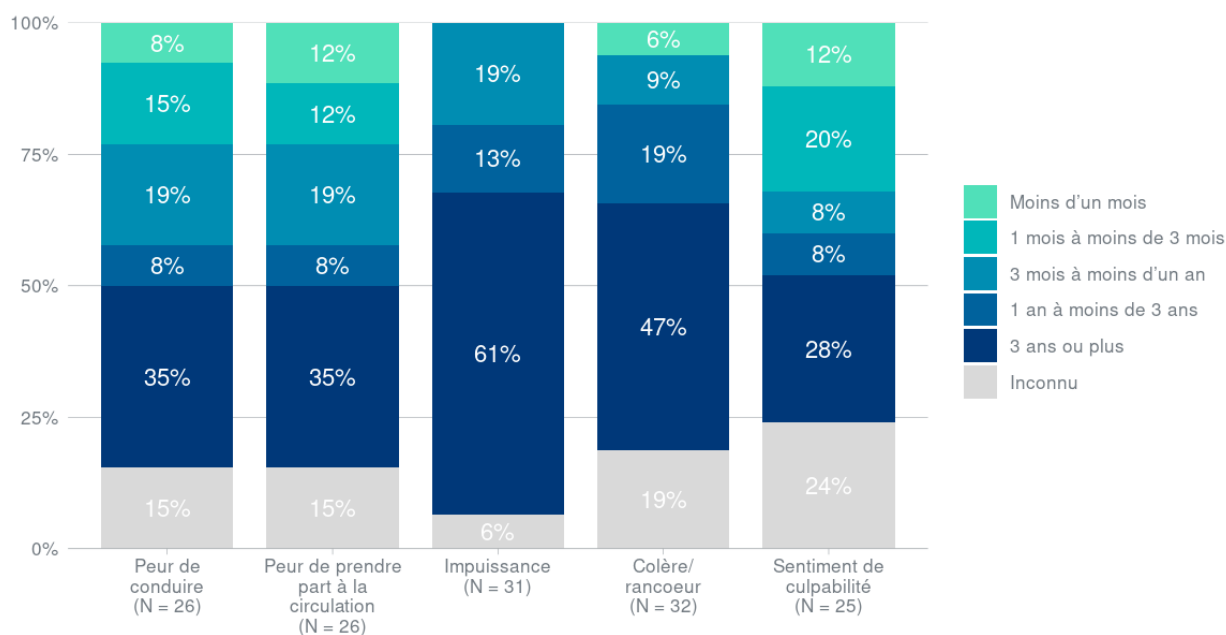


Figure 19. Durée des autres conséquences rapportées (groupe 2 "proche impliqué").

#### 4.4.4 Utilisation de médicaments

Le Tableau 21 présente la proportion de répondants dont un proche a été impliqué dans un accident qui rapportent consommer des calmants, des somnifères ou des antidépresseurs et la mesure dans laquelle cette consommation est liée à l'accident de la route.

La majorité des répondants dont un proche a été victime d'un accident déclarent qu'ils ne prenaient pas de calmants ou somnifères (55,0%) ni d'antidépresseurs (70,7%) avant l'accident et qu'ils n'en ont pas pris après l'accident non plus. Quatre répondants sur dix (42,5%) déclarent qu'ils ont pris des somnifères à la suite de l'accident impliquant un proche et un répondant sur quatre (24,4%) des antidépresseurs. Aucun répondant ne consommait de calmants ou somnifères avant l'accident et une minorité prenait des antidépresseurs (2,4%).

Parmi les répondants qui ont déclaré avoir consommé des calmants ou somnifères après la survenue de l'accident impliquant un proche, la totalité d'entre eux affirment que cette consommation était totalement (94,1%) ou au moins partiellement (5,9%) liée à l'accident. En ce qui concerne la consommation d'antidépresseurs, celle-ci était liée à l'accident pour neuf répondants sur dix (80% totalement, 10% partiellement) et un répondant a déclaré qu'elle ne l'était pas (10%).

Tableau 21. Utilisation de médicaments par les répondants du groupe 2 ("proche impliqué").

Groupe 2 : proche impliqué	
<b>Utilisation de médicaments</b>	
Sédatifs/somnifères	N = 40
Oui, avant l'accident	0 (0,0%)
Oui, après l'accident	17 (42,5%)
Non, ni avant ni après l'accident	22 (55,0%)
Inconnu	1 (2,5%)
Antidépresseurs	N = 41
Oui, avant l'accident	1 (2,4%)
Oui, après l'accident	10 (24,4%)
Non, ni avant ni après l'accident	29 (70,7%)
Inconnu	1 (2,4%)
<b>Utilisation de médicaments liée à l'accident</b>	
Sédatifs/somnifères	N = 17
Non	0 (0,0%)
Oui	16 (94,1%)
Partiellement lié à l'accident	1 (5,9%)
Antidépresseurs	N = 10
Non	1 (10,0%)
Oui	8 (80,0%)
Partiellement lié à l'accident	1 (10,0%)

## 4.5 Aide et soutien après l'accident de la route

Cette étude s'est également intéressée à la nature et l'origine de l'aide et du soutien que les répondants avaient éventuellement reçu après l'accident. Nous avons cherché à savoir si les personnes avaient reçu le soutien de différents types d'acteurs, si elles avaient facilement trouvé l'aide qu'elles cherchaient et si elles avaient également bénéficié de l'aide de leurs proches. Les catégories n'étant pas exclusives, les répondants ont pu bénéficier de différentes formes d'aide ou de soutien. Les résultats détaillés sont présentés dans le Tableau 27 en annexe.

Il ressort de cette étude que quatre répondants sur dix impliqués eux-mêmes dans un accident (39%) déclarent n'avoir reçu aucun soutien (Figure 20). C'est le cas d'un répondant sur quatre (26%) lorsqu'il s'agissait d'un accident impliquant un proche. Près d'un répondant sur deux rapporte avoir reçu l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre parmi ceux qui ont été impliqués dans un accident (46%) ou dont un proche a été impliqué dans un accident (49%). Le soutien d'un groupe d'entraide est cité par près de quatre répondants sur dix impliqués dans un accident (37%) et près d'un répondant sur deux dont un proche a été accidenté (46%). Un répondant sur cinq impliqué dans un accident (20%) témoigne avoir reçu le soutien d'un service d'aide aux victimes. Cette proportion est plus élevée parmi les répondants dont un proche a été accidenté (34%). Le soutien du service d'assistance policière aux victimes est évoqué par environ un répondant sur huit impliqué dans un accident (12%) et par un tiers des répondants témoignant d'un accident impliquant un proche (34%). Une minorité des répondants impliqués dans un accident (7,3%) et environ un répondant sur sept dont un proche a été accidenté (14%) ont bénéficié de l'aide d'un service de soutien aux victimes au sein des maisons de justice. L'aide du service social d'une mutualité est également rapporté par 12% des répondants impliqués dans un accident et par 6% des répondants lorsqu'il s'agissait d'un accident impliquant un proche. Un répondant sur sept impliqué dans un accident (15%) déclare avoir reçu le soutien d'un autre service que ceux proposés dans la liste. Cette proportion est moins élevée (9%) pour les accidents impliquant un proche. Enfin, le support des services de médiation et des associations religieuses ou philosophiques sont très rarement évoqués par les répondants des deux groupes (1 répondant dans le groupe 1).

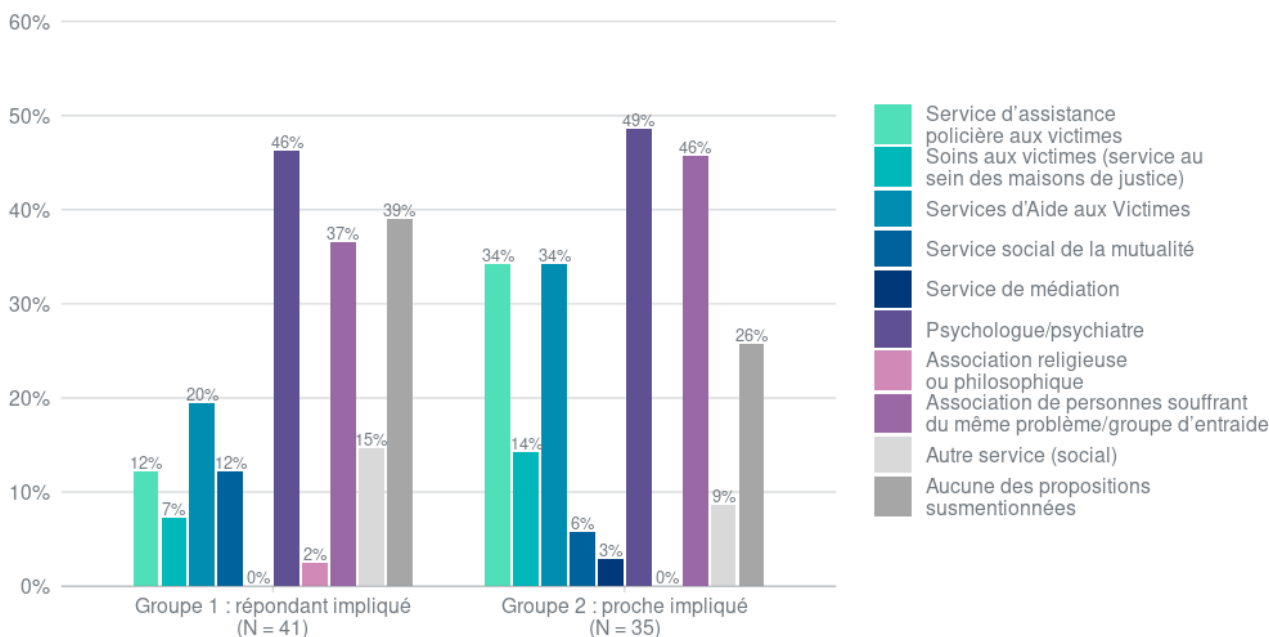


Figure 20. Organisations et instances auprès desquelles les répondants ont reçu une aide ou un soutien après l'accident de la route, parmi les répondant du groupe 1 et ceux du groupe 2.

Les réponses relatives à la facilité avec laquelle les répondants ont trouvé l'aide nécessaire sont présentées dans la Figure 21. Environ trois répondants sur dix rapportent qu'ils ont facilement trouvé l'aide nécessaire, aussi bien parmi les répondants impliqués dans un accident (29%) que parmi ceux dont un proche a été accidenté (29%) (Figure 21). Néanmoins, environ quatre répondants sur dix impliqués dans un accident (39%) témoignent que cela n'a pas été facile mais qu'ils ont finalement trouvé l'aide nécessaire. Cette proportion est plus élevée parmi les répondants dont un proche a été accidenté (46%). En outre, un répondant sur dix rapporte qu'il n'a pas trouvé l'aide nécessaire (10% parmi les répondants impliqués dans un accident et 11% parmi ceux témoignant d'un accident impliquant un proche). Enfin, une proportion non négligeable de

répondants déclare ne pas avoir cherché d'aide car ils n'en avaient pas besoin (22% parmi les répondants impliqués dans un accident et 14% parmi ceux dont un proche avait eu un accident).

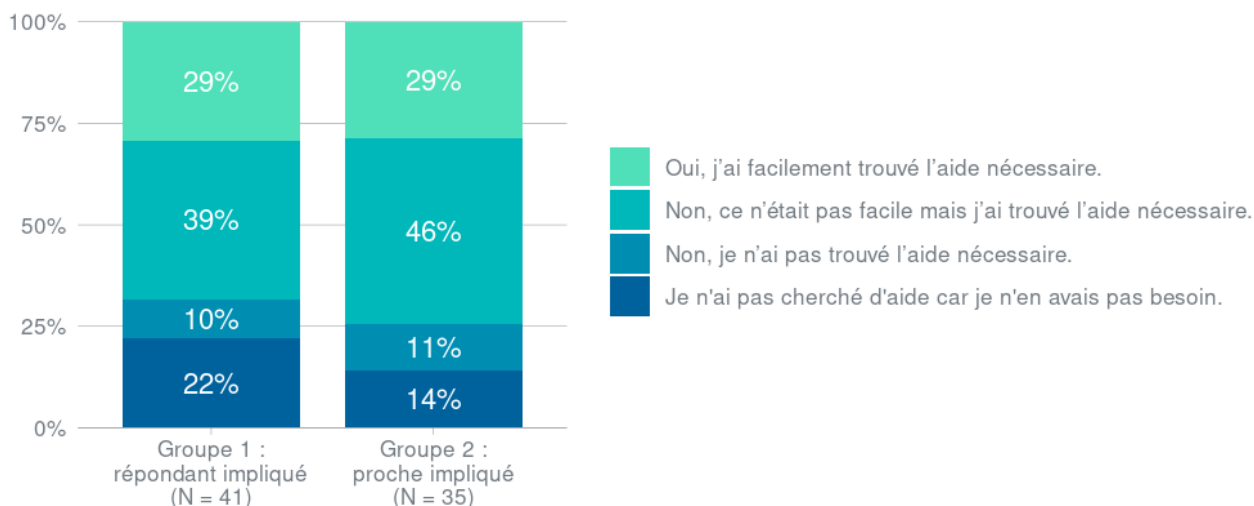


Figure 21. Facilité avec laquelle les répondants ont trouvé l'aide nécessaire, parmi les répondants du groupe 1 et ceux du groupe 2.

Au niveau du soutien apporté par l'entourage (Tableau 27 en annexe), la quasi-totalité des répondants déclare avoir reçu le soutien de leur partenaire ou famille et de leurs amis (92,7% parmi les répondants impliqués dans un accident et 100,0% des répondants dont un proche avait été accidenté). Dans les deux groupes de répondants, au moins huit répondants sur dix témoignent avoir reçu un soutien important de leur partenaire ou famille et au moins sept répondants sur dix déclarent avoir bénéficié d'un soutien important de leurs amis. Le soutien de l'employeur est moins souvent évoqué (46,3% parmi les répondants impliqués dans un accident et 60,0% parmi les répondants témoignant d'un accident impliquant un proche). Une minorité de répondants dans les deux groupes évoquent un soutien important d'une autre personne (12,2% parmi les répondants impliqués dans un accident et 8,6% parmi ceux dont un proche a été victime d'un accident).

## 4.6 Question ouverte

À la fin du questionnaire, les répondants pouvaient partager d'éventuelles informations complémentaires relatives à l'accident et à ses conséquences. Trente-deux (32) répondants ont apporté une réponse : 15 personnes ont donné davantage de détails concernant les conséquences spécifiques de l'accident sur leur vie en général, ainsi que sur le plan émotionnel (5 ; perte, chagrin, stress, angoisse, mais aussi colère envers la partie adverse), physique (7 ; plaintes et problèmes persistants, invalidité), économique (5 ; perte d'emploi, frais médicaux) et social/relationnel (3 ; relations sociales modifiées, parfois renforcées mais souvent détériorées). Par ailleurs, 7 personnes ont exprimé une certaine insatisfaction quant à la gestion de l'accident, soit immédiatement après les faits (3 ; p.ex. en ce qui concerne la police, la manière dont la mauvaise nouvelle a été annoncée), soit à plus long terme (3 : tribunal ; 4 : assurance), avec comme fil conducteur un manque de soutien, un sentiment d'injustice et une procédure jugée trop longue. Enfin, sept répondants ont donné un retour concernant le questionnaire dans le cadre de cette question ouverte, indiquant que le remplir n'était pas toujours aisé, notamment parce que de fortes émotions étaient ravivées, parce qu'ils ne se souvenaient pas de tout ce qui s'était passé immédiatement après l'accident (p.ex. en cas de coma/de perte de mémoire) ou encore parce qu'il est impossible de transmettre certaines nuances.

Les répondants qui avaient eux-mêmes été impliqués dans un accident ont mentionné principalement des conséquences physiques et économiques (p.ex. problèmes physiques et invalidité à long terme, impact sur la situation professionnelle, conséquences financières), tandis que les répondants dont un proche avait été impliqué ont davantage mis en avant des conséquences émotionnelles et sociales/relationnelles.

En résumé, les réponses à la question ouverte soulignent surtout l'énorme impact de l'accident sur la vie des personnes concernées. Plusieurs répondants évoquent une vie avant et une vie après, très différentes l'une de l'autre.

Quelques témoignages (à propos des conséquences) :

*"Cela a détruit ma vie. Mon mariage a échoué, j'ai perdu ma fille, ma carrière, ma maison et ma santé."*

*"Le lien avec mon (mes) enfant(s), ma famille et mes amis a changé, mais pas nécessairement pour le meilleur ou pour le pire, parfois plus intime/intense mais parfois plus distant car les gens ne savent pas comment gérer la situation."*

*"J'ai encore besoin de kiné et d'un ostéopathe pendant longtemps. Je paie tout cela moi-même... ces dépenses s'accumulent."*

*"Chaque étape importante de la vie que ton enfant (et ses parents) devrai(en)t pouvoir franchir est manquée, et c'est chaque fois une période difficile..."*

*"J'ai développé un SSPT à la suite de l'accident de mon fils, jusqu'à aujourd'hui, je n'ai pas pu reprendre le travail et ma vie a complètement changé. Après 10 ans et des années de thérapie, cela va enfin un peu mieux, mais l'impact et les séquelles mentales restent à vie, peu importe les efforts que l'on fait ! Il y a une vie avant et une nouvelle vie après l'accident. On apprend à avancer chaque jour avec la douleur et le chagrin. Aujourd'hui encore, j'ai plus le sentiment de survivre que celui de vivre pleinement."*

## 5 Discussion

L'objectif de l'étude est de dresser un état des lieux des conséquences psychologiques des accidents de la route, tant pour les victimes primaires (celles qui ont elles-mêmes été impliquées dans un accident de la route) que pour les victimes secondaires (les proches des victimes d'accidents de la route). Cette thématique a jusqu'à présent été peu étudiée en Belgique. En 2018, l'étude "My Life After the Crash" (MyLAC) a été publiée : il s'agit d'une étude rétrospective internationale sur les conséquences médicales, psychologiques, sociales et économiques des accidents de la route, menée dans 20 pays de l'UE, dont la Belgique (Meunier et al., 2018). L'étude de Spooen et al. (2000) a examiné la souffrance psychique des parents ayant perdu un enfant dans un accident de la route, ainsi que leur expérience avec les soins et le soutien reçus par la suite. À notre connaissance, la présente étude n'est donc que la troisième étude belge publiée après 2000 sur ce sujet.

Les conséquences psychologiques recouvrent un large éventail de problèmes mentaux et émotionnels. Pour délimiter concrètement la recherche, nous nous concentrons principalement sur les trois troubles les plus fréquents et les plus étudiés dans la littérature : le stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété. Dans un second temps, nous abordons également d'autres conséquences psychologiques, telles que la peur de conduire, la peur de prendre part à la circulation, les sentiments d'impuissance, de colère/rancœur et de culpabilité.

Les questions de recherche suivantes ont été formulées :

- Dans quelle mesure les personnes impliquées dans un accident de la route ou leurs proches présentent-ils des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et de troubles anxieux à la suite de l'accident ?
- Dans quelle mesure ces troubles apparaissent-ils simultanément, c.-à-d. quelle est la prévalence de conditions comorbides parmi les victimes de la route ou leurs proches ?
- Quelles autres conséquences psychologiques sont rapportées ?
- Pendant combien de temps les personnes impliquées ou leurs proches ressentent-ils les conséquences psychologiques étudiées ?
- Observe-t-on des différences dans la prévalence des troubles psychologiques en fonction de certains facteurs (de risque), tels que le sexe, la gravité, le rôle/la responsabilité propre dans la survenue de l'accident, etc. ?
- Observe-t-on, à la suite de certains symptômes d'anxiété par exemple, une modification du comportement de déplacement des personnes impliquées ou de leurs proches après l'accident ?

Pour répondre à ces questions de recherche, des informations ont été collectées sur les différentes conséquences d'un accident de la route à l'aide d'un questionnaire. Les symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété ont été mesurés au moyen d'outils validés. Des questions ont également été posées sur les circonstances de l'accident, ainsi que sur les conséquences médicales, sociales, économiques et professionnelles, afin de mieux appréhender l'impact de l'accident sur la vie de toutes les personnes touchées.

### 5.1 Échantillon, gravité de l'accident et qualité de vie

Au total, l'échantillon final comprend 89 répondants, dont 51 rapportent un accident de la route dans lequel ils ont eux-mêmes été impliqués (groupe cible 1) et 48 rapportent un accident de la route dans lequel un membre de leur famille proche a été impliqué (groupe cible 2). Il existe un léger chevauchement entre les deux groupes, constitué de 10 répondants qui ont été impliqués dans un accident en même temps qu'un proche. Les conséquences qu'ils rapportent peuvent donc découler à la fois de leur propre implication et de celle de leur proche.

Plus de la moitié des répondants dans les deux groupes sont des femmes. Par ailleurs, l'échantillon est principalement composé de personnes ayant un niveau d'éducation élevé et résidant en Flandre. Les répondants qui ont eux-mêmes été impliqués dans un accident sont principalement âgés de 25 à 54 ans au moment du questionnaire, tandis que le groupe rapportant l'accident d'un proche est majoritairement âgé de plus de 45 ans.

L'échantillon contient surtout des accidents dans lesquels le répondant ou le proche était impliqué en tant qu'automobiliste ou cycliste. De plus, la plupart des accidents se sont produits en Flandre et se sont déroulés il y a plus de trois ans. La responsabilité de l'accident est majoritairement attribuée à la partie adverse dans

les deux groupes. Près de huit personnes sur dix impliquées elles-mêmes dans un accident ont perçu celui-ci comme assez à très effrayant.

La plupart des répondants du groupe 2 rapportent un accident dans lequel leur(s) enfant(s) était (étaient) impliqué(s). Globalement, les répondants des deux groupes rapportent des accidents graves. La gravité moyenne est encore plus élevée dans le groupe 2 ("proche impliqué") que dans le groupe 1 ("répondant impliqué"). Plus de la moitié (58%) des répondants du groupe 2 ont rempli le questionnaire à propos d'un proche décédé. En outre, le pourcentage de blessés graves parmi les proches ayant survécu à l'accident est plus élevé que parmi les répondants eux-mêmes blessés : près de 90% des proches blessés non mortellement ont été grièvement blessés, contre 75% parmi les répondants blessés. Dans les deux groupes, plus de sept répondants sur dix indiquent que leur proche ou eux-mêmes souffrent encore des séquelles de ces blessures.

Pour les répondants qui ont eux-mêmes été blessés dans un accident de la route, l'impact de l'état de santé sur la qualité de vie a été mesuré à l'aide de l'instrument EQ-5D. L'évaluation se fait selon cinq dimensions de santé : mobilité, autonomie, activités quotidiennes, douleur/gêne et anxiété/dépression. Les résultats montrent que l'accident de la route a eu un fort impact sur la qualité de vie des répondants. Pour quatre des cinq dimensions (mobilité, activités quotidiennes, douleur/gêne et anxiété/dépression), plus de la moitié des répondants signalent des problèmes, allant de "un peu" à "extrême". Il est très probable que la qualité de vie soit également influencée par d'autres facteurs non liés à l'accident, d'autant plus que les questions portaient sur l'état de santé actuel au moment de l'enquête et que la plupart des accidents rapportés se sont produits il y a plus de trois ans. Cependant, pour chaque dimension de santé, au moins 90% des répondants indiquent que les problèmes qu'ils rencontrent sont liés, au moins dans une certaine mesure, à l'accident. Pour quatre des cinq dimensions, 65% à 73% des répondants déclarent que les problèmes sont fortement à extrêmement liés à l'accident. L'expérience des problèmes par dimension de santé est fortement liée à la durée écoulée depuis l'accident : plus le temps passe, plus l'intensité des problèmes peut diminuer.

La qualité de vie dans l'échantillon est donc inférieure à celle de la population générale. Sciensano réalise tous les 4 à 5 ans une Enquête de santé nationale auprès de la population belge âgée de plus de 15 ans. Cette enquête aborde également la qualité de vie liée à la santé, mesurée à l'aide de l'EQ-5D. La dernière édition date de 2023-2024 (Charafeddine et al., 2025). Lorsque l'on compare la qualité de vie rapportée par les personnes de notre échantillon qui ont elles-mêmes été blessées dans un accident de la route aux résultats de l'Enquête de santé, on constate que les personnes de notre échantillon présentent en général une qualité de vie plus faible que la population belge (Tableau 22). Pour chaque dimension, le pourcentage de personnes ayant des problèmes est beaucoup plus élevé parmi les répondants blessés du groupe 1 par rapport à la population belge. Pour quatre des cinq dimensions, le pourcentage est même deux fois plus élevé. La dimension pour laquelle le plus grand nombre de problèmes est signalé dans notre échantillon est la douleur/la gêne, ce qui est également le cas dans la population belge générale et ce qui ressort également d'autres études sur la qualité de vie liée à la santé après un accident de la route (Alghnam et al., 2015 ; Ohlin et al., 2017).

Les répondants pouvaient également attribuer un score reflétant la perception de leur état de santé général sur une échelle visuelle analogique de 0 à 100. Parmi les répondants blessés de notre échantillon, ce score est en moyenne de 66,2, soit neuf points de moins que dans la population belge (75,2) (Charafeddine et al., 2025). Ce score est probablement influencé par la durée moyenne écoulée depuis l'accident et par la gravité moyenne des blessures dans l'échantillon. La comparaison avec la population générale montre cependant que les victimes d'un accident de la route ne retrouvent pas facilement une vie normale après l'accident.

Tableau 22. Pourcentage de personnes rapportant des problèmes par dimension : répondants blessés du groupe 1 ("répondant impliqué") versus population belge générale de plus de 15 ans.

	Répondants blessés du groupe 1	Population belge générale de plus de 15 ans (Enquête de santé 2023-2024)
Mobilité	54,5%	20,9%
Autonomie	22,7%	7,4%
Activités quotidiennes	68,2%	22,7%
Douleur/gêne	84,1%	59,1%
Anxiété/dépression	61,4%	33,0%

Source: Charafeddine et al. (2025)

## 5.2 Conséquences psychologiques des accidents de la route

Les potentielles conséquences psychologiques (SSPT, dépression, anxiété) ont été mesurées à l'aide d'outils de dépistage. L'objectif d'un tel dépistage est d'identifier les personnes présentant des symptômes afin de les orienter vers une évaluation et une aide supplémentaires. Sur la base d'un tel instrument, nous ne pouvons donc pas poser un diagnostic clinique mais uniquement rapporter des indications d'une des psychopathologies étudiées.

### 5.2.1 Prévalence du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété

Dans la discussion sur la prévalence du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété, nous ne considérons que les symptômes au moins partiellement liés à l'accident de la route, tels qu'indiqués par le répondant.

La Figure 22 présente une synthèse comparative de la prévalence des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété dans le groupe cible 1 ("répondant impliqué") et le groupe cible 2 ("proche impliqué"). Plus de la moitié des répondants impliqués eux-mêmes dans un accident de la route présentaient, peu de temps après l'accident, des symptômes de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété au moins partiellement liés à l'accident de la route. Au moment de l'enquête, ces taux de prévalence sont légèrement plus bas mais restent néanmoins élevés (SSPT : 46,7% ; dépression : 42,9% ; anxiété : 42,9%).

Pour comparer ces taux de prévalence avec ceux d'autres études, il est important de tenir compte du moment de l'évaluation. Dans la présente étude, il n'a cependant pas toujours été possible de déterminer précisément le temps écoulé depuis l'accident, certains répondants ne s'en souvenant plus. Dans ces cas, une estimation approximative a été donnée (p. ex. "il y a 1 à 3 ans"). De plus, la majorité des accidents rapportés remontent à plus de trois ans, alors que la grande majorité des études prospectives ne suivent les victimes que jusqu'à un an maximum après l'accident. Les conséquences psychologiques peuvent toutefois persister bien plus longtemps qu'un an, ce que la présente étude met en lumière, grâce à une période de rappel de 20 ans—, contrairement aux autres études. Cela signifie toutefois que nous ne pouvons établir qu'une comparaison approximative avec la littérature. Globalement, nous pouvons affirmer que la prévalence du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété dans notre échantillon (groupe cible 1, "répondant impliqué") est plus élevée que celles rapportées dans la littérature. Dans notre échantillon, des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété un mois après l'accident sont observés respectivement chez 57,5%, 55,0% et 57,5% des répondants, contre respectivement 14,0% à 45,4%, 10,0% à 54,3% et 12,0% à 24,0% dans d'autres études (Coronas et al., 2011 ; Kovacevic et al., 2021 ; Papadakaki et al., 2017 ; Smith et al., 2007). Une explication possible de cette prévalence plus élevée dans notre échantillon n'est probablement pas tant liée à une plus grande vulnérabilité psychologique des personnes de l'échantillon mais plutôt liée à plusieurs aspects méthodologiques. L'un de ces aspects est la sélection de l'échantillon. Il est vraisemblable que ce sont surtout les personnes fortement touchées qui se sont senties concernées par l'étude et qui ont souhaité y participer. Il y a donc un certain biais d'auto-sélection (voir aussi 5.4). Dans d'autres études prospectives, la composition de l'échantillon se fait souvent sur la base d'un recrutement consécutif (p. ex. toutes les personnes hospitalisées entre les mois X et Y après un accident de la route sont invitées à participer). Bien qu'un biais de sélection ne soit pas exclu avec cette méthode, il est probablement moindre que dans la présente étude. Par ailleurs, l'échantillon de notre étude est nettement plus petit que la taille moyenne des échantillons dans d'autres recherches. Or, les grands échantillons produisent généralement des estimations plus conservatrices (Heron-Delaney et al., 2013). Enfin, l'outil de mesure utilisé peut également jouer un rôle : l'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation ou d'entretiens structurés peut influencer la prévalence estimée (Dai et al., 2018 ; Lin et al., 2018 ; Swartzman et al., 2017). Il est donc possible que, si les répondants de notre échantillon étaient réinterrogés au moyen d'un entretien clinique structuré, nous obtenions une prévalence plus faible que celle actuellement observée.

Les taux de prévalence du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété sont encore plus élevés dans le groupe des répondants dont un proche a été impliqué dans un accident de la route. Environ neuf sur dix présentaient des symptômes de stress post-traumatique, de dépression ou d'anxiété liés à l'accident peu de temps après celui-ci. L'impact sur le bien-être mental semble donc plus important pour les répondants dont un proche avait été impliqué dans un accident que pour les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident. Ce constat est confirmé par d'autres recherches, comme l'étude de Tsujimura-Ito (2019), qui observe également que les personnes proches d'une victime de la route développent davantage de troubles psychiques

sévères que les personnes impliquées elles-mêmes dans un accident. Les prévalences observées actuellement sont également plus faibles parmi les proches d'une victime de la route (85% des accidents ayant eu lieu il y a plus de trois ans), mais elles restent élevées : sept sur dix présentent des symptômes de SSPT ou d'anxiété et huit sur dix présentent des symptômes de dépression. Les personnes proches d'une victime de la route ne doivent donc pas être négligées, et l'impact qu'elles peuvent subir à long terme doit faire l'objet d'une attention durable.

Dans le groupe 2, les taux de prévalence des symptômes de SSPT sont également plus élevés que dans d'autres études : 88,9% peu de temps (un mois) après l'accident et 69,2% actuellement (85% des accidents remontant à plus de trois ans), contre 18,1% dans l'étude d'Allenou et al. (2010) (5 semaines après l'accident), 66,7% dans l'étude de Tehrani (2004) (en moyenne 4,5 ans après l'accident) et 32,4% dans l'étude de van Dijk et al. (2025) (12 à 366 mois après l'accident). Dans Allenou et al. (2010), seuls des parents d'enfants blessés non mortellement ont été interrogés. Par ailleurs, la gravité moyenne des blessures chez les enfants (31,9% ayant passé au moins une nuit à l'hôpital) était également plus faible que celle des proches dans notre échantillon, ce qui peut expliquer la forte différence dans les estimations de prévalence.

Une explication à la prévalence plus élevée de troubles psychologiques chez les personnes proches de victimes d'accidents de la route, par rapport aux personnes victimes elles-mêmes, réside dans le fait que la majorité des répondants du groupe cible 2 ont perdu un proche dans l'accident. Il s'agit d'un événement extrêmement marquant et traumatisant, dont les conséquences sont irréversibles. Un tel événement ne peut évidemment pas être rapporté par les victimes elles-mêmes. La gravité moyenne des accidents est donc nettement plus élevée dans le groupe 2 que dans le groupe 1, ce qui explique des répercussions différentes et plus profondes. Tsujimura-Ito (2019) arrive également à la conclusion que les proches de victimes décédées dans un accident de la route présentent un risque plus élevé de souffrir de troubles psychiques graves que les survivants d'un accident et leurs familles.

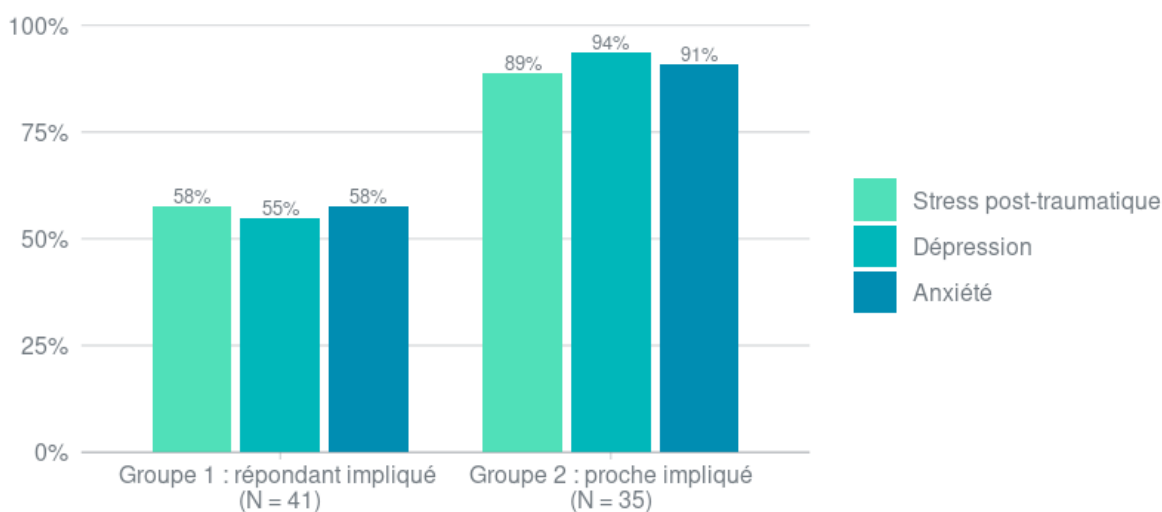


Figure 22. Synthèse : prévalence (%) du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété peu de temps après l'accident de la route dans le groupe 1 ("répondant impliqué") et le groupe 2 ("proche impliqué").

Dans l'échantillon, on observe une forte variation dans le temps écoulé depuis l'accident. Pour vérifier si la prévalence des symptômes diminue réellement, il faut donc tenir compte du moment de l'accident. Globalement, les taux de SSPT, de dépression et d'anxiété sont plus bas dans le groupe 1 ("répondant impliqué") lorsque l'accident remonte à plus de trois ans. L'intensité des symptômes semble également diminuer avec le temps : une plus faible proportion de répondants rapporte actuellement des symptômes de dépression modérés à sévères (19,1%) et des symptômes d'anxiété sévères (23,8%), comparativement à peu de temps après l'accident (dépression modérée à sévère : 42,5% ; anxiété sévère : 37,5%). En revanche, le nombre de personnes présentant actuellement des symptômes de dépression légers à modérés (23,8%) est plus élevé que peu de temps après l'accident (12,5%). Le pourcentage de personnes présentant des symptômes d'anxiété légers à modérés est très similaire actuellement (19,1%) et peu de temps après l'accident (20,0%). Les problèmes semblent donc diminuer avec le temps, mais pas disparaître complètement.

Dans le groupe 2 ("proche impliqué"), lorsque l'on tient compte du temps écoulé depuis l'accident, on observe que la prévalence des symptômes de SSPT est plus élevée chez les personnes dont l'accident du proche remonte à plus de trois ans (sept sur dix) que chez celles dont l'accident du proche date de moins de trois ans (six sur dix). Concernant la dépression, le pourcentage de répondants présentant des symptômes est le plus élevé dans le groupe dont l'accident remonte à trois à moins de dix ans, par rapport aux répondants qui rapportent un accident de moins de trois ans ou de plus de dix ans. Seuls les symptômes d'anxiété semblent diminuer avec le temps chez les proches. L'intensité des symptômes diminue cependant : actuellement, 18,9% rapportent des symptômes de dépression modérés à sévères et 13,5% des symptômes d'anxiété sévères, contre respectivement 59,4% et 60,6% peu de temps après l'accident. Les résultats montrent donc que l'évolution des symptômes dans le temps peut être complexe : certains problèmes peuvent diminuer tandis que d'autres peuvent augmenter ou apparaître plus tardivement.

## 5.2.2 Comorbidité

Les problèmes psychologiques surviennent rarement isolément, ce que nous constatons également dans cette étude. La comorbidité est toutefois très élevée dans notre échantillon par rapport aux résultats dans la littérature. Cela s'explique principalement par les prévalences individuelles très élevées observées. Parmi les répondants impliqués eux-mêmes dans un accident, près de sept sur dix présentaient simultanément des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété peu de temps après l'accident, et plus de six sur dix en présentent encore actuellement. La deuxième comorbidité la plus fréquente dans ce groupe est la dépression associée à l'anxiété, tant peu de temps après l'accident (11,1%) qu'actuellement (16,0%).

Chez les répondants dont un proche a été impliqué dans un accident, nous constatons également une forte comorbidité. Près de neuf répondants sur dix présentaient simultanément des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété peu de temps après l'accident, et plus de cinq sur dix en présentent encore actuellement. La baisse de la prévalence de cette comorbidité triple entre les deux périodes est plus marquée dans le groupe 2 que dans le groupe 1.

Ces constats ont d'importantes implications pour la prise en charge des problèmes. Il existe souvent un lien entre les symptômes des différentes psychopathologies. Les troubles peuvent en outre s'influencer mutuellement et aggraver ou compliquer les symptômes.

Dans la littérature, c'est surtout la double comorbidité entre SSPT et dépression qui est mise en évidence (Guest et al., 2018 ; Kovacevic et al., 2021 ; Matsuoka et al., 2008). L'occurrence simultanée de symptômes de SSPT, de dépression et d'anxiété est beaucoup moins fréquente, bien que le nombre d'études sur la comorbidité reste limité. Dans l'étude de Kovacevic et al. (2021), par exemple, les prévalences rapportées pour cette triple comorbidité étaient de 1,5% et 2% respectivement un mois et six mois après l'accident. Cependant, la gravité moyenne des blessures observée dans leur étude était inférieure à celle de notre échantillon : plus de la moitié des participants ne présentaient aucune lésion ou seulement des blessures légères.

## 5.2.3 Facteurs (de risque) personnels ou externes

Dans cette étude, nous examinons un certain nombre de facteurs (de risque) personnels ou externes associés au développement d'un stress post-traumatique, d'une dépression ou d'un trouble anxieux chez les personnes impliquées dans un accident de la route. De tels résultats sont importants pour identifier les personnes présentant un risque accru de développer un SSPT, une dépression et de l'anxiété.

Le principal facteur de risque personnel - c'est-à-dire celui pour lequel les écarts observés sont les plus marqués - est le sexe de la victime. Les femmes présentent une prévalence significativement plus élevée tant pour le stress post-traumatique que pour la dépression et l'anxiété. Les différences les plus importantes sont constatées pour la dépression et l'anxiété : peu de temps après l'accident, les symptômes dépressifs sont presque douze fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, et les symptômes anxieux près de six fois plus fréquents. Ce constat est cohérent avec la littérature, même si d'autres études mettent surtout en évidence une forte association entre le sexe et le stress post-traumatique (Dai et al., 2018 ; Kovacevic et al., 2021 ; Lin et al., 2018 ; Sabahi et al., 2024). Des différences à la fois psychosociales et biologiques sont avancées pour expliquer les écarts de prévalence entre hommes et femmes (Olf, 2017). Ainsi, certaines études suggèrent que les femmes adoptent des stratégies d'adaptation plus négatives, tandis que les hommes vivent les traumatismes de manière moins intense (Berna et al., 2012 ; Tolin & Foa, 2008). Christiansen & Hansen (2015) constatent que les femmes rapportent plus de symptômes de SSPT parce qu'elles sont exposées à des

niveaux plus élevés de facteurs de risque associés. Selon cette étude, l'association entre le sexe et le SSPT serait pour une large part modérée par d'autres facteurs de risque plus prévalents chez les femmes que chez les hommes. Davantage de recherches genrées sont toutefois nécessaires pour mieux comprendre ces différences (Olff, 2017).

Par ailleurs, les résultats montrent une forte association entre le degré auquel la victime a perçu l'accident comme effrayant et le développement de l'une des psychopathologies examinées. Peu de temps après l'accident, environ sept personnes sur dix ayant vécu l'événement comme assez à très effrayant rapportent des symptômes de SSPT, de dépression ou d'anxiété. Parmi celles et ceux qui ont perçu l'accident comme pas ou peu effrayant, une personne sur dix seulement rapporte des symptômes de stress post-traumatique et aucun répondant ne rapporte de symptômes de dépression ou d'anxiété. Ces résultats rejoignent les conclusions d'autres recherches menées sur le sujet. Le degré auquel l'accident est vécu comme menaçant pour la vie est l'un des facteurs les plus prédictifs du SSPT (Arora et al., 2021 ; Berna et al., 2012 ; Boelen et al., 2022 ; Craig et al., 2017 ; Heron-Delaney et al., 2013 ; Kovacevic et al., 2021 ; Platts-Mills et al., 2017). Les résultats de la présente étude indiquent que la perception de l'événement peut également être indicative du développement d'une dépression ou d'un trouble anxieux. Il est toutefois possible aussi que les sentiments éprouvés actuellement influencent le regard que les répondants portent rétrospectivement sur l'accident : des personnes rapportant actuellement des symptômes dépressifs ou anxieux peuvent avoir une perception plus négative et répondre en conséquence à propos de leur vécu de l'accident. Les résultats montrent clairement un lien entre l'expérience subjective et les conséquences, mais la question reste donc de savoir dans quel sens ce lien s'exerce. Par ailleurs, un certain nombre de répondants du groupe "pas ou peu effrayant" rapportent actuellement des symptômes de dépression (20%) et d'anxiété (20%). Cette constatation peut indiquer que les symptômes sont apparus plus tard après l'accident, ou qu'ils résultent surtout d'autres facteurs survenus dans la période post-accident (p. ex. le processus de rétablissement physique).

Concernant l'impact de la gravité des blessures, une différence est principalement observée pour le stress post-traumatique : les personnes impliquées dans un accident et gravement blessées (c.-à-d. ayant passé au moins une nuit à l'hôpital) présentent une prévalence plus élevée de stress post-traumatique que celles légèrement blessées. Cependant, le chevauchement important des intervalles de confiance suggère que l'estimation reste imprécise et que la différence observée entre les prévalences n'est sans doute pas statistiquement significatif. Nous ne pouvons donc pas conclure avec certitude que la gravité des blessures influence effectivement le développement de symptômes de SSPT dans l'échantillon actuel. Dans la littérature, l'association entre gravité lésionnelle et la santé mentale est également controversée : certaines études trouvent que la gravité des blessures prédit le SSPT (Chossegros et al., 2011 ; Kovacevic et al., 2021) ou la dépression (Kovacevic et al., 2020 ; Papadakaki et al., 2017), d'autres pas. Le lien entre la gravité des blessures et la détresse psychique est complexe, car la gravité peut aussi exercer un effet direct sur la peur de mourir, laquelle est fortement corrélée aux sentiments dépressifs et anxieux (Papadakaki et al., 2018). Un autre aspect méthodologique susceptible d'influencer les résultats concerne la définition de la gravité des blessures dans la présente étude. Celle-ci est fondée sur le fait que la victime ait ou non dû passer une nuit à l'hôpital. Des échelles médicales, telles que l'*Abbreviated Injury Scale* (AIS), constituent des mesures plus précises et objectives de la gravité. Faute d'informations sur les diagnostics médicaux spécifiques, il n'a toutefois pas été possible d'y recourir.

L'impact sur la santé mentale semble plus important chez les personnes impliquées dans un accident en tant qu'occupants d'une voiture que chez les victimes qui se déplaçaient à pied ou à vélo. Les prévalences des trois troubles psychopathologiques examinés sont plus élevées chez les automobilistes que chez les piétons et les cyclistes. Des résultats similaires ont été observés dans l'étude de Craig et al. (2017), qui ont constaté une prévalence plus faible du SSPT chez les cyclistes que chez les occupants d'une voiture. Nos résultats ne concordent toutefois pas avec ceux de Papadakaki et al. (2017), qui ont observé un risque de dépression plus faible chez les automobilistes que chez les piétons et les cyclistes, douze mois après l'accident. Dans notre échantillon, les occupants d'une voiture présentent également plus souvent une peur de conduire et une appréhension à prendre part à la circulation après l'accident que les piétons et les cyclistes. Cela pourrait s'expliquer, entre autres, par les possibilités d'évasion plus limitées dans un véhicule ou par la vitesse plus élevée à laquelle on circule. Mayou et Bryant (2003) relèvent d'ailleurs que les passagers de voiture sont particulièrement sujets à la peur de voyager. Toutefois, la taille de l'échantillon de la présente étude était trop restreinte pour analyser séparément l'impact chez les conducteurs et chez les passagers. Craig et al. (2017) ainsi que Gopinath et al. (2021) avancent que les cyclistes présentent une résilience mentale plus élevée après un accident de la route que les automobilistes, notamment en raison d'une meilleure protection psychologique liée à l'activité physique et à une plus grande acceptation du risque. Une autre explication possible réside dans la manière dont l'accident est vécu. En effet, les victimes de notre échantillon qui se déplaçaient en voiture

(conducteurs ou passagers) ont jugé l'accident en moyenne plus effrayant que les piétons et les cyclistes (88,9 % ont trouvé l'accident assez à très effrayant parmi les automobilistes, contre 65,7 % pour les piétons et les cyclistes réunis). Il est donc possible que l'effet du mode de déplacement sur les conséquences psychologiques perçues soit, au moins en partie, modéré par le degré auquel l'accident a été vécu comme une expérience effrayante.

Des pourcentages plus élevés de symptômes de SSPT sont observés chez les personnes ayant une attribution interne de la responsabilité, c.-à-d. celles qui se considéraient au moins partiellement, voire entièrement responsables de l'accident. Ce résultat ne concorde pas avec d'autres études où les victimes ayant une attribution externe de la faute présentaient un risque plus élevé de SSPT (Chossegros et al., 2011 ; Nickerson et al., 2013). Inversement, des prévalences plus élevées de symptômes dépressifs et anxieux sont observées peu de temps après l'accident chez celles et ceux qui ne se considéraient pas du tout responsables de l'accident. Avec le temps, cette relation s'inverse et des prévalences plus élevées sont observées chez celles et ceux qui se considéraient au moins partiellement responsables. Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon et des larges intervalles de confiance qui en résultent, il convient toutefois d'interpréter ces liens avec prudence.

Outre les facteurs de risque étudiés, la revue de littérature a identifié d'autres facteurs prédictifs de la santé mentale après un accident de la route, tels qu'une expérience négative de la procédure d'assurance, qui peut engendrer un niveau de stress élevé tant chez les personnes impliquées elles-mêmes (Heron-Delaney et al., 2013) que chez les proches des victimes d'un accident (Attwood et al., 2023). Il est possible que, dans notre échantillon, l'expérience de la procédure d'assurance - p. ex. une durée longue ou un sentiment d'injustice quant à l'issue - ait un impact négatif sur les victimes ou les proches des victimes. Dans le groupe 1 ("répondant impliqué"), plus de la moitié des procédures ont duré plus de trois ans et une personne sur dix seulement juge cette durée tout à fait acceptable. Dans le groupe 2 ("proche impliqué"), l'acceptabilité est encore plus faible : une sur vingt seulement considère la durée tout à fait acceptable et trois sur quatre sont tout à fait insatisfaits de l'indemnisation reçue. Il en va de même pour la procédure judiciaire. Parmi les personnes impliquées elles-mêmes et pour lesquelles la partie propre a été citée, la moitié des répondants juge la citation plutôt pas à pas du tout justifiée. Dans le groupe 2, près de la moitié des répondants jugent la citation non justifiée. Dans les deux groupes, moins d'une personne sur dix perçoit que la durée de la procédure judiciaire est tout à fait acceptable. Les sentiments d'injustice peuvent encore être attisés lorsque l'appréciation subjective du répondant quant à sa propre responsabilité ou à celle de l'autre partie ne correspond pas à l'imputation des responsabilités par les assureurs ou par le tribunal.

Par ailleurs, la littérature montre que la santé mentale et physique avant l'accident est un facteur très prédictif de la santé mentale et du rétablissement après l'accident (Chossegros et al., 2011 ; Heron-Delaney et al., 2013 ; Kenardy et al., 2018 ; Kovacevic et al., 2020, 2021 ; Papadakaki et al., 2017 ; Platts-Mills et al., 2017). Le nombre de personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique avant l'accident ou ayant été préalablement diagnostiquées avec un trouble psychique est toutefois trop faible pour analyser ce facteur de risque dans notre échantillon. En outre, toutes les personnes présentant un trouble psychique ne sont pas diagnostiquées. Il est donc difficile d'avoir une image complète de la vulnérabilité psychique préexistante dans l'échantillon actuel.

Enfin, plusieurs éléments qui ne sont pas immédiatement mentionnés dans la littérature comme facteurs de risque majeurs peuvent aussi avoir un impact négatif sur le bien-être mental et le rétablissement après l'accident, et ont été évoqués par différentes personnes dans les questions ouvertes de l'enquête : insatisfaction quant au traitement du dossier, manière d'annoncer la mauvaise nouvelle, manque d'informations et manque de soutien. S'agissant des problèmes de communication, diverses mesures ont été prises ces dernières années pour améliorer les procédures. Les témoignages montrent toutefois à quel point une bonne communication est cruciale immédiatement après l'accident : annoncer la mauvaise nouvelle avec tact et fournir des informations sur les circonstances de l'accident de la route.

## 5.2.4 Prévalence des autres conséquences psychologiques

De manière générale, la littérature se concentre surtout sur le SSPT, la dépression et, dans une moindre mesure, les troubles anxieux comme conséquences d'un accident de la route. Les résultats de la présente étude montrent toutefois qu'en plus de ces trois psychopathologies, d'autres sentiments et formes de mal-être psychique peuvent être très prévalents. Plus de la moitié des répondants qui ont été impliqués eux-mêmes dans un accident rapportent une peur de conduire ou de prendre part à la circulation, quel que soit le temps écoulé depuis l'accident. Les sentiments d'impuissance et de colère/rancœur s'avèrent également très

persistants. Plus d'une personne sur deux éprouve ces sentiments, y compris parmi celles et ceux dont l'accident remonte à plus de dix ans.

Ces sentiments sont encore plus prévalents et plus intenses chez les répondants dont un proche a été impliqué dans un accident de la route. Environ sept sur dix rapportent une peur de conduire ou une peur de prendre part à la circulation, alors même que la majorité d'entre eux n'étaient pas impliqués avec le proche au moment des faits. Par ailleurs, les membres de la famille des victimes de la route éprouvent très souvent, et pendant très longtemps, des sentiments d'impuissance et de colère/rancœur : plus de huit répondants sur dix dont un proche avait été impliqué dans un accident rapportent ces sentiments aussi bien peu de temps après l'accident qu'actuellement. Environ six répondants sur dix dans ce groupe rapportent en outre des sentiments de culpabilité, soit deux fois plus que chez les personnes impliquées elles-mêmes. Comparé aux autres sentiments, la culpabilité semble diminuer davantage avec le temps.

Ces sentiments peuvent eux aussi avoir un impact considérable sur la qualité de vie des personnes concernées. Ainsi, une peur intense de conduire ou de prendre part à la circulation peut influencer leur niveau de mobilité et peut expliquer pourquoi certains répondants se déplacent moins souvent depuis l'accident (voir 5.3). Cette limitation des déplacements peut, à son tour, avoir des répercussions négatives sur plusieurs autres domaines de la vie, tels que les contacts sociaux, la santé, les possibilités professionnelles, les activités de loisirs en extérieur, etc. De plus, une mobilité réduite peut également rendre plus difficile l'accès à l'aide ou aux soins nécessaires.

### 5.2.5 Durée des conséquences psychologiques

Les résultats montrent que, parmi les répondants pour lesquels l'accident remonte déjà à une période relativement longue, une proportion considérable d'entre eux rapportent encore des symptômes de SSPT, de dépression ou d'anxiété, ou d'autres conséquences telles que la peur de conduire, la peur de prendre part à la circulation, l'impuissance et la colère/rancœur. Cela est encore davantage le cas chez les répondants dont un proche a été impliqué dans un accident que chez ceux qui ont été eux-mêmes impliqués.

S'agissant de la durée des symptômes, les résultats indiquent que, parmi les personnes impliquées elles-mêmes, la moitié a éprouvé des symptômes de SSPT et environ quatre sur dix des symptômes de dépression ou d'anxiété pendant au moins trois ans. Parmi les répondants dont un proche a été impliqué, sept sur dix ont éprouvé des symptômes de SSPT, quatre sur dix des symptômes de dépression et six sur dix des symptômes d'anxiété pendant trois ans ou plus. Dans les deux groupes, les symptômes de SSPT, de dépression et d'anxiété persistent clairement très longtemps. Les conséquences à long terme sont toutefois plus prévalentes chez les répondants dont un proche a été impliqué que chez ceux qui ont été impliqués eux-mêmes. Ici aussi, la gravité moyenne des accidents joue un rôle important. Les personnes qui ont été elles-mêmes impliquées dans un accident et qui ont été blessées suivent souvent ensuite un parcours de rééducation, ce qui leur permet d'améliorer leur état et de se rétablir partiellement ou totalement. En revanche, plus de la moitié des répondants de l'échantillon dont un proche a été impliqué dans un accident ont perdu ce proche. Cette perte, ainsi que la douleur psychologique qui l'accompagne, restent présentes en permanence.

Parmi les autres conséquences rapportées, ce sont surtout les sentiments d'impuissance et de colère/rancœur qui persistent longtemps. Chez les personnes impliquées elles-mêmes, six sur dix se sont senties impuissantes et quatre sur dix en colère pendant au moins trois ans. Chez les répondants dont un proche a été impliqué, ces proportions étaient respectivement de six sur dix et une personne sur deux. La peur de conduire et la peur de prendre part à la circulation ont duré trois ans ou plus chez environ trois sur dix répondants dans les deux groupes. Un accident de la route marque donc clairement la vie des personnes concernées et de leurs familles pendant de très nombreuses années après les faits.

## 5.3 Conséquences sur les habitudes de déplacement

Les résultats ont montré que l'accident de la route a également eu un impact sur la manière dont les victimes, mais aussi leurs proches, se déplacent dans la circulation. Sept répondants sur dix qui ont été impliqués eux-mêmes ont modifié leurs habitudes de déplacement à la suite de l'accident, principalement en utilisant moins souvent certains moyens de transport (surtout la voiture et le vélo), en évitant certains lieux ou en se déplaçant moins fréquemment. Une mobilité réduite peut, d'une part, être liée à une crainte de reprendre part à la circulation. D'autre part, elle peut aussi être l'effet direct des blessures subies et d'une mobilité physique diminuée, qui font en sorte que les personnes ne peuvent plus se déplacer aussi souvent ou sont contraintes

de se déplacer autrement. Comme déjà mentionné précédemment, une mobilité réduite peut également influencer négativement d'autres domaines de vie.

Par ailleurs, il existe des indications que les victimes d'accidents de la route adoptent une attitude plus prudente dans la circulation après l'accident. Ainsi, les répondants impliqués eux-mêmes déclarent porter plus souvent un casque à vélo et adopter moins de comportements à risque (notamment, conduire sous l'influence de l'alcool et traverser comme piéton au feu rouge).

Fait remarquable : les répondants proches des victimes adaptent également leurs habitudes de déplacement à la suite de l'accident de leur proche (un sur deux). Ils déclarent principalement utiliser moins souvent certains moyens de transport (surtout la voiture et le vélo) ou éviter certains lieux. Ici aussi, cette mobilité réduite peut résulter d'un sentiment de crainte de prendre part eux-mêmes à la circulation après l'accident de leur proche. Il est également possible que les blessures du proche les obligent à se déplacer autrement avec lui/elle.

De manière générale, tant les répondants victimes d'accidents que ceux proches d'une victime se sentent moins en sécurité dans la circulation que la population belge moyenne. Sur une échelle de 0 à 10, les répondants impliqués eux-mêmes ont donné une note moyenne de 5,4, et ceux dont un proche a été impliqué une note moyenne de 5,0. Leur sentiment subjectif de sécurité est donc inférieur à celui de la population belge, quelle que soit la manière de se déplacer (allant de 5,5 chez les conducteurs de trottinettes électriques à 7,1 chez les usagers des transports en commun) (Institut Vias, 2023). Ceci constitue également une indication d'un mal-être psychologique des personnes de l'échantillon de la présente étude, qui peut également avoir une influence sur leurs habitudes de déplacement.

## 5.4 Points forts et limites de l'étude

La présente étude contribue à la littérature sur l'impact des accidents de la route sur le bien-être mental ; une littérature encore très limitée en Belgique. Un des points forts de la recherche réside dans la large définition des groupes cibles. Les conséquences tant pour les victimes primaires que pour les victimes secondaires y sont prises en compte. Ces dernières, en particulier, ont rarement l'occasion de faire entendre leur voix dans les recherches scientifiques sur l'impact des accidents de la route. En ce qui concerne le premier groupe, la littérature se concentre principalement sur les victimes grièvement blessées. Dans la présente étude, l'échantillon inclut également des victimes légèrement blessées et des victimes physiquement indemnes. Elles aussi peuvent en effet subir des conséquences psychologiques importantes et profondes dans la période suivant l'accident (Heron-Delaney et al., 2013).

Dans cette recherche, la période de rappel a été fixée à 20 ans. Bien que cette longue période ait aussi un inconvénient (voir plus loin), elle nous a permis d'obtenir un aperçu des conséquences à (très) long terme. La plupart des études recensées dans la littérature adoptent une démarche prospective où les participants sont évalués à différents moments. Les dernières évaluations dans les études qui examinent les conséquences à plus long terme se déroulent généralement au maximum 12 mois après le traumatisme. Seules quelques études effectuent un suivi à un moment encore plus tardif, comme Mayou & Bryant (2002) (3 ans après l'accident) et Barth et al. (2005) (5 ans après l'accident). Bien que l'étude de l'évolution du stress post-traumatique, de la dépression et de l'anxiété soit la plus précise avec une étude prospective, une étude rétrospective, comme c'est le cas ici, offre une alternative intéressante pour obtenir une indication globale de l'ampleur et de la durée du problème.

La présente étude comporte toutefois aussi un certain nombre de limites, principalement liées à la conception méthodologique de la recherche. L'information sur les conséquences psychologiques d'un accident de la route a été collectée au moyen d'un questionnaire diffusé via différents canaux, tels que les réseaux sociaux, les associations de victimes et les organisations d'aide aux victimes. Tout d'abord, cette manière de procéder a montré que la population étudiée est très difficile à atteindre. Toutes les personnes qui ont été impliquées dans un accident de la route au cours des 20 dernières années, ou dont un proche a été impliqué dans un accident, n'ont pas forcément de contacts avec l'un des canaux de diffusion. En outre, le sujet de l'étude est particulièrement sensible. Il n'est pas évident pour les participants de revivre un événement traumatisant dans le cadre d'une recherche. Certains ont d'ailleurs indiqué que le remplissage du questionnaire avait déclenché de fortes émotions. Tant au début qu'à la fin du questionnaire, les coordonnées de plusieurs services et organisations d'aide ont été mentionnées, avec l'indication que les répondants pouvaient toujours prendre contact avec ces services s'ils avaient besoin de soutien, d'aide ou de conseils. Néanmoins, il faut reconnaître que le fait de répondre au questionnaire a pu susciter des émotions ou souvenirs difficiles chez les participants.

De ce fait, la taille finale de l'échantillon est restée limitée et il n'y a aucune garantie de représentativité. Sur base des résultats de la présente étude, nous ne pouvons donc pas tirer de conclusions sur la prévalence des conséquences psychologiques étudiées dans l'ensemble de la population des victimes de la route primaires ou secondaires. De plus, sur la base de l'échantillon actuel, seuls quelques facteurs de risque pour le développement du SSPT, de la dépression et de l'anxiété chez les personnes impliquées elles-mêmes dans un accident ont pu être analysés de manière univariée. L'échantillon était trop petit pour effectuer une analyse similaire pour les personnes dont un proche avait été impliqué.

La diffusion du questionnaire via des associations de victimes et des organisations d'aide a également conduit à un certain biais de sélection. On peut supposer que ce sont surtout les personnes qui subissent les conséquences les plus graves qui chercheront du soutien ou de l'aide auprès de ces organisations. C'est probablement l'une des explications pour lesquelles les prévalences dans cette étude sont en moyenne plus élevées que celles rapportées dans la littérature.

Lors de l'élaboration du questionnaire, on a tenté de trouver un équilibre entre la quantité d'informations nécessaires pour répondre aux questions de recherche et la longueur, la complexité et la commodité pour remplir le questionnaire. Finalement, il en est ressorti un questionnaire assez long. Cela a sans doute joué un rôle important dans l'abandon en cours de réponse et la taille finale de l'échantillon. Pour des recherches futures, il pourrait donc être recommandé, selon les questions de recherche, de traiter la thématique de manière plus courte et concise.

Les conséquences psychologiques, en particulier le stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété, ont été mesurées au moyen d'instruments validés. Il s'agit toutefois à chaque fois d'auto-évaluations, ce qui peut introduire un biais dans les résultats. Au lieu d'un questionnaire d'auto-évaluation, l'évaluation pourrait être réalisée par le biais d'un entretien structuré, comme la Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) (Weathers et al., 2018). Cet entretien est mené par un médecin, un thérapeute ou un chercheur clinique. Les entretiens structurés sont encore considérés comme la référence absolue pour établir des troubles psychologiques.

L'une des questions de recherche de cette étude était d'examiner la durée des conséquences psychologiques. C'est notamment pour cette raison que la période de rappel a été fixée à 20 ans. Comme déjà mentionné dans le chapitre sur la méthodologie (voir 3.1.1), une période aussi longue peut entraîner un biais de mémoire. Pour des accidents qui se sont produits il y a longtemps, il n'est pas évident de se souvenir de tous les détails. Comme déjà signalé, la perception de l'accident peut aussi évoluer au fil du temps et un état psychologique fragilisé peut amener à percevoir l'expérience de manière plus négative. La longue période de rappel peut donc conduire aussi bien à une sous-estimation qu'à une surestimation des symptômes mesurés. D'un autre côté, comme l'étude l'a aussi montré, les victimes d'accidents de la route et leurs proches subissent les conséquences de l'accident pendant longtemps. Il est donc légitime de considérer que, face à un événement aussi marquant, les réponses des participants sont suffisamment fiables pour rendre compte des effets qu'ils ont réellement vécus.

La recherche nous a contraints à délimiter la population étudiée et à inclure dans le groupe cible 2 uniquement les membres de la famille directe (partenaire, parent, enfant, frère, sœur) des victimes d'accidents de la route. Toutefois, cela ne signifie pas que d'autres personnes de l'entourage proche, comme d'autres membres de la famille ou des amis, ne subissent pas d'impact. Dans des recherches futures, le groupe cible des "victimes secondaires" pourrait donc être élargi pour examiner également l'impact sur d'autres personnes. Par ailleurs, seules les personnes âgées de plus de 18 ans pouvaient participer à l'enquête. L'impact sur les enfants est pourtant également important. Les enfants rencontrent d'autres difficultés à la suite d'un accident de la route dont ils ont été eux-mêmes victimes ou lors du processus de deuil lorsque, par exemple, un parent, un frère ou une sœur a été impliqué dans un accident mortel (Attwood et al., 2023). De plus, les conséquences psychologiques peuvent avoir un impact sur leur développement futur. Jusqu'à présent, il existe toutefois peu de recherches centrées sur les enfants. Une étude néerlandaise récente, TrafVic Kids, tente d'obtenir davantage d'informations sur les conséquences émotionnelles pour les enfants et les jeunes et sur le type d'aide approprié pour eux après un accident de la route<sup>11</sup>. Les résultats de cette recherche n'ont pas encore été publiés au moment de la présente étude.

---

<sup>11</sup> <https://fondsslachtofferhulp.nl/projecten/trafvic-kids/>

## 6 Conclusions et recommandations

Cette étude met en évidence l'important impact psychologique que peuvent avoir les accidents de la route, tant sur les personnes impliquées elles-mêmes que sur les membres de la famille proche des victimes. Ainsi, de fortes prévalences de symptômes de SSPT, de dépression et d'anxiété ont été constatées, ainsi qu'un taux élevé de comorbidité de ces trois psychopathologies. Les conséquences psychologiques semblent dans une certaine mesure plus importante parmi les proches des victimes que parmi les victimes elles-mêmes. De plus, ces problèmes peuvent persister longtemps. Cela ressort clairement des prévalences considérables encore observées chez les personnes dont l'accident remonte à plus de dix ans, ainsi que du nombre élevé de personnes dont les symptômes persistent depuis plus de trois ans.

Cette étude souligne la nécessité d'une vision plus globale des conséquences d'un accident de la route. Les dommages matériels et corporels peuvent relativement facilement être chiffrés (voir par ex. Institut Vias (2024)). Ce n'est pas le cas des conséquences psychologiques, qui sont rarement, voire jamais, intégrées dans les statistiques relatives au coût sociétal des accidents de la route. Lorsqu'on ne prend en compte que les lésions corporelles, une grande partie de la souffrance engendrée est ignorée. Il s'ensuit qu'un processus de rétablissement centré uniquement sur les aspects purement physiques sera, dans la plupart des cas, insuffisant. Pour cette raison, nous plaidons en faveur d'un processus de rétablissement mixte, dans lequel les aspects physiques et psychiques sont abordés conjointement. Le fonctionnement humain est, en effet, le résultat d'une symbiose entre le corps et l'esprit. Négliger l'un de ces deux composants entrave un processus de rétablissement optimal. En d'autres termes, le non-traitement des effets psychiques peut avoir des conséquences négatives sur le processus de guérison physique. Le piège ici est que la récupération physique est la plus visible. Or, cette étude montre que les victimes portent longtemps en elles les conséquences psychologiques, souvent moins visibles. Porter l'attention sur l'interaction entre les facteurs physiques et psychiques (psychosomatiques) peut constituer une réelle plus-value pour ce groupe cible.

Les résultats soulignent donc l'importance d'un dépistage précoce et d'un traitement de longue durée des troubles psychiques. Toutefois, ces traitements ne devront pas, dans la plupart des cas, se concentrer sur un seul type de plainte ou de symptôme, mais bien sur plusieurs. Nous avons en effet observé un taux élevé de comorbidité psychique. Cette comorbidité rend le processus thérapeutique complexe. Ainsi, nous avons constaté d'une part, que les trois psychopathologies étudiées n'ont pas nécessairement le même déroulement temporel dans le processus de récupération. D'autre part, il faut souligner que l'approche et le traitement, par exemple, du SSPT et des symptômes dépressifs ne sont pas nécessairement les mêmes, peuvent suivre une intensité différente et requièrent éventuellement un autre type de suivi. De plus, des interactions peuvent survenir entre les effets psychiques des différentes psychopathologies. C'est pourquoi nous plaidons pour un suivi psychologique immédiat, de longue durée et adapté.

Dans ce contexte, il est important que l'aide soit facilement accessible, non seulement pour la personne impliquée elle-même, mais aussi pour son entourage. Chaque victime de la route et chaque personne (in)directement touchée par un accident doit, à tout moment, pouvoir accéder à cette prise en charge holistique. Le terme "holistique" se réfère ici non seulement au jeu complexe entre facteurs physiques et psychiques, mais aussi au fait que les proches font partie intégrante du processus de rétablissement.

Il est fortement recommandé de continuer à suivre cette thématique et de répéter cette étude à l'avenir. Pour de futures recherches, il est conseillé de mettre en place un design prospectif, dans lequel victimes et proches seraient interrogés à différents moments. De cette manière, on pourrait mieux tenir compte du temps écoulé depuis l'accident et obtenir de nouveaux éclairages sur l'évolution des problèmes et des symptômes au fil du temps. Un échantillon plus large permettrait en outre de réaliser une analyse multivariée des possibles facteurs de risque personnels et externes et de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents. Un vaste échantillon comprenant tant des victimes blessées que non blessées permettrait, par exemple, une analyse plus fine de l'impact de la gravité des blessures. D'autres thématiques, peu ou pas abordées dans la présente étude, devraient également faire l'objet de recherches ultérieures, comme la vulnérabilité psychique prémorbide, le rôle de l'attribution interne ou externe de l'accident, l'impact des facteurs socio-économiques sur le rétablissement mental après l'accident, les problématiques de dépendance et le suicide.

Une telle future enquête pourrait, par exemple, s'intégrer au processus de traitement clinique. Ainsi, la participation à l'étude pourrait être davantage accompagnée de manière professionnelle, de sorte que d'éventuels (nouveaux) effets psychiques liés à l'évaluation puissent être suivis de près. En outre, cette approche permettrait également de recueillir, du point de vue clinique, notamment des psychologues et des médecins généralistes, davantage d'informations sur la problématique, telles que la prévalence, au sein de

leur patientèle, du stress post-traumatique, de la dépression et des troubles anxieux résultant d'un accident de la route, la prévalence d'autres psychopathologies et problèmes, l'évolution et la durée des troubles ressentis, la manière dont les troubles psychiques sont diagnostiqués et traités, ainsi que la façon dont les comorbidités sont prises en charge.

## Références

- Alghnam, S., Wegener, S. T., Bhalla, K., Colantuoni, E., & Castillo, R. (2015). Long-term outcomes of individuals injured in motor vehicle crashes: A population-based study. *Injury, 46*(8), 1503–1508. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2015.06.004>
- Allenou, C., Olliac, B., Bourdet-Loubère, S., Brunet, A., David, A.-C., Claudet, I., Lecoules, N., Rouillet, P., Bui, E., & Birmes, P. (2010). Symptoms of traumatic stress in mothers of children victims of a motor vehicle accident. *Depression and Anxiety, 27*(7), 652–657. <https://doi.org/10.1002/da.20650>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Arora, D., Belsiyal, C. X., & Rawat, V. S. (2021). Prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression among survivors of motor vehicle accidents from a hilly Indian state. *Indian Journal of Psychiatry, 63*(3), 250–257. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_1059\\_20](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_1059_20)
- Attwood, C., Benkwitz, A., & Holland, M. (2023). “We are the forgotten grievers”: Bereaved family members’ experiences of support and mental ill-health following a road traffic collision. *Death Studies, 47*(9), 1025–1032. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2160032>
- Barth, J., Kopfmann, S., Nyberg, E., Angenendt, J., & Frommberger, U. (2005). Posttraumatic stress disorders and extent of psychosocial impairments five years after a traffic accident. *GMS Psycho-Social Medicine, 2*, Doc09.
- Berna, G., Vaiva, G., Ducrocq, F., Duhem, S., & Nandrino, J. L. (2012). Categorical and dimensional study of the predictive factors of the development of a psychotrauma in victims of car accidents. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(1), 239–245. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.011>
- Bhateja, A., Kumar, P., Gaidhane, S., Ballal, S., Kumar, S., Bhat, M., Sharma, S., Kumar, M. R., Rustagi, S., Khatib, M. N., Rai, N., Sah, S., Lakhanpal, S., Bushi, G., Shabil, M., Goh, K. W., & Satapathy, P. (2025). Post-traumatic stress disorder among road traffic accident survivors: A systematic review and meta-analysis. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives, 30*, 101374. <https://doi.org/10.1016/j.trip.2025.101374>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

- Boelen, P. A., Eisma, M. C., Keijser, J. de, & Lenferink, L. I. M. (2022). Traumatic stress, depression, and non-bereavement grief following non-fatal traffic accidents: Symptom patterns and correlates. *PLOS ONE*, *17*(2), e0264497. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264497>
- Bouwen, L. (2024). *Gehospitaliseerde verkeersgewonden in 2022 – Statistisch rapport*.
- Breen, L. J., & O'Connor, M. (2009). Acts of Resistance: Breaking the Silence of Grief Following Traffic Crash Fatalities. *Death Studies*, *34*(1), 30–53. <https://doi.org/10.1080/07481180903372384>
- Chan, A. O. M., Medicine, M., Air, T. M., & McFarlane, A. C. (2003). Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South australia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(2), 175–181. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0210>
- Charafeddine, R., Demarest, S., & Maetens, A. (2025). Enquête de santé 2023-2024 : Qualité de vie liée à la santé. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2025. Numéro de rapport : D/2025.14.440/46. Disponible en ligne : [www.enquetesante.be](http://www.enquetesante.be)
- Chossegros, L., Hours, M., Charnay, P., Bernard, M., Fort, E., Boisson, D., Sancho, P.-O., Yao, S. N., & Laumon, B. (2011). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. *Accident Analysis & Prevention*, *43*(1), 471–477. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2010.10.004>
- Christiansen, D. M., & Hansen, M. (2015). Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*(1), 26068. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26068>
- Copanitsanou, P., Drakoutos, E., & Kechagias, V. (2018). Posttraumatic Stress, Depressive Emotions, and Satisfaction With Life After a Road Traffic Accident. *Orthopedic Nursing*, *37*(1), 43–53. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000417>
- Coronas, R., Gallardo, O., Moreno, M. J., Suárez, D., García-Parés, G., & Menchón, J. M. (2011). Heart rate measured in the acute aftermath of trauma can predict post-traumatic stress disorder: A prospective study in motor vehicle accident survivors. *European Psychiatry*, *26*(8), 508–512. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.06.006>
- Craig, A., Elbers, N. A., Jagnoor, J., Gopinath, B., Kifley, A., Dinh, M., Pozzato, I., Ivers, R. Q., Nicholas, M., & Cameron, I. D. (2017). The psychological impact of traffic injuries sustained in a road crash by bicyclists: A prospective study. *Traffic Injury Prevention*, *18*(3), 273–280. <https://doi.org/10.1080/15389588.2016.1248760>

- Dai, W., Liu, A., Kaminga, A. C., Deng, J., Lai, Z., Yang, J., & Wen, S. W. (2018). Prevalence of acute stress disorder among road traffic accident survivors: A meta-analysis. *BMC Psychiatry, 18*(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1769-9>
- Elbers, N. A., Akkermans, A. J., Lockwood, K., Craig, A., & Cameron, I. D. (2015). Factors that challenge health for people involved in the compensation process following a motor vehicle crash: A longitudinal study. *BMC Public Health, 15*, 339. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1694-5>
- Elbers, N. A., Hulst, L., Cuijpers, P., Akkermans, A. J., & Bruinvels, D. J. (2013). Do compensation processes impair mental health? A meta-analysis. *Injury, 44*(5), 674–683. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2011.11.025>
- Feki, R., Zouari, L., Majdoub, Y., Omri, S., Gassara, I., Smaoui, N., Bouali, M. M., Ben Thabet, J., Charfi, N., & Maalej, M. (2024). [Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder in road traffic accidents]. *The Pan African Medical Journal, 47*, 89. <https://doi.org/10.11604/pamj.2024.47.89.38015>
- Fitzharris, M., Fildes, B., Charlton, J., & Tingvall, C. (2005). The relationship between perceived crash responsibility and post-crash depression. *Annual Proceedings / Association for the Advancement of Automotive Medicine, 49*, 79–92.
- Gopinath, B., Jagnoor, J., Kifley, A., Pozzato, I., Dinh, M., Craig, A., & Cameron, I. D. (2021). Twelve-month health outcomes for bicyclists and car occupants after a non-catastrophic traffic crash injury. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 64*(2), 101368. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.02.007>
- Grant, G. M., O'Donnell, M. L., Spittal, M. J., Creamer, M., & Studdert, D. M. (2014). Relationship Between Stressfulness of Claiming for Injury Compensation and Long-term Recovery: A Prospective Cohort Study. *JAMA Psychiatry, 71*(4), 446–453. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4023>
- Guest, R., Tran, Y., Gopinath, B., Cameron, I. D., & Craig, A. (2018). Prevalence and psychometric screening for the detection of major depressive disorder and post-traumatic stress disorder in adults injured in a motor vehicle crash who are engaged in compensation. *BMC Psychology, 6*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0216-5>
- Haagsma, J. A., Polinder, S., Toet, H., Panneman, M., Havelaar, A. H., Bonsel, G. J., & Beeck, E. F. van. (2011). Beyond the neglect of psychological consequences: Post-traumatic stress disorder increases the non-fatal burden of injury by more than 50%. *Injury Prevention, 17*(1), 21–26. <https://doi.org/10.1136/ip.2010.026419>

- Haagsma, J., Polinder, S., Lyons, R., Lund, J., Ditsuwan, V., Prinsloo, M., Veerman, J., & van Beeck, E. (2012). Improved and standardized method for assessing years lived with disability after injury. *Bulletin of the World Health Organization*, *90*(7), 513–521. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.095109>
- Hasselberg, M., Kirsebom, M., Bäckström, J., Berg, H.-Y., & Rissanen, R. (2019). I did NOT feel like this at all before the accident: Do men and women report different health and life consequences of a road traffic injury? *Injury Prevention*, *25*(4), 307–312. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042673>
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, MF., Kind, P., Parkin, D., Bonse, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, *20*(10), 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Heron-Delaney, M., Kenardy, J., Charlton, E., & Matsuoka, Y. (2013). A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Injury*, *44*(11), 1413–1422. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2013.07.011>
- Ho, R., Davidson, G., Van Dyke, M., & Agar-Wilson, M. (2000). The Impact of Motor Vehicle Accidents on the Psychological Well-being of At-fault Drivers and Related Passengers. *Journal of Health Psychology*, *5*(1), 33–51. <https://doi.org/10.1177/135910530000500108>
- Holeva, V., Tarrrier, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, *32*(1), 65–83. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80044-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80044-7)
- Huang, L. (2016). Identifying risk factors for household burdens of road traffic fatalities: Regression results from a cross-sectional survey in Taiwan. *BMC Public Health*, *16*(1), 1202. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3813-3>
- Irish, L. A., Fischer, B., Fallon, W., Spoonster, E., Sledjeski, E. M., & Delahanty, D. L. (2011). Gender differences in PTSD symptoms: An exploration of peritraumatic mechanisms. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(2), 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.09.004>
- Jeavons, S. (2000). Predicting who suffers psychological trauma in the first year after a road accident. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(5), 499–508. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00073-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00073-x)
- Kenardy, J., Edmed, S. L., Shourie, S., Warren, J., Crothers, A., Brown, E. A., Cameron, C. M., & Heron-Delaney, M. (2018). Changing patterns in the prevalence of posttraumatic stress disorder, major depressive episode and generalized anxiety disorder over 24 months following a road traffic crash:

- Results from the UQ SuPPORT study. *Journal of Affective Disorders*, 236, 172–179.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.090>
- Kovacevic, J., Fotez, I., Miskulin, I., Lesic, D., Miskulin, M., Berlancic, T., Vukoja, I., Candrlic, S., Palenkic, H., & Candrlic, M. (2021). Different Patterns of Mental Health Outcomes among Road Traffic Crash Survivors: A Prospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041564>
- Kovacevic, J., Miskulin, M., Degmecic, D., Vcev, A., Leovic, D., Sisljagic, V., Simic, I., Palenkic, H., Vcev, I., & Miskulin, I. (2020). Predictors of Mental Health Outcomes in Road Traffic Accident Survivors. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/jcm9020309>
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2005). An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 585–594. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.005>
- Lang, A. J., Wilkins, K., Roy-Byrne, P. P., Golinelli, D., Chavira, D., Sherbourne, C., Rose, R. D., Bystritsky, A., Sullivan, G., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2012). Abbreviated PTSD Checklist (PCL) as a guide to clinical response. *General Hospital Psychiatry*, 34(4), 332–338. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.02.003>
- Lin, W., Gong, L., Xia, M., & Dai, W. (2018). Prevalence of posttraumatic stress disorder among road traffic accident survivors: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine*, 97(3), e9693. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009693>
- Littleton, S. M., Hughes, D. C., Poustie, S. J., Robinson, B. J., Neeman, T., Smith, P. N., & Cameron, I. D. (2012). The influence of fault on health in the immediate post-crash period following road traffic crashes. *Injury*, 43(9), 1586–1592. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2011.03.002>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care*, 46(3), 266. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Matsuoka, Y., Nishi, D., Nakajima, S., Kim, Y., Homma, M., & Otomo, Y. (2008). Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: The Tachikawa Cohort of Motor Vehicle

- Accident Study. *Critical Care Medicine*, 36(1), 74.  
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000291650.70816.D6>
- Mayou, R., & Bryant, B. (2001). Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 528–534.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.528>
- Mayou, R., & Bryant, B. (2002). Outcome 3 years after a road traffic accident. *Psychological Medicine*, 32(4), 671–675. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005470>
- Mayou, R., & Bryant, B. (2003). Consequences of road traffic accidents for different types of road user. *Injury*, 34(3), 197–202. [https://doi.org/10.1016/S0020-1383\(02\)00285-1](https://doi.org/10.1016/S0020-1383(02)00285-1)
- Meunier, J.-C., Dupont, E., Mersch, J., & Van den Berghe, W. (2018). *My Life After the Crash—MyLAC: An international study on medical, psycho-social and economic consequences of road injuries*. Brussels, Belgium. Vias institute.
- Murgatroyd, D. F., Cameron, I. D., & Harris, I. A. (2011). Understanding the effect of compensation on recovery from severe motor vehicle crash injuries: A qualitative study. *Injury Prevention*, 17(4), 222–227. <https://doi.org/10.1136/ip.2010.029546>
- Nickerson, A., Aderka, I. M., Bryant, R. A., & Hofmann, S. G. (2013). The role of attribution of trauma responsibility in posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Depression and Anxiety*, 30(5), 483–488. <https://doi.org/10.1002/da.22006>
- Nishi, D., Noguchi, H., Yonemoto, N., Nakajima, S., Kim, Y., & Matsuoka, Y. (2013). Incidence and Prediction of Post-Traumatic Stress Disorder at 6 Months After Motor Vehicle Accidents in Japan. *Psychosomatics*, 54(3), 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2012.07.010>
- O'Donnell, M. L., Bryant, R. A., Creamer, M., & Carty, J. (2008). Mental health following traumatic injury: Toward a health system model of early psychological intervention. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 387–406. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.008>
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R. A., Schnyder, U., & Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorders following injury: An empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 587–603. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00036-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00036-9)
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1390–1396. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1390>

- O'Donnell, M. L., Grant, G., Alkemade, N., Spittal, M., Creamer, M., Silove, D., McFarlane, A., Bryant, R. A., Forbes, D., & Studdert, D. M. (2015). Compensation seeking and disability after injury: The role of compensation-related stress and mental health. *The Journal of Clinical Psychiatry, 76*(8), e1000–e1005. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09211>
- Ohlin, M., Berg, H.-Y., Lie, A., & Algurén, B. (2017). Long-term problems influencing health-related quality of life after road traffic injury – Differences between bicyclists and car occupants. *Journal of Transport & Health, 4*, 180–190. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2016.08.007>
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup4), 1351204. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204>
- Papadakaki, M., Ferraro, O. E., Orsi, C., Otte, D., Tzamalouka, G., von-der-Geest, M., Lajunen, T., Özkan, T., Morandi, A., Sarris, M., Pierrakos, G., & Chliaoutakis, J. (2017). Psychological distress and physical disability in patients sustaining severe injuries in road traffic crashes: Results from a one-year cohort study from three European countries. *Injury, 48*(2), 297–306. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.11.011>
- Papadakaki, M., Tsalkanis, A., Sarris, M., Pierrakos, G., Eleonora Ferraro, O., Stamouli, M.-A., Orsi, C., Otte, D., Tzamalouka, G., Lajunen, T., Özkan, T., Morandi, A., Gnardellis, C., & Chliaoutakis, J. (2018). Physical, psychological and economic burden of two-wheel users after a road traffic injury: Evidence from intensive care units of three EU countries. *Journal of Safety Research, 67*, 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2018.10.005>
- Platts-Mills, T. F., Nebolisa, B. C., Flannigan, S. A., Richmond, N. L., Domeier, R. M., Swor, R. A., Hendry, P. L., Peak, D. A., Rathlev, N. K., Jones, J. S., Lee, D. C., Jones, C. W., & McLean, S. A. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder among Older Adults Experiencing Motor Vehicle Collision: A Multicenter Prospective Cohort Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(9), 953–963. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.03.011>
- Quale, A. J., Schanke, A.-K., Frøslie, K. F., & Røise, O. (2009). Severity of injury does not have any impact on posttraumatic stress symptoms in severely injured patients. *Injury, 40*(5), 498–505. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2008.11.006>
- R Core Team. (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna, Austria. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.r-project.org/>

- Rabin, R., & Charro, F. de. (2001). EQ-SD: A measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine*, 33(5), 337–343. <https://doi.org/10.3109/07853890109002087>
- Sabahi, Z., Hasani, P., Salehi-Pourmehr, H., Beheshti, R., & Sadeghi-Bazargani, H. (2024). What Are the Predictors of Post-traumatic Stress Disorder Among Road Traffic Accident Survivors: A Systematic Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 212(2), 104–116. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001739>
- Smith, B., Mackenzie-Ross, Sarah, & Scragg, P. (2007). Prevalence of poor psychological morbidity following a minor road traffic accident (RTA): The clinical implications of a prospective longitudinal study. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(2), 149–155. <https://doi.org/10.1080/09515070701403679>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Spooren, D. J., Henderick, H., & Jannes, C. (2000). Survey description of stress of parents bereaved from a child killed in a traffic accident. A retrospective study of a victim support group. *Omega: Journal of Death and Dying*, 42(2), 171–185. <https://doi.org/10.2190/NN3C-X4JF-ME0Y-PRH4>
- Stull, D. E., Leidy, Nancy Kline, Parasuraman, Bhash, & Chassany, O. (2009). Optimal recall periods for patient-reported outcomes: Challenges and potential solutions. *Current Medical Research and Opinion*, 25(4), 929–942. <https://doi.org/10.1185/03007990902774765>
- Swartzman, S., Booth, J. N., Munro, A., & Sani, F. (2017). Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 34(4), 327–339. <https://doi.org/10.1002/da.22542>
- Tehrani, N. (2004). Road victim trauma: An investigation of the impact on the injured and bereaved\*. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(4), 361–373. <https://doi.org/10.1080/09515070412331331255>
- The EuroQol Group. (1990). EuroQol—A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199–208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)

- Thompson, J., Berk, M., O'Donnell, M., Stafford, L., & Nordfjaern, T. (2014). Attributions of responsibility and recovery within a no-fault insurance compensation system. *Rehabilitation Psychology, 59*(3), 247–255. <https://doi.org/10.1037/a0036543>
- Thompson, J., O'Donnell, M., Stafford, L., Nordfjaern, T., & Berk, M. (2014). Association between attributions of responsibility for motor vehicle crashes, depressive symptoms, and return to work. *Rehabilitation Psychology, 59*(4), 376–385. <https://doi.org/10.1037/rep0000012>
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(1), 37–85. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.37>
- Tsujimura-Ito, T. (2019). State of damage to and support for victims of motor vehicle accidents in Japan. *IATSS Research, 43*(2), 97–107. <https://doi.org/10.1016/j.iatssr.2019.06.001>
- Valentine, S. E., Gerber, M. W., Nobles, C. J., Shtasel, D. L., & Marques, L. (2016). Longitudinal study of mental health and pain-related functioning following a motor vehicle collision. *Health Psychology, 35*(7), 742–750. <https://doi.org/10.1037/hea0000329>
- van Dijk, I., Boelen, P. A., de Keijser, J., Reitsma, L., & Lenferink, L. I. M. (2025). Prolonged grief and posttraumatic stress in parents who lost a child in a road traffic accident: A latent class analysis. *Journal of Affective Disorders Reports, 20*, 100879. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2025.100879>
- Vias institute. (2023). *Belgium – ESRA3 Country Fact Sheet. ESRA3 survey (E-Survey of Road users' Attitudes). Version 2 (01/2024). [Fact sheet]*. <https://www.esranet.eu/storage/minisites/esra2023countryfactsheetbelgiumnl.pdf>
- Vias institute. (2024). *Briefing "Les coûts sociaux de l'insécurité routière."* Bruxelles, Belgique, Institut Vias.
- von Steinbuechel, N., Rauen, K., Krenz, U., Wu, Y.-J., Covic, A., Plass, A. M., Cunitz, K., Mueller, I., Bockhop, F., Polinder, S., Wilson, L., Steyerberg, E. W., Maas, A. I. R., Menon, D., Zeldovich, M., & The Linguistic Validation Group of CENTER-TBI. (2021). Translation and Linguistic Validation of Outcome Instruments for Traumatic Brain Injury Research and Clinical Practice: A Step-by-Step Approach within the Observational CENTER-TBI Study. *Journal of Clinical Medicine, 10*(13), Article 13. <https://doi.org/10.3390/jcm10132863>
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and initial

psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383–395.  
<https://doi.org/10.1037/pas0000486>

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. *Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX*, 462.

Wilkins, K. C., Lang, A. J., & Norman, S. B. (2011). Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depression and Anxiety*, 28(7), 596–606.  
<https://doi.org/10.1002/da.20837>

Yaşan, A., Güzel, A., Tamam, Y., & Ozkan, M. (2009). Predictive Factors for Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder after Motor Vehicle Accidents. *Psychopathology*, 42(4), 236–241.  
<https://doi.org/10.1159/000218521>

# Annexe 1. Notification de traitement des données

## NOTIFICATION DE TRAITEMENT DES DONNÉES

### Étude sur les conséquences des accidents de la route

1. Nous accordons beaucoup d'importance à la protection de vos données à caractère personnel. Cette notification vise à vous informer de la façon dont nous traitons ces données lorsque vous prenez part à notre étude sur les conséquences des accidents de la route (« l'étude »).

La présente notification complète notre notification générale en matière de traitement des données personnelles disponible sur notre site Internet : <https://www.vias.be/fr/privacy-policy/>.

2. L'institut Vias, société coopérative reconnue comme entreprise sociale, dont le siège social est situé à 1130 Bruxelles, Chaussée de Haecht 1405, inscrite à la Banque-Carrefour des Entreprises sous le numéro 0432.570.411 (ci-après « institut Vias » ou « nous » ) est le responsable du traitement des données à caractère personnel que vous nous fournissez dans le cadre de la présente étude.

L'institut Vias a désigné un fonctionnaire en charge de la protection des données joignable par courrier à l'adresse susmentionnée ou par mail à l'adresse [dpo@vias.be](mailto:dpo@vias.be).

Vias réalise cette recherche pour le compte du Service Public Fédéral Mobilité et Transports, rue du Progrès 56, 1210 Bruxelles (« SPF Mobilité »). Le SPF Mobilité n'aura pas accès à vos réponses à l'enquête, mais il recevra uniquement les résultats agrégés de la recherche et les recommandations politiques qui en découlent.

3. Pour réaliser l'étude sur les conséquences des accidents de la route, nous sommes contraints de collecter et de traiter des données de recherche, qui comprennent en principe des données à caractère personnel.

L'objectif principal de cette étude à laquelle vous êtes invité à participer est de mesurer l'impact psychologique des accidents de la route sur le bien-être des personnes impliquées et de leurs proches, et de comprendre les facteurs qui peuvent aider à mieux y faire face. Les résultats de cette étude permettront de formuler des recommandations stratégiques en vue de mieux encadrer et soutenir les victimes de la route.

Si vous prenez part à l'étude, nous vous demanderons aussi des informations qui nous aideront à analyser scientifiquement les données de recherche. Ces informations ont trait à vos caractéristiques personnelles, comme le sexe, l'âge et la région du domicile, aux conséquences médicales et socio-économiques, au moment de l'accident, et à vos caractéristiques professionnelles, comme le niveau d'éducation et le statut professionnel.

En principe, l'étude ne recueille pas de données personnelles qui, en elles-mêmes, permettent d'identifier directement un participant à l'étude (telles que le nom, le prénom, la date de naissance, le numéro de téléphone, l'adresse, le numéro de registre national ou l'adresse email personnelle). Toutefois, nous ne pouvons pas exclure la possibilité que vous puissiez être identifié(e) sur la base de vos réponses (par exemple, sur la base de vos réponses dans les champs de réponses ouvertes) ou d'une combinaison de vos réponses, ce qui ferait de vos réponses des données à caractère personnel. C'est la raison pour laquelle cet avis de traitement des données a été préparé.

4. La participation à l'étude est entièrement volontaire. Dans la mesure où votre participation à la recherche nécessite le traitement de données à caractère personnel, nous vous demandons votre consentement pour utiliser les informations que vous avez rapportées sur vos expériences dans le cadre de notre étude sur les conséquences des accidents de la route.

5. Vos données à caractère personnel sont traitées par les travailleurs, les collaborateurs, les consultants et les managers de l'institut Vias dans la mesure nécessaire à la réalisation de l'étude et/ou la gestion des résultats de l'étude. En outre, nous comptons sur les services de nos fournisseurs IT qui sécurisent le traitement des données à caractère personnel. Vos données à caractère personnel ne sont en principe jamais partagées avec

des tiers sauf, par exemple, si nous y sommes contraints par un tribunal ou un autre organisme de répression criminelle.

6. Vos données à caractère personnel sont en principe traitées au sein de l'Union européenne. Cependant, pour le questionnaire de cette étude, nous recourons aux services du logiciel d'enquête en ligne de WorldAPP, Inc., un fournisseur dont le siège se trouve aux États-Unis. WorldAPP, Inc. a adhéré au cadre Europe-États-Unis de protection des données personnelles et est repris dans le registre de ce cadre, ce qui garantit un niveau de protection adéquat pour lesdites données personnelles.

7. Nous conservons vos données à caractère personnel aussi longtemps que nécessaire aux fins de la recherche. Les données de recherche sont conservées sous forme pseudonymisée jusqu'à cinq ans après la clôture de l'étude pour laquelle le questionnaire a été réalisé afin de permettre à l'institut Vias de démontrer l'exactitude scientifique des résultats de l'enquête. Les données d'étude peuvent être conservées pendant une période plus longue si cela est nécessaire pour des études de suivi sur le même sujet. Nous prenons en outre toutes les mesures techniques et organisationnelles pour assurer, compte tenu des risques potentiels, un niveau de sécurité adéquat de vos données à caractère personnel.

8. Nous ne recourons pas aux processus décisionnels automatisés qui produisent des effets juridiques ou vous affectent de manière significative.

9. Dans la mesure prévue par la loi et applicable au traitement de vos données à caractère personnel dans le cadre de l'étude, vous disposez des droits suivants :

- le droit de demander l'accès à vos données personnelles que nous traitons ;
- le droit d'obtenir la rectification de vos données personnelles erronées. Votre demande de rectification doit être appuyée par la preuve des erreurs que vous souhaitez faire corriger ;
- le droit de retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données personnelles, lorsque nous traitons vos données personnelles sur la base de votre consentement ;
- le droit d'obtenir l'effacement de vos données personnelles ou de limiter leur traitement sous les conditions prévues par la législation en vigueur ;
- le droit de s'opposer au traitement de vos données personnelles pour des raisons liées à votre situation particulière, et à tout moment, sans frais ni justification au traitement à des fins de marketing direct ;
- le droit de nous demander d'obtenir les données personnelles que vous nous avez fournies par des procédés automatisés dans un format structuré, commun et lisible par machine afin de les transférer à un autre responsable du traitement ;
- Le droit de porter plainte auprès de l'autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be/citoyen/agir/introduire-une-plainte>).

Pour exercer les droits susmentionnés, vous pouvez prendre contact avec notre fonctionnaire en charge de la protection des données par mail à l'adresse [dpo@vias.be](mailto:dpo@vias.be) (ou par courrier à l'adresse susmentionnée). Veuillez indiquer clairement quel droit vous souhaitez exercer et, le cas échéant, veuillez fournir les raisons de votre demande ou des preuves à l'appui. Nous accuserons réception de votre demande et l'examinerons ultérieurement. Si votre demande est valable, nous la traiterons dans les meilleurs délais. Si nous avons des doutes sur votre identité, nous pouvons vous demander de transmettre des informations supplémentaires aux fins de vérification.

Nous insistons sur le fait que nous ne vous demandons pas de partager des informations qui nous permettraient de vous identifier directement. Cela signifie qu'en principe, nous ne pouvons pas établir de lien entre vos réponses et votre personne. Vous ne serez identifiable sur la base de vos réponses que dans des circonstances exceptionnelles. Cela signifie que vous ne pourrez exercer vos droits en tant que personne concernée que dans des cas exceptionnels, car ces droits ne s'appliquent qu'au traitement des données à caractère personnel d'une personne identifiée ou identifiable.

Si vous avez des questions sur la manière dont nous traitons vos données personnelles ou si vous n'êtes pas satisfait quant à la façon dont nous traitons vos données personnelles, vous pouvez nous le faire savoir en envoyant un mail à [dpo@vias.be](mailto:dpo@vias.be).

## Annexe 2. Instruments de mesure

### EQ-5D-5L

*Veillez cocher la case à côté de la phrase qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI*

#### MOBILITÉ

Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied	<input type="checkbox"/>
Je suis incapable de me déplacer à pied	<input type="checkbox"/>

#### AUTONOMIE DE LA PERSONNE

Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>
Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>

**ACTIVITÉS COURANTES** (*exemples : travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs*)

Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes	<input type="checkbox"/>
Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes	<input type="checkbox"/>

#### DOULEUR / GÊNE

Je n'ai ni douleur ni gêne	<input type="checkbox"/>
J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)	<input type="checkbox"/>
J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)	<input type="checkbox"/>
J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)	<input type="checkbox"/>
J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)	<input type="checkbox"/>

#### ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)	<input type="checkbox"/>
Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>
Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>
Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>
Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. Belgium (Flemish) v1.0

## EQ-5D VAS

*Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.*

*Cette échelle est numérotée de 0 à 100.*

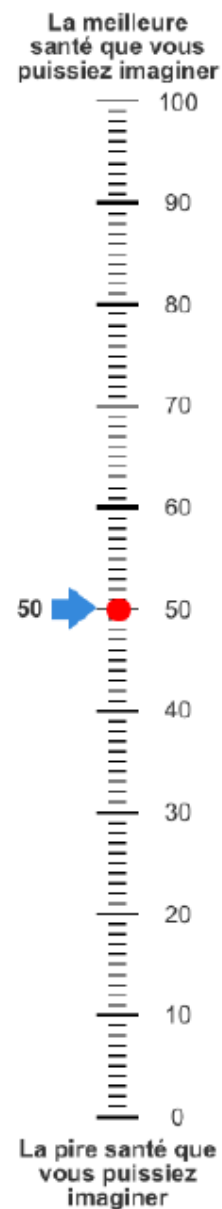
*100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.*

*0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.*

*Veillez appuyer sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI.*

*[Veillez écrire la valeur correspondant à votre état de santé AUJOURD'HUI dans la case ci-dessous]*

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI = \_\_\_\_



© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. Belgium (Flemish) v1.0

## PCL-6

*Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes que des personnes peuvent rencontrer en réaction à une expérience très stressante. Veuillez lire chaque problème attentivement et cocher la case indiquant à quel point vous avez été ou non gêné par ce problème durant le dernier mois.*

	Pas du tout	Un tout petit peu	Modérément	Fortement	Extrêmement
Des souvenirs, des pensées ou des images répétés d'une expérience stressante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des sentiments bouleversés lorsque quelque chose vous a rappelé une expérience stressante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait d'éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappelaient une expérience stressante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sentiment d'être éloigné ou exclu par rapport aux autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des sentiments d'irritabilité ou des accès de colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des difficultés pour vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PHQ-9

*Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e) ?  
Veuillez cocher la case correspondant à votre réponse.*

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir peu d'appétit ou manger trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), d'avoir déçu sa famille ou de s'être déçu(e) soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceci est une question de contrôle, veuillez cocher « presque tous les jours »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GAD-7**

*Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e) ?  
Veuillez cocher la case correspondant à votre réponse.*

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à maîtriser ses inquiétudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des difficultés à se détendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un sentiment de peur, comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Annexe 3. Résultats complémentaires

Tableau 23. Résultats complémentaires : caractéristiques sociodémographiques des répondants.

	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
<b>Expérience de conduite : nombre moyen de kilomètres parcourus par an</b>		
Répondants impliqués dans un accident comme conducteur de moto (permis A)	N = 2	-
Moins de 5.000 km	1 (50,0)	-
Entre 5.000 et 20.000 km	1 (50,0%)	-
Répondants impliqués dans un accident comme conducteur de voiture (permis B)	N = (25)	-
Moins de 5.000 km	4 (16%)	-
Entre 5.000 et 20.000 km	8 (32%)	-
Entre 20.000 et 50.000 km	4 (16%)	-
Plus de 50.000 km	3 (12%)	-
Inconnu	6 (24%)	-
<b>Implication dans un autre accident de la route avec tués ou blessés</b>	<b>N = 51</b>	-
Avant l'accident	9 (17,6%)	-
Depuis l'accident	8 (15,7%)	-

Tableau 24. Résultats complémentaires : circonstances de l'accident de la route.

	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
<b>Témoin de l'accident</b>	-	<b>N=38</b>
Oui	-	1 (2,6%)
Non	-	37 (97,4%)
<b>Souvenir de l'accident (si accident datant de plus de 10 ans) (0-5)</b>	<b>N = 21</b>	-
Plus aucun souvenir (0)	6 (28,6%)	-
Souvenir moyen à bon (1-4)	8 (38,1%)	-
Très bon souvenir (5)	7 (33,3%)	-
<b>Mode de déplacement : conducteur ou passager</b>		
Vélo	N = 14	N = 13
Conducteur	13 (92,9%)	13 (100%)
Pas d'application	1 (7,1%)	-
Cyclomoteur	N = 3	N = 2
Conducteur	3 (100%)	2 (100%)
Moto	N = 2	N = 4
Conducteur	2 (100%)	3 (75%)
Passager	-	1 (25%)
Voiture	N = 28	N = 21
Conducteur	25 (89,3%)	8 (38,1%)
Passager	3 (10,7%)	13 (61,9%)
Bus	N = 1	-
Passager	1 (100%)	-
Camion	-	N = 1
Conducteur	-	1 (100%)
<b>Caractère effrayant de l'accident selon le mode de déplacement</b>		
À pied	N = 3	
Pas ou peu effrayant	1 (33,3%)	
Assez à très effrayant	2 (66,7%)	
Vélo	N = 14	
Pas ou peu effrayant	5 (35,7%)	
Assez à très effrayant	9 (64,3%)	
Cyclomoteur	N = 3	
Pas ou peu effrayant	2 (66,7%)	
Assez à très effrayant	1 (33,3%)	
Moto	N = 2	
Pas ou peu effrayant	1 (50,0%)	
Assez à très effrayant	1 (50,0%)	
Voiture	N = 28	
Pas ou peu effrayant	3 (10,7%)	
Assez à très effrayant	25 (89,3%)	
Bus	N = 1	
Pas ou peu effrayant	0 (0,0%)	
Assez à très effrayant	1 (100%)	

Tableau 25. Résultats complémentaires : après l'accident de la route.

	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
<b>Enregistrement de l'accident par la police</b>	<b>N = 51</b>	<b>N = 48</b>
Oui	38 (74,5%)	43 (89,6%)
Non	2 (3,9%)	0 (0,0%)
Inconnu	11 (21,6%)	5 (10,4%)
<b>Couverture médiatique</b>	<b>N = 51</b>	<b>N = 48</b>
Non	26 (51,0%)	8 (16,7%)
Oui	22 (43,1%)	39 (81,3%)
Inconnu	3 (5,9%)	1 (2,1%)
<b>Sollicitation ou contact par des journalistes</b>	<b>N = 51</b>	<b>N = 48</b>
Non	40 (78,4%)	28 (58,3%)
Oui	11 (21,6%)	20 (41,7%)
<b>Expérience avec les journalistes</b>	<b>N = 11</b>	<b>N = 20</b>
Aidante	2 (18,2%)	1 (5,0%)
Neutre	3 (27,3%)	8 (40,0%)
Perturbante	6 (54,5%)	11 (55,0%)
<b>Informé de l'accident par</b>	-	<b>N = 38</b>
Police	-	19 (50%)
Hôpital	-	2 (5,3%)
Membre de la famille	-	10 (26,3%)
Autre	-	6 (15,8%)
<b>Informations suffisantes reçues de la police ou des services de secours immédiatement après l'accident (par ex. circonstances de l'accident, organismes à contacter, etc.)</b>	<b>N = 38</b>	<b>N = 35</b>
Oui	20 (52,6%)	28 (62,2%)
Non	18 (47,4%)	17 (37,8%)
<b>Accord entre assureurs</b>	<b>N = 45</b>	<b>N = 43</b>
Oui	21 (46,7%)	30 (69,8%)
Non	4 (8,9%)	2 (4,7%)
La procédure est toujours en cours	15 (33,3%)	8 (18,6%)
Inconnu ou pas d'application	5 (11,1%)	3 (7,0%)

Tableau 26. Résultats complémentaires : conséquences médicales.

	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
<b>Maladie chronique préexistante</b>	<b>N = 44</b>	-
Non	41 (93,2%)	-
Oui	3 (6,8%)	-
<b>Hospitalisation antérieure</b>	<b>N = 44</b>	
Non	34 (77,3%)	
Oui, moins d'une semaine	3 (6,8%)	
Oui, entre 1 semaine et 1 mois	3 (6,8%)	
Oui, plus d'un mois	4 (9,1%)	
<b>Hospitalisation antérieure suite à un accident de la route</b>	<b>N = 10</b>	
Non	6 (60,0%)	
Oui	4 (40,0%)	
<b>Durée de l'hospitalisation</b>	<b>N = 44</b>	<b>N = 15</b>
En soins intensifs		
Jusqu'à aujourd'hui	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Moins d'un jour	3 (6,8%)	2 (13,3%)
1 jour à moins d'une semaine	7 (15,9%)	1 (6,7%)
1 semaine à moins d'un mois	8 (18,2%)	4 (26,7%)
1 mois à moins d'un an	4 (9,1%)	4 (26,7%)
1 an ou plus	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Pas d'application	14 (31,8%)	3 (20,0%)
Inconnu	8 (18,2%)	0 (0,0%)
En service de réhabilitation		
Jusqu'à aujourd'hui	1 (2,3%)	1 (6,7%)
Moins d'un jour	1 (2,3%)	1 (6,7%)
1 jour à moins d'une semaine	2 (4,5%)	0 (0,0%)
1 semaine à moins d'un mois	2 (4,5%)	1 (6,7%)
1 mois à moins d'un an	5 (11,4%)	3 (20,0%)
1 an ou plus	10 (22,7%)	5 (33,3%)
Pas d'application	17 (38,6%)	4 (26,7%)
Inconnu	5 (11,4%)	-
<b>Délai jusqu'au rétablissement physique</b>	<b>N = 8</b>	<b>N = 4</b>
Moins d'une semaine	0 (0,0%)	0 (0,0%)
1 semaine à moins d'un mois	4 (50,0%)	2 (50,0%)
1 mois à moins d'un an	3 (37,5%)	2 (50,0%)
1 an ou plus	1 (12,5%)	0 (0,0%)
Inconnu		0 (0,0%)
<b>Délai jusqu'à amélioration de l'état de santé</b>	<b>N = 11</b>	<b>N = 6</b>
Moins d'une semaine	1 (9,1%)	0 (0,0%)
1 semaine à moins d'un mois	1 (9,1%)	1 (16,7%)
1 mois à moins d'un an	6 (54,5%)	4 (66,7%)
1 an ou plus	2 (18,2%)	1 (16,7%)
Inconnu	1 (9,1%)	0 (0,0%)
<b>Délai jusqu'à consolidation de l'état de santé</b>	<b>N = 18</b>	<b>N = 5</b>
Moins d'une semaine	0 (0,0%)	0 (0,0%)
1 semaine à moins d'un mois	0 (0,0%)	0 (0,0%)
1 mois à moins d'un an	3 (16,7%)	0 (0,0%)
1 an ou plus	14 (77,8%)	5 (100%)
Inconnu	1 (5,6%)	

Tableau 27. Résultats complémentaires : aide et soutien après l'accident de la route.

	Groupe 1 : répondant impliqué (N = 41)	Groupe 2 : proche impliqué (N = 35)
<b>Aide reçue après l'accident</b>		
Assistance policière aux victimes	5 (12,2%)	12 (34,3%)
Accueil aux victimes (maisons de justice)	3 (7,3%)	5 (14,3%)
Services d'aide aux victimes	8 (19,5%)	12 (34,3%)
Service social de la mutuelle	5 (12,2%)	2 (5,7%)
Service de médiation	0 (0,0%)	1 (2,9%)
Psychologue/psychiatre	19 (46,3%)	17 (48,6%)
Association religieuse ou philosophique	1 (2,4%)	0 (0,0%)
Association de soutien aux victimes/groupe d'entraide	15 (36,6%)	16 (45,7%)
Autre service (social)	6 (14,6%)	3 (8,6%)
Aucun des organismes ci-dessus	16 (39,0%)	9 (25,7%)
<b>Facilité pour trouver de l'aide nécessaire</b>		
Oui, j'ai trouvé facilement l'aide nécessaire	12 (29,3%)	10 (28,6%)
Non, ce n'était pas facile mais j'ai trouvé l'aide nécessaire	16 (39,0%)	16 (45,7%)
Non, je n'ai pas trouvé l'aide nécessaire	4 (9,8%)	4 (11,4%)
Je n'ai pas cherché d'aide car je n'en avais pas besoin	9 (22,0%)	5 (14,3%)
<b>Soutien de l'entourage (1-5)</b>		
Partenaire ou famille		
Aucun soutien (1)	3 (7,3%)	0 (0,0%)
Soutien modéré (2-3)	4 (9,8%)	4 (11,4%)
Beaucoup de soutien (4-5)	34 (82,9%)	31 (88,6%)
Pas d'application	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Amis		
Aucun soutien (1)	3 (7,3%)	0 (0,0%)
Soutien modéré (2-3)	8 (19,5%)	8 (22,9%)
Beaucoup de soutien (4-5)	30 (73,2%)	27 (77,1%)
Pas d'application	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Employeur		
Aucun soutien (1)	11 (26,8%)	7 (20,0%)
Soutien modéré (2-3)	6 (14,6%)	7 (20,0%)
Beaucoup de soutien (4-5)	13 (31,7%)	14 (40,0%)
Pas d'application	9 (22,0%)	6 (17,1%)
Autres		
Aucun soutien (1)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Soutien modéré (2-3)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Beaucoup de soutien (4-5)	5 (12,2%)	3 (8,6%)
Pas d'application	19 (46,3%)	16 (45,7%)

Tableau 28. Conséquences sociales, professionnelles et économiques.

	Groupe 1 : répondant impliqué	Groupe 2 : proche impliqué
<b>Changement de situation de logement</b>	<b>N = 41</b>	-
Non	19 (46,3%)	-
Adaptations du logement suite à l'accident	7 (17,0%)	-
Déménagement vers un autre logement/plus adapté	4 (9,8%)	-
Déménagement mais pas suite à l'accident	10 (24,4%)	-
Toujours hospitalisé dans un hôpital ou centre de réhabilitation	1 (2,4%)	-
<b>Adaptations nécessaires pour reprendre le travail ou les études</b>	<b>N = 24</b>	-
Changement de travail ou d'études	9 (37,5%)	-
Ajustement de la charge de travail	5 (20,8%)	-
Ajustement du parcours d'études	3 (12,5%)	-
Aménagement du lieu ou équipement adapté	12 (50,0%)	-
<b>Impact sur les dépenses hebdomadaires</b>		
Non	13 (32,5%)	22 (62,9%)
Petits changements	10 (25,0%)	9 (25,7%)
Grands changements	17 (42,5%)	4 (11,4%)
<b>Aide financière suite aux blessures</b>	<b>N = 39</b>	-
Non	18 (46,2%)	-
Oui	20 (51,3%)	-
Inconnu	1 (2,6%)	-



**Institut Vias**

Chaussée de Haecht 1405  
1130 Bruxelles

+32 2 244 15 11

[info@vias.be](mailto:info@vias.be)

[www.vias.be](http://www.vias.be)