

Comité des experts de la sécurité routière

Groupe expertise alcool

04 juillet 2007

L'alcool sur la route : état des lieux et propositions

Ce rapport a été rédigé par un groupe d'experts animé par Jean CHAPELON et composé de Marie-Berthe BIECHELER, Hélène FONTAINE, Claude GOT, Claudine PEREZ-DIAZ du comité des experts ainsi que de Françoise FACY (INSERM) et Pierre SIBI (ONISR). Ce groupe s'est réuni à 18 reprises et a auditionné 14 représentants d'organismes ou personnes concernées par les questions de l'alcool et/ou de l'alcool au volant. Le présent rapport a été ensuite soumis à l'avis de Jean-Pascal ASSAILLY (INRETS), de Bernard LAUMON (INRETS) et de Louis-Rachid SALMI (comité des experts).

SOMMAIRE

Synthèse	3
Liste des personnes auditionnées	5
Introduction.....	6
A. Alcool et insécurité routière : état des lieux en 2005.....	7
1. Le risque alcool sur la route en France.....	7
2. Représentation et risque ressenti	9
2.1. L'enquête SARTRE	9
2.2. Le Baromètre santé.....	10
B. La prévention de l'alcool au volant	12
1. Communication	12
2. Education routière	13
2.1. Le temps scolaire.....	13
2.2. Le temps d'apprentissage de la conduite.....	13
3. Actions locales de prévention.....	14
C. Le contrôle, les sanctions et le suivi des conducteurs infractionnistes	16
1. Les contrôles préventifs	16
2. L'action des préfetures en matière de permis de conduire.....	19
2.1. Les commissions médicales du permis de conduire	19
2.2. Les stages de sensibilisation et de récupération de points	20
2.3. Les enquêtes de proximité	21
3. L'action judiciaire	21
3.1. Place de l'alcool au volant dans l'activité pénale	21
3.2. L'évolution des condamnations.....	23
3.3. Une action pénale préventive mais faiblement orientée vers les soins	25
3.4. Les autres réponses judiciaires : la confiscation de véhicules	26
3.5. Les autres réponses judiciaires : l'éthylotest anti-démarrage (EAD).....	27
4. Le suivi médico-social.....	29
4.1. L'intervention brève.....	29
4.2. Services de santé au travail	30
4.3. Rôle des systèmes de soins spécialisés en alcoologie.....	30
D. Discussion sur la baisse du taux légal.....	32
1. Le contexte du débat	32
2. L'impact limité des alcoolémies modérées (inférieures au seuil légal)	32
3. L'abaissement du taux légal pour certaines catégories (jeunes ou motocyclistes)	33
4. La baisse du taux légal n'est donc pas ce qu'il est le plus urgent.....	34
5. Mais l'amélioration des connaissances est nécessaire.....	34
Conclusion	36
Annexes.....	37

Synthèse

La France a connu, depuis 2002, une très forte baisse de l'ordre de 40 % du nombre des accidents et des tués. Mais ces progrès sont dus essentiellement à la forte baisse des vitesses alors que l'on n'a observé aucun progrès spécifique attribuable à l'alcool au cours de ces dernières années. La part des conducteurs dans les accidents mortels avec une alcoolémie illégale ($\geq 0,5\text{g/l}$) n'a guère varié, se maintenant entre 16% et 17% depuis dix ans, alors que la consommation d'alcool en population générale a diminué de 11% de 2001 à 2005.

Pourtant beaucoup a été fait dans ce domaine avec les nombreuses actions de communication, de mobilisation locale, de contrôle routier préventif ainsi qu'avec le durcissement des sanctions administratives¹ et judiciaires.

Ce plafonnement de l'efficacité de notre dispositif de lutte contre l'alcool au volant constitue un des plus gros problèmes que la sécurité routière ait à résoudre aujourd'hui.

Le phénomène de l'accidentalité avec alcool est caractérisé par un effet fortement multiplicateur : les conducteurs circulant en état d'alcoolisation illégale sont plutôt rares, de l'ordre de 1 % à 2%, alors même que le facteur alcool représente une part évitable de 25% des accidents mortels. Ce facteur se distingue donc fortement du facteur vitesse représentant un enjeu du même ordre mais caractérisé par un taux élevé de dépassement des vitesses légales, de l'ordre de 40%.

Les alcoolémies observées dans les accidents de la route sont majoritairement très au-dessus du taux légal : dans les accidents mortels l'alcoolémie moyenne des conducteurs impliqués avec alcool est de 1,8 g/l et plus de 80 % des conducteurs sont au-dessus de 1,2 g/l. Par ailleurs, si l'alcool au volant est concentré la nuit et le week-end, il n'est pas limité à l'alcool des jeunes mais concerne toutes les tranches d'âges jusqu'à 65 ans.

*L'importance du taux moyen d'alcoolémie et la fréquence importante de l'alcool chez les conducteurs accidentés dont le permis a été retiré, montre que **l'alcoolisation excessive** en termes de régularité et de quantité est à l'origine d'une grande part de l'accidentalité routière sous alcool, l'autre part étant celle bien identifiée de l'alcoolisation occasionnelle et festive.*

Or notre politique, notamment la communication et la prévention, est axée principalement sur l'alcoolisation des jeunes au détriment des alcoolisations régulières qui sont de nature différente et beaucoup plus difficiles à combattre : notre politique devrait donc mieux s'adapter à la diversité des comportements et des publics concernés.

*Dans ce contexte, **l'abaissement du taux d'alcoolémie légal** qui est souvent préconisé, n'apparaît pas être la bonne solution aujourd'hui : c'est une mesure facile à décider mais difficile à appliquer, d'efficacité limitée et surtout qui n'apporte pas de réponse au problème principal du traitement des alcoolémies élevées. La priorité est le renforcement du dispositif actuel pour aboutir à un meilleur respect de la réglementation.*

*Ce renforcement du dispositif passe d'abord par une **meilleure collaboration** entre tous les acteurs pour laquelle il faut inventer puis mettre en place un **cadre et une organisation**. En effet, l'alcool ne constitue pas un problème spécifique à la sécurité routière, mais un problème de santé publique qui concerne un grand nombre de services de santé (directions départementales d'actions sanitaires et sociales (DDASS) et centres d'alcoologie), de justice (procureurs, tribunaux et service d'application des peines), de l'intérieur (forces de l'ordre, services des permis) ce qui pose de difficiles problèmes de coordination d'administrations et de services très divers.*

¹ Depuis 2003, l'infraction pour une conduite en état d'alcoolisation illégale entraîne un retrait de 6 points contre 3 auparavant. De ce fait un conducteur novice, qui aura un permis probatoire, voit son permis annulé dès la première infraction à l'alcool.

*Par ailleurs, le renforcement de notre politique nécessite que l'on investisse sérieusement et rapidement dans un **programme d'études** très concrètes visant à dégager des pratiques actuelles celles à recommander et à diffuser. Ces études devraient comporter une évaluation des actions de prévention, une amélioration des connaissances épidémiologiques des usagers infractionnistes en matière d'alcool et une analyse de leur suivi judiciaire. Il faudrait également mieux connaître l'impact en terme d'accidents de l'alcoolisation modérée (inférieure au seuil légal).*

*Sans attendre les conclusions de ces études et en fonction de l'état actuel des connaissances, le groupe d'expertise préconise un **ensemble de mesures**, dans le champ de la sécurité routière et en complément des politiques menées sur l'alcool de manière globale, dont les dix principales sont les suivantes :*

- 1. Engager une **communication** forte et adaptée à l'attention des autres cibles de l'alcool au volant que les jeunes ou l'alcool festif,*
- 2. Renforcer l'efficacité des **contrôles préventifs**, sans nécessairement en accroître le nombre, en les ciblant mieux ce qui impose de savoir où et quand ils sont faits,*
- 3. Etendre à l'alcool les possibilités de **consultations de proximité** sur le modèle des consultations cannabis,*
- 4. Mettre en place un véritable dispositif **de suivi des conducteurs** et préciser dans ce cadre le rôle des commissions médicales du permis de conduire, ce qui nécessitera de leur donner les moyens de leurs missions (secrétariat, bureautique, logiciels adaptés) et d'évaluer régulièrement leur activité au niveau départemental et national,*
- 5. Organiser **l'analyse des récidives de conduite** sous l'influence de l'alcool, après restitution d'un permis pour mieux comprendre les causes de l'échec,*
- 6. Développer la **formation initiale et continue des médecins généralistes et des autres professionnels** impliqués en sécurité routière en alcoologie et addictologie, en particulier sur le repérage précoce et l'intervention brève,*
- 7. Développer des structures accréditées organisant les **stages de sensibilisation** spécifiques à l'alcool au contenu validé pour des contrevenants en délit,*
- 8. Développer fortement l'expérimentation de **l'éthylotest anti-démarrage** dans le cadre administratif et judiciaire principalement pour les consommateurs à risque,*
- 9. S'assurer de **l'effectivité dans le temps des suppressions ou suspensions de permis** avec le concours des services de police ou par le recours à la confiscation du véhicule,*
- 10. Dans le cadre de la procédure judiciaire,*
 - a) développer le recours au repérage précoce et à **l'intervention brève** qui a fait ses preuves pour faciliter l'orientation des buveurs à risque,*
 - b) renforcer les structures réalisant une prise en charge médico-psycho-sociale pour les personnes dépendantes.*

Ces mesures, dans le champ de la sécurité routière, sont à envisager en complément des autres politiques publiques menées contre les méfaits de l'alcool dans le domaine de la santé publique, qui doivent viser la prévention aussi précoce que possible de l'alcoolisation excessive.

Liste des personnes auditionnées

- Cécile ANGLADE, Ministère de la Santé, bureau de la prévention des maladies chroniques, pratiques addictives.
- Michel AVISSE, médecin des commissions médicales du permis de conduire du Val d'Oise.
- Colonel Jean-Robert BAUQUIS, chef du bureau sécurité routière à la Gendarmerie nationale.
- Alain BERGERET, Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité, unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement.
- Marc CARRE, coordinateur sécurité routière en Loir-et-Cher.
- Chantal FONTAINE, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.
- Jean-Pierre FOUGERE, Ministère des Transports, sous-direction de l'Education routière.
- Marie GOLHEN, Ministère de la Santé, bureau de la prévention des maladies chroniques, pratiques addictives.
- Christian HEBERT, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.
- Hélène MARTINEAU, Observatoire français des drogues et toxicomanie.
- Charles MERCIER-GUYON, secrétaire du comité médical de la Prévention routière, responsable du programme d'éthylotest anti-démarrage en alternative aux poursuites judiciaires et médecin des commissions médicales des préfetures.
- Pierre MOUTERDE, Ministère des Transports, tutelle des commissions médicales de préfecture.
- Jean-Claude PELERIN, chargé de mission sécurité routière en Seine-Maritime.
- Annabelle PHILIPPE, Ministère de la Justice, bureau des politiques pénales générales et de la protection des libertés individuelles.

Introduction

Nous avons assisté, depuis 2002, à une très forte baisse du nombre des accidents et des tués de l'ordre de 40 %. L'essentiel de ces progrès est dû à la forte baisse des vitesses de près de 7 km/h qui a contribué aux trois quarts environ de la baisse du nombre des accidents.

A l'inverse, on n'a observé que très peu de progrès sur l'alcool au volant. Pourtant beaucoup a été fait dans ce domaine que ce soit avec les nombreuses actions de communication, de mobilisation, de contrôle ainsi que le durcissement des sanctions administratives (passage de 3 à 6 points et permis probatoire), et judiciaires.

Le manque d'efficacité relative de notre dispositif de lutte contre l'alcool au volant pose un important problème pour la sécurité routière.

C'est la raison pour laquelle, à l'initiative de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR), a été constitué un groupe d'experts qui s'est fixé pour but d'établir un état des lieux de la lutte contre l'alcool au volant et de proposer des recommandations pour améliorer la situation.

Le présent rapport comporte quatre parties :

- dans la première partie, on examine les données sur les accidents avec alcool,
- dans la seconde partie, on étudie les politiques de prévention,
- dans la troisième partie, on étudie les politiques de sanction,
- enfin dans la dernière partie, on discute de la question du taux légal d'alcoolémie au volant.

A. Alcool et insécurité routière : état des lieux en 2005

1. Le risque alcool sur la route en France

L'alcool est un des premiers facteurs d'accidents en France puisqu'on évalue à près de 25 % le nombre des décès qui auraient pu être évités si tous les usagers avaient respecté la limitation légale d'alcoolémie au volant. La part des conducteurs avec alcoolémie positive dans la circulation est pourtant très faible. Cette part peut être évaluée en analysant l'alcoolémie des conducteurs non responsables impliqués dans un accident corporel. Elle s'élève à environ 1 % en moyenne, selon l'estimation annuelle de l'ONISR, avec des pointes à près de 3 % la nuit, le week end.

Moment du jour ou de la semaine		Part de conducteurs au taux positif
Semaine	Jour	0,40%
	Nuit	1,32%
	Total	0,61%
Week-end	Jour	0,65%
	Nuit	2,75%
	Total	1,48%
Total		0,90%

Tableau 1 - Part des conducteurs avec alcoolémie positive parmi les conducteurs non responsables en fonction du type de jour et du moment de la journée (source : ONISR – Bilan 2005)

Ceci prouve l'effet fortement multiplicateur de l'alcool : 1 à 3 % des conducteurs circulant et 10% des accidents corporels impliquant au moins un conducteur avec alcool et même 28 % pour les accidents mortels.

On notera que ceci distingue fortement le facteur alcool du facteur vitesse qui représente un enjeu du même ordre (25%) mais est caractérisé par un nombre très important de contrevenants.

L'analyse de l'implication de l'alcool dans les accidents peut être faite selon le moment de la journée, l'âge, le sexe et le type d'usagers, en distinguant les accidents corporels et mortels.

% d'accidents avec alcool		corporels	mortels
Semaine	Jour	3,7	10,9
	Nuit	15,0	37,8
	Ensemble	6,6	20,6
Week-end ou jour férié	Jour	9,5	21,9
	Nuit	28,3	53,4
	Ensemble	17,9	40,2
Ensemble	Jour	5,1	14,1
	Nuit	20,7	45,6
	Ensemble	10,0	28,1

Tableau 2 - Part d'accidents avec alcool selon le type de jour et le moment de la journée (source : ONISR – Bilan 2005)

Ce sont la nuit et le week-end que le risque d'alcool au volant et donc d'accidents avec alcool est le plus fort, le summum étant atteint pour les accidents mortels de nuit et de week-end qui sont à plus de 50 % avec alcool.

% de conducteurs avec alcool selon le type de véhicules	corporels	mortels
Bicyclettes	1,6	6,5
Cyclomoteurs	6,2	32,2
Motocyclettes	4,1	20,1
Voitures de tourisme	6,3	18,9
Camionnettes	3,5	7,9
Poids lourds	1	1,3
Transport en commun	0,2	-
Ensemble des conducteurs	5,6	17

Tableau 3 - Part des conducteurs avec alcoolémie positive impliqués dans les accidents en fonction du type de véhicule (source : ONISR – Bilan 2005)

Les conducteurs de véhicules lourds (camionnettes, poids lourds et transport en commun) sont rarement alcoolisés. La proportion des conducteurs de deux roues à moteur alcoolisés est au-dessous ou voisine de la moyenne pour les accidents corporels mais très au-dessus de la moyenne pour les accidents mortels. C'est la preuve d'un effet particulier de l'alcool pour les deux roues.

% de conducteurs avec alcool		corporels	mortels
Selon le sexe	Hommes	6,9	19,2
	Femmes	1,9	6,6
Selon l'âge	0-17 ans	1,8	10,5
	18-24 ans	6,5	21,8
	25-44 ans	6,3	19,6
	45-64 ans	5,1	14
	65 ans et plus	2	4,7
Ensemble des conducteurs		5,6	17

Tableau 4 - Part des conducteurs avec alcoolémie positive impliqués dans les accidents en fonction du sexe et de l'âge (source : ONISR – Bilan 2005)

Si le sexe joue un rôle très important dans l'alcoolisation, on voit que l'alcool au volant n'est pas limité à la tranche des 18-24 ans mais qu'il est présent jusqu'à la tranche des 45-64 ans.

		Classes d'âge							
		15 - 24 ans		25 - 44 ans		45 - 64 ans		plus de 65 ans	
		Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part
Taux d'alcoolémie (g/l)	0,5 - 0,8	289	16,2%	365	11,0%	178	12,4%	45	27,4%
	0,8 - 1,2	409	22,9%	557	16,8%	207	14,4%	35	21,3%
	1,2 - 1,6	459	25,7%	679	20,5%	250	17,4%	27	16,5%
	1,6 - 2,0	360	20,1%	697	21,1%	249	17,4%	30	18,3%
	2,0 - 2,4	165	9,2%	502	15,2%	232	16,2%	14	8,5%
	2,4 - 2,8	74	4,1%	285	8,6%	170	11,9%	6	3,7%
	2,8 - 3,2	23	1,3%	143	4,3%	80	5,6%	4	2,4%
	3,2 - 3,6	5	0,3%	54	1,6%	45	3,1%	1	0,6%
	> 3,6	4	0,2%	25	0,8%	22	1,5%	2	1,2%
Total		1788	100,0%	3307	100,0%	1433	100,0%	164	100,0%

Tableau 5 – Nombre et part de conducteurs avec alcoolémie positive impliqués dans un accident corporel selon l'âge et le taux d'alcoolémie (Source : ONISR – Bilan 2005)

L'alcoolémie moyenne des conducteurs avec alcool impliqués dans un accident corporel est de 1,6 g/l et 68,8% des conducteurs ont un taux supérieur à 1,2g/l. Dans le cas des accidents mortels, l'alcoolémie moyenne est de 1,8 g/l et ce sont même 80,5% des conducteurs qui se situent au-dessus de 1,2 g/l. L'alcool sur la route n'est donc pas l'affaire de petits débordements par rapport à la limite légale mais plutôt le fait de fortes alcoolémies. Or ces fortes alcoolémies sont généralement révélatrices d'un comportement d'alcoolisation excessive et

régulière, voire de dépendance à l'alcool, et elles sont à l'origine d'une grande part de l'accidentalité routière sous alcool.

Le tableau montre les fortes fréquences absolue et relative des alcoolémies très élevées (>2g/l) pour les tranches d'âge de 25 à 64 ans : en effet les conducteurs ayant eu un accident corporel avec une alcoolémie supérieure à 2 g/l représentent environ 30% (1009 conducteurs) des conducteurs ayant eu un accident avec une alcoolémie illégale pour les 25-44 ans et 38% (549 conducteurs) pour les 45-64 ans. Pour les 15-24 ans et les plus de 64 ans, cette part est respectivement de 15% (271 conducteurs) et 16% (27 conducteurs).

Enfin pour terminer cette description générale, on notera que l'alcool au volant est très lié à la conduite sans permis puisque la part des conducteurs avec alcool parmi les conducteurs impliqués dans des accidents corporels ayant eu leur permis invalidé ou suspendu est de près de 40 % alors qu'elle est de moins de 5 % pour les conducteurs avec permis. Cette part s'élève même à 70 % dans les accidents mortels.

L'analyse dans le temps de l'évolution de l'alcoolémie se heurte à un certain nombre de difficultés méthodologiques² qui sont exposées dans une note de l'Observatoire diffusée par ailleurs. Pour le présent rapport, on notera qu'un certain nombre d'indicateurs montrent qu'il n'y a pas eu de progrès au cours des dernières années : c'est le cas en particulier de la part des conducteurs au taux d'alcoolémie positif impliqués dans les accidents mortels.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Part des conducteurs au taux d'alcoolémie connu	71,0%	72,2%	72,7%	73,8%	76,3%	74,2%	72,0%	70,1%	68,9%	92,6%	83,7%
Part des conducteurs au taux d'alcoolémie positif (alcoolémies connues)	16,7%	16,8%	17,0%	16,5%	16,3%	16,6%	15,4%	16,5%	16,1%	17,0%	16,4%

Tableau 6 : conducteurs impliqués dans des accidents mortels à taux connu et avec alcool de 1996 à 2005 (Source : ONISR)

Au total, on retiendra de cette présentation générale :

- que l'on ne constate pas de progrès récent alors même que la politique de lutte contre l'alcool au volant a été énormément renforcée au cours de ces dernières années,
- que l'importance du taux moyen d'alcoolémie ainsi que de la part des conducteurs, dont le permis a été retiré, fait penser que l'alcoolisation excessive et/ou régulière joue un rôle important dans l'alcool sur la route,
- que l'alcool au volant n'est pas limité à l'alcool des jeunes à la sortie des boîtes de nuit.

2. Représentation et risque ressenti

Quelles sont les opinions et attitudes des conducteurs européens sur la question de l'alcool et de la conduite ? Comment les Français hiérarchisent-ils le risque routier parmi d'autres risques ? Deux enquêtes peuvent apporter des éléments de réponse à ces questions : l'enquête SARTRE et le Baromètre santé.

2.1. L'enquête SARTRE

L'enquête SARTRE (Social Attitudes to Road Traffic Risk in Europe) a pour objectif d'analyser les attitudes et les comportements des conducteurs envers le risque routier en Europe. La dernière enquête de ce type, appelée SARTRE 3, a été menée auprès d'un échantillon d'environ 1 000 conducteurs par pays, dans 23 pays, ce qui fait un échantillon global de 24 000 conducteurs interrogés. L'enquête permet notamment d'analyser plusieurs aspects du problème de l'alcool au volant en termes de consommation et de sécurité routière (Sardi et Evers, 2004).

Les résultats montrent un large consensus dans tous les pays pour reconnaître l'alcool comme une cause d'accidents. Plus de 87% des conducteurs interrogés pensent que l'alcool au volant est « souvent, très souvent

² Le changement en 2005 de la définition du tué a donné plus de temps pour recueillir l'information de l'alcoolémie et a donc diminué la part des alcoolémies non connues ce qui rend difficile les comparaisons avec les années antérieures.

ou toujours » un facteur à l'origine des accidents (92% pour la France).

En moyenne, 15% des conducteurs déclarent conduire après avoir bu même une petite quantité d'alcool une fois par semaine ou plus et dans 5% des cas la quantité bue est telle que le conducteur est susceptible d'être au-dessus de la limite légale. Conduire après avoir absorbé de l'alcool est une conduite plus fréquente en Europe du Sud. On peut noter que plus le taux limité d'alcoolémie est élevé, plus la conduite alcoolisée est fréquente. Généralement, les conducteurs européens sont assez prudents dans leur estimation de la quantité d'alcool qu'ils peuvent boire sans dépasser la limite légale. Les conducteurs des pays dont le taux limite est de 0,5g/l estiment pouvoir boire en moyenne 1,5 verres (vs 2,5 verres pour les pays avec une limite de 0,8g/l).

La majorité des conducteurs est favorable à une introduction à l'échelle de l'Union européenne d'une limite maximale d'alcoolémie de 0,5 g/l. Cependant, plus la limite légale d'un pays diffère de 0,5 – plus élevée ou plus basse – moins ce pays est favorable à une limite d'alcoolémie maximale à 0,5 g/l. Cela montre que l'acceptation des mesures légales semble être fortement influencée par les effets d'habitude, si bien que l'acceptation augmente avec le temps, lorsqu'une nouvelle législation est introduite. La suggestion d'une limite d'alcoolémie de zéro pour les conducteurs débutants reçoit un très fort soutien de la part des conducteurs de l'ensemble des pays.

Plus des deux tiers des conducteurs interrogés n'ont pas été contrôlés pour l'alcool au cours des 3 dernières années et ils s'attendent peu à être contrôlés : 29 % pensent qu'ils ne seront jamais contrôlés pour l'alcool et 44% rarement. Cependant, dans les pays qui permettent les tests aléatoires d'air expiré, les conducteurs estiment la probabilité d'être contrôlé comme plus élevée (en fait elle l'est) ce qui montre que les tests aléatoires sur l'alcool pourraient être un bon moyen de dissuasion et de prévention des accidents. Souvent l'alcool n'est pas perçu comme une cible privilégiée pour les contrôles routiers, et cette perception est soulignée par le fait que pour la plupart des pays participants, il n'existe pas de données officielles disponibles sur le nombre de conducteurs contrôlés pour l'alcool.

Dans tous les pays enquêtés, on s'accorde pour dire que les sanctions pour conduite en état d'ivresse devraient être plus sévères. Toutefois, les conducteurs d'Europe du Sud sont davantage opposés à une interdiction générale de l'alcool avant de prendre le volant, tandis que les conducteurs des pays de l'Est y sont plus favorables.

Les conducteurs européens sont très favorables aux différentes mesures de prévention de la conduite en état d'ivresse. Cependant, on peut relever des différences importantes. Tandis que la majorité des conducteurs européens soutient la possibilité de mesures de réhabilitation pour les conducteurs infractionnistes pour état d'ivresse et de tests de l'alcoolisme pour récidivistes, la situation est plus hétérogène concernant l'usage d'éthylotests à bord des voitures. Alors que, dans certains pays, cette mesure est soutenue par plus de deux tiers des conducteurs, dans d'autres pays, la grande majorité des conducteurs y font objection.

2.2. Le Baromètre santé

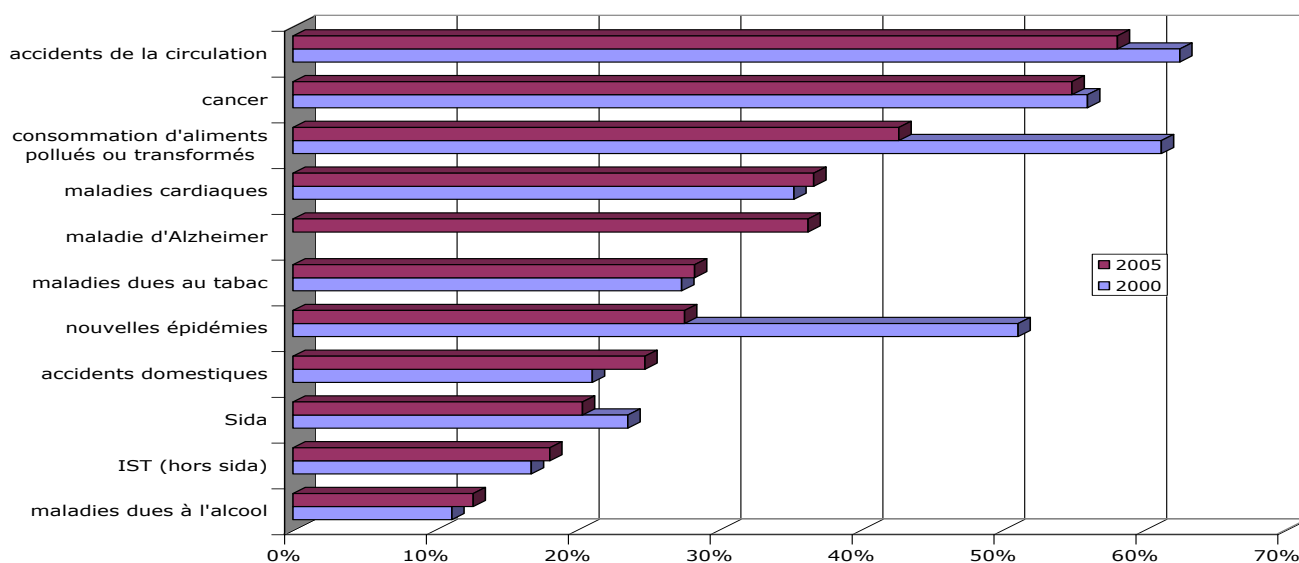
Le Baromètre santé est une enquête périodique par téléphone utilisant la technique des sondages. Elle a pour objectif de connaître l'évolution des perceptions, des attitudes et des comportements des français en matière de santé. La dernière enquête a été menée en 2005 auprès de 30 000 personnes âgées de 12 à 75 ans et c'est l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé qui en a la charge (Guilbert et Gautier, 2006).

La perception des risques et des maladies fait partie des thèmes traités dans l'enquête. En 2005, les accidents de la circulation arrivent en tête dans la liste des craintes chez les 12-75 ans (58 %) devant le cancer (55 %). Toutefois ces craintes ont diminué depuis 2000 (figure 1). Le 3e risque le plus redouté concerne la consommation d'aliments pollués ou transformés (43 %) et les maladies cardiaques (37 %). Les maladies liées à l'alcool sont craintes par un peu plus d'un français sur dix.

Les femmes ont généralement des craintes plus marquées que les hommes. Elles sont notamment plus nombreuses en proportion à déclarer craindre les accidents de la route. Tandis que les hommes redoutent plus que les femmes les maladies liées à la consommation de produits psycho-actifs tels que le tabac ou l'alcool.

L'âge est également un déterminant de la hiérarchisation des craintes. Les plus jeunes sont sensibilisés, d'une part, aux maladies dues à la consommation de produits psychoactifs tels que le tabac ou l'alcool et, d'autre part, aux risques liés à la sexualité. Les personnes les plus âgées craignent davantage les maladies cardiaques,

les risques liés à la consommation d'aliments pollués ou transformés, mais surtout la maladie d'Alzheimer qui constitue, avec le cancer, les craintes les plus importantes des personnes âgées de 65 à 75 ans avant même les accidents de la circulation.



Graphique 1 : Evolution des pourcentages de personnes âgées de 12 à 75 ans déclarant craindre « pas mal » ou « beaucoup » différents risques ou maladies entre 2000 et 2005 - Source : Baromètre santé 2005 INPES réalisé avec le soutien de la Cnamts, du ministère de la Santé et des Solidarités, et de l'OFDT

Cette hiérarchie des risques perçus ne correspond pas à celle de leur probabilité d'occurrence ou à la gravité de leurs conséquences. Les accidents de la route qui inquiètent le plus ont provoqué 4 700 tués sur les routes en 2006. Alors que chaque année, les maladies cardio-vasculaires sont responsables de plus de 30 % des décès en France, soit plus de 150 000 personnes³. De même, les accidents de la vie courante sont la cause chaque année de près de 20 000 décès. L'alcool continue à avoir un fort impact sur la santé publique en France. Sa consommation excessive est à l'origine de 23 000 décès en 1998 (Michel et Jouglu, 2002), sans tenir compte des morts violentes notamment des accidents de la route et des effets aggravants sur d'autres pathologies.

La crainte d'un accident de la route est donc bien dans les esprits et l'alcool est largement reconnu comme une cause d'accidents. Mais le problème de santé publique lié à l'alcool est fortement sous-estimé. Sans doute est-ce à cause des habitudes culturelles en France et du poids du secteur viticole alors que l'insécurité routière a bénéficié d'une forte présence médiatique.

³ SC8 - Inserm — Service d'information sur les causes médicales de décès.

B. La prévention de l'alcool au volant

La lutte contre l'alcool au volant prend différentes formes et les actions à mener pour améliorer la situation se situent aussi bien au niveau national que local. Cette partie étudie les principaux moyens pour lutter contre l'alcool au volant, et cherche à déterminer comment leur efficacité pourrait être améliorée.

1. Communication

Avec la vitesse, l'alcool constitue un thème récurrent des campagnes de communication en sécurité routière. Chaque année, de nombreuses actions sont ainsi entreprises, sous différentes formes, pour sensibiliser sur les dangers de l'alcool au volant.

C'est ainsi que depuis 2003 les campagnes suivantes ont été menées :

2003 : Campagne "Alcool" en octobre et en fin d'année.

2004 : "Vitesse alcool ceinture" en avril-mai ; "Ethylotests à un euro" en juin ; "Conducteur désigné" en été et en décembre.

2005 : "Le conducteur désigné" en juillet-août ; "Baptême du conducteur désigné" en décembre.

2006 : "Sam. Celui qui conduit c'est celui qui ne boit pas" en juillet-août et en décembre.

Sans remettre en cause l'utilité de ces campagnes, il convient cependant de constater qu'elles visent principalement l'alcool festif et les jeunes, notamment les sorties en boîte de nuit, alors que les thèmes de l'alcool dans les repas de famille ou l'alcoolisation excessive et/ou régulière ne sont quasiment jamais évoqués. Pourtant les accidents de la circulation routière avec alcool ne sont pas spécifiques aux jeunes. De même, les associations œuvrant dans le domaine de la sécurité routière ont également tendance à se tourner plus fréquemment vers les jeunes (opération Capitaine de soirée de la Prévention routière notamment).

Il faut également faire observer que la communication faite autour des dangers de l'alcool au volant n'évoque jamais le lien entre l'alcool au volant et l'alcool comme problème de santé publique ; il est d'ailleurs rare que les campagnes de la sécurité routière sur l'alcool soient réalisées en collaboration avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Depuis 2002, une seule campagne sur l'alcool, en octobre 2003, s'est adressée à l'ensemble des usagers sans cibler plus particulièrement les jeunes ou l'alcool festif. Elle n'évoquait toutefois pas précisément l'alcoolisme chronique. Cette campagne avait pour but d'informer les usagers sur les risques d'accident liés à l'alcool, sur les sanctions suite à un contrôle positif (avec ou sans accident) et enfin sur l'utilisation d'éthylotests pour connaître son taux d'alcoolémie. A cette même époque, une campagne sur l'alcool s'était par ailleurs adressée aux « grands rouleurs ».

En 2004, une table ronde « Alcool, lieux festifs et sécurité routière » a été organisée en février et une campagne a été réalisée au sujet de l'éthylotest à 1€. Depuis 2005, les campagnes sur l'alcool ont pour thème le conducteur désigné, et l'utilisation du personnage SAM. De ce fait, ces actions ciblent l'alcool en soirée et s'adressent préférentiellement aux jeunes. En effet les campagnes sont particulièrement diffusées sur les radios jeunes, et le personnage SAM est généralement associé à des événements qui concernent un public jeune (la tournée des plages NRJ Party Tour, festivals Rock en Seine, Francolies, Solidays, salon Paris tuning show...), à l'exception toutefois du tour de France.

En conclusion, on peut dire que les campagnes de communication ciblent trop l'alcoolisation festive et les jeunes, au détriment de l'alcoolisation régulière et excessive. De la même façon, les campagnes s'adressent aux conducteurs de voiture alors que l'on a vu l'effet important de l'alcool pour les conducteurs de deux-roues motorisés.

Proposition :

Engager une communication forte et adaptée à l'attention des autres cibles de l'alcool au volant que les jeunes ou l'alcool festif.

2. Education routière

Opposer la prévention par l'information et l'éducation à celle obtenue par le contrôle et les sanctions est une simplification abusive dans la plupart des domaines de la sécurité routière. Les évaluations de l'efficacité des mesures ne concernent pas les mêmes échelles de temps. Le fait que les évaluations concluent régulièrement à l'absence d'effet mesurable à court terme de l'éducation et de l'information ne signifie pas qu'elles sont inutiles. Elles constituent un élément indispensable d'un ensemble.

L'éducation permet de comprendre la notion de risque et de lui attribuer une place réelle dans les choix de comportement. De plus, les mesures de dissuasion par le contrôle et les sanctions sont mieux acceptées et intégrées si l'information et l'éducation les ont bien décrites et justifiées.

L'éducation routière est fondée sur les principes et le modèle du continuum éducatif. Trois phases s'y distinguent particulièrement : la période qui précède l'apprentissage de la conduite, la période d'apprentissage pour le permis de conduire et la période post-permis avec l'exercice de la conduite. Ces trois phases suivent généralement l'évolution physiologique, psychique et sociale des préadolescents, des adolescents, des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen et avancé de la population générale.

Le continuum éducatif fait appel aux structures qui accompagnent successivement les personnes durant ces temps de la vie : tout d'abord l'éducation scolaire, puis les écoles de conduite, enfin les systèmes spécialisés de réhabilitation des conducteurs, dans le domaine de la sécurité ou de la santé.

2.1. Le temps scolaire

L'éducation routière connaît des évolutions importantes au niveau de l'organisation des systèmes, des missions des acteurs et des obligations des usagers (textes 2002-2006). L'Education Nationale est chargée de l'enseignement et de la passation des ASSR (attestations scolaires de sécurité routière) de niveaux 1 et 2 au collège (5ème et 3ème).

L'ASSR est obligatoire pour l'inscription dans une école de conduite, en vue de l'apprentissage, par AAC à 16 ans ou formation traditionnelle à partir de 18 ans.

Pour appliquer le continuum éducatif, les inspections d'académie chargent les établissements scolaires de nommer un correspondant sécurité routière qui coordonne, avec le chef d'établissement, l'enseignement des ASSR et leur validation dans le cadre d'un programme national.

La cohérence et la complémentarité avec les autres démarches d'éducation à la santé (services de santé scolaire) sont les objectifs prioritaires des programmes, un guide est mis à disposition par les services du ministère de l'Education Nationale, avec une place spécifique pour l'alcool et les substances psycho-actives (DESCO).

Les comités d'éducation à la santé et la citoyenneté sont mis en place progressivement dans les établissements scolaires, ils représentent une plate-forme intéressante pour intégrer les modèles théoriques, éducatifs, et faciliter les partenariats entre professionnels de santé et sécurité routière, même extérieurs au monde scolaire.

Propositions

Les actions menées par l'Education nationale dans le domaine de la sécurité routière doivent être poursuivies et évaluées.

2.2. Le temps d'apprentissage de la conduite

Que ce soit par l'apprentissage anticipé de la conduite ou par la formation traditionnelle, la mission d'apprentissage de la conduite est confiée aux écoles de conduite, les contenus sont revus actuellement pour une prise en compte plus importante des risques liés à des consommations d'alcool. Des expériences sont menées avec des associations spécialisées en alcoologie, par exemple l'Anpaa en Rhône-Alpes.

Propositions :

L'articulation avec les systèmes de santé (médecine préventive universitaire, associations de mutuelles étudiantes et de prévention des conduites à risque) pourrait être recommandée dans les PDASR : échanges entre professionnels par des séminaires ou des actions de prévention en partenariat

Au niveau départemental, des formations spécifiques alcool seraient à promouvoir pour les enseignants de la conduite et les formateurs.

3. Actions locales de prévention

La politique locale de sécurité routière est placée sous la responsabilité du préfet de département qui s'appuie sur un chef de projet (généralement son directeur de cabinet) et un coordinateur sécurité routière. Sa mise en œuvre s'appuie sur différents outils (programmes, plans...) qui permettent la mise en relation des différents acteurs et de garder une certaine continuité dans le temps.

Pour élaborer la politique locale, les responsables locaux disposent également :

- D'un réseau de chargés de mission sécurité routière, qui assurent l'assistance et le conseil aux préfetures, l'organisation d'échanges d'expériences entre les acteurs locaux, et la formation de ces derniers.
- D'une animation au niveau national pour favoriser le partage des connaissances entre les départements. On peut ainsi mentionner l'existence d'un site Internet consacré aux actions locales et l'organisation d'un forum des initiatives locales en novembre 2006.

Concernant les actions locales de prévention, un plan départemental d'actions de sécurité routière (PDASR) est élaboré chaque année et affiche l'ensemble des actions menées dans le département.

Il n'existe pas d'analyse quantitative ou qualitative de l'ensemble de ces programmes d'action locaux. Pour autant, l'analyse d'un certain nombre de PDASR ainsi que les auditions menées ont montré que parmi les actions locales de prévention, une part importante concerne l'alcool, dont voici quelques exemples : prévention dans les soirées en boîte de nuit (chartes avec les organisateurs de soirées, affiches...), sensibilisation des jeunes aux dangers d'une conduite addictive dans les collèges et les lycées, distributions d'éthylotests, stages visant à éviter la récidive après une condamnation judiciaire pour conduite en état d'alcoolémie...

Parmi les initiatives originales, on peut citer le programme Atout route mené par la préfecture des Landes qui consiste en un engagement du jeune conducteur à avoir un comportement responsable sur la route (alcool, fatigue, drogue...), en contrepartie celui-ci bénéficie d'avantages auprès des assureurs des équipementiers, des discothèques... L'évaluation de ce programme a montré des résultats positifs ; pour la période, la baisse de l'accidentalité des conducteurs de moins de 25 ans dans les Landes a été supérieure à celle des moins de 25 ans au niveau national et à celle des autres catégories de conducteurs dans le département.

A l'étranger, on peut signaler une action de prévention visant à former les barmen. Cette formation permet d'améliorer la détection par les barmen des signes précoces d'intoxication chez leurs clients, de rendre plus fréquentes ou plus efficaces leurs interventions pour diminuer ou interrompre la consommation du client, voire le dissuader de prendre le volant. Cette formation semble être une mesure efficace, tant du point de vue de la prévention de l'alcoolisation que de celui de la prévention de la conduite sous l'influence de l'alcool. En France, la formation obligatoire que doivent désormais suivre les débitants de boissons devrait contribuer à répondre à la question. L'article L. 3332-1-1 du code de la santé publique prévoit en effet une formation spécifique sur les droits et obligations liés à l'exploitation d'un débit de boissons ou d'un restaurant. Cette formation porte notamment sur la prévention de la lutte contre l'alcoolisme, la protection des mineurs et la répression de l'ivresse publique.

Au total, on retiendra que beaucoup de ces actions de prévention visent les jeunes, alors que nous avons vu précédemment que l'alcool au volant n'est pas un problème spécifique aux jeunes. De plus il manque une évaluation de ces actions de prévention qui permettrait de dégager celles qui sont les plus pertinentes.

Il ressort également des auditions menées par le groupe d'expertise avec des acteurs locaux que les outils pour mettre en œuvre la politique locale et les actions de prévention existent et sont efficaces mais que les actions locales reposent essentiellement sur les personnes en place et non sur les institutions ; il est par conséquent difficile de conserver une action efficace dans le temps.

Proposition :

Mettre en place un programme d'études consistant à recenser et à évaluer les actions de prévention en vue de dégager celles à recommander.

Cibler, avec les actions de prévention, l'ensemble des publics, et pas seulement les jeunes.

C. Le contrôle, les sanctions et le suivi des conducteurs infractionnistes

Si les actions de prévention sont indispensables, il n'en reste pas moins que la sanction et le traitement des conducteurs infractionnistes constituent le point décisif pour l'obtention d'une réduction significative et durable de l'enjeu de l'alcool sur la sécurité routière.

L'analyse de ces politiques montre qu'il s'agit d'un système complexe faisant intervenir une grande diversité d'acteurs : forces de l'ordre, préfectures, justice, santé et social. L'efficacité du fonctionnement de ces services constitue une priorité.

Or c'est surtout la coordination entre ces acteurs qui constitue la principale difficulté. On constate généralement un cloisonnement entre ces services, et en particulier une séparation nette entre le domaine des forces de l'ordre et des services préfectoraux et entre le domaine de la justice et celui de la santé.

Il arrive toutefois d'observer, dans un certain nombre de départements, des bonnes pratiques et une bonne coordination entre les services impliqués. Mais ces bonnes pratiques sont plus souvent dues aux personnes en place qu'au système sur lequel elles s'appuient.

Dans le présent rapport, on se bornera à montrer l'intérêt et l'enjeu d'avoir une bonne coordination entre les services. Le cadre institutionnel qui permettrait d'obtenir cette meilleure coordination n'est pas proposé ; cela devra faire l'objet d'une étude spécifique confiée à un groupe de travail à constituer ou à une personnalité.

1. Les contrôles préventifs

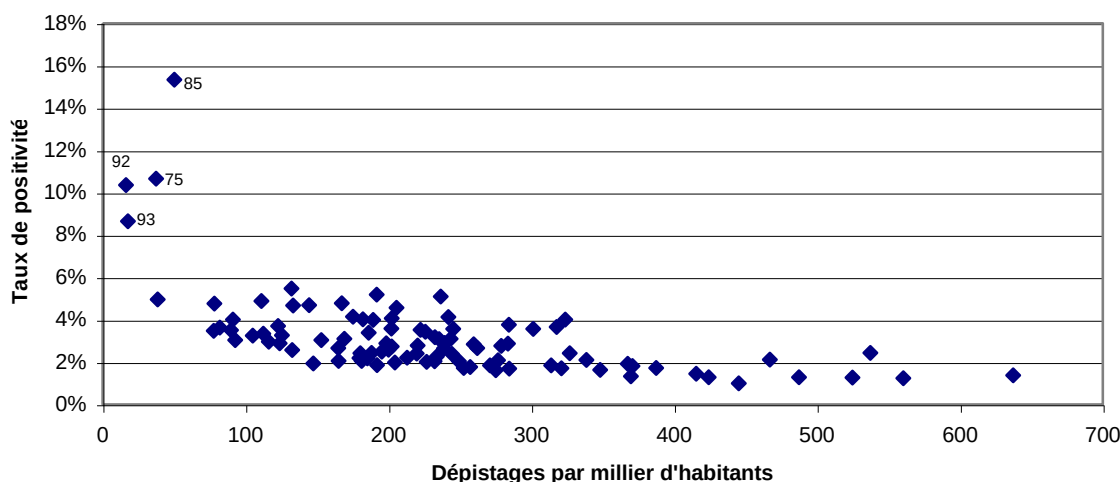
Il existe deux modes opératoires pour les contrôles préventifs du taux d'alcoolémie : des contrôles ciblés ou des contrôles de masse.

En Grande-Bretagne, les contrôles de masse sur route ne sont pas autorisés, seuls existent les contrôles après une infraction ou un accident ou lorsqu'il y a une suspicion de conduite en état d'alcoolémie illégale en fonction du comportement. Le nombre de contrôles réalisés est ainsi relativement faible (534 000 contrôles au bord des routes en 2003), mais le taux de contrôles positifs est élevé (17,6% soit 94 000 contrôles positifs).

Ces chiffres sont à comparer aux 11 millions de contrôles réalisés en France en 2005, dans le cadre d'une politique de contrôle de masse, qui produisent environ 360 000 dépistages positifs, lesquels n'aboutissent cependant qu'à 260 000 procédures du fait des dépistages non confirmés à l'éthylomètre ou à la prise de sang. Le nombre de délits (> 0,8 g/l) soit 135 000 n'est que 40 % supérieur à ce qui est constaté en Grande-Bretagne.

Le taux de dépistages positifs est de l'ordre de 3,2 %, pour l'ensemble des dépistages (2,4 % après confirmation) et de 2,5 % si l'on ne prend en compte que les seuls dépistages préventifs, hors accident et infraction donc (9 millions de contrôles). En 1996, ce taux n'était que de 1,15 %. Cet accroissement ne traduit pas une augmentation de l'alcoolisation au volant mais plutôt une amélioration du ciblage des plans de contrôle.

On note toutefois une certaine disparité dans les pratiques entre les départements lorsqu'on regarde le nombre de contrôles réalisés et le taux de positivité, comme le montre le graphique 3 (les données utilisées pour la réalisation de ce graphique se trouvent en annexe 5).



Graphique 2 : Taux de positivité en fonction du nombre de dépistages d'alcoolémie dans les départements en 2006 (Source : Ministère de l'Intérieur)

Le nombre de dépistages par millier d'habitants varie très fortement entre les départements (de 16 à 637).

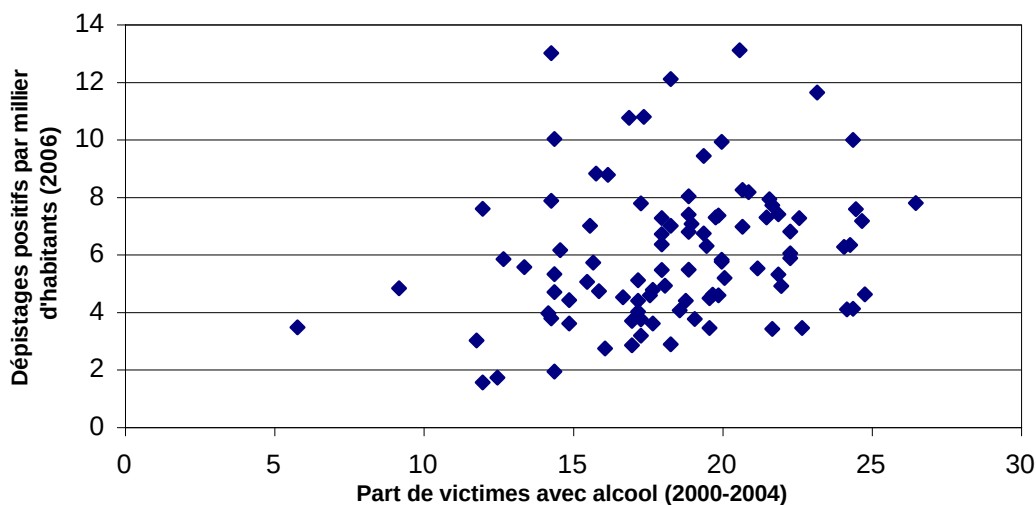
Quatre départements se distinguent avec un fort taux de positivité et un nombre réduit de dépistages par millier d'habitants (75, 92, 93 et 85).

Trois d'entre eux sont des départements très peuplés de la région parisienne et ont opté pour des contrôles ciblés. Pour ces départements, malgré un taux de positivité élevé, le nombre de dépistages positifs reste relativement faible au regard de la population de ces départements, mais il convient de remarquer que dans ces départements, la part de victimes graves avec alcool est inférieure à la moyenne nationale.

A l'inverse, la part de victimes graves avec alcool en Vendée est supérieure à la moyenne nationale, mais on constate également un nombre de dépistages positifs par millier d'habitants supérieur à la moyenne, ce qui traduit une pression élevée des forces de l'ordre.

Cela illustre donc bien les différentes pratiques qui sont menées dans les départements en terme de contrôle, les caractéristiques du département pouvant influencer ces pratiques.

De même, le graphique 4 montre que le nombre de dépistages positifs par habitant n'est pas vraiment proportionné à l'importance du facteur alcool dans les accidents du département.



Graphique 3 : Dépistages positifs par millier d'habitants en 2006 en fonction de la part de victimes avec alcool dans les départements français sur la période 2000-2004 (Sources : Ministère de l'Intérieur et ONISR)

De nombreuses analyses des pratiques de contrôles préventifs fondés sur les lois de 1978 et de 1990 ont été réalisées. L'une d'entre elles a été publiée dans le Livre blanc sur les drogues licites et illicites et la sécurité routière de 1993 (Laguier, 1996). Une autre a été réalisée dans le cadre de la commission d'évaluation du système de contrôle et de sanction. Elles font apparaître des qualités et des défauts qui ont peu évolué depuis la création de ces contrôles. Les propositions d'améliorations faites n'ont pas été suivies d'effet. Aucun système ne peut s'améliorer sans utiliser des indicateurs de qualité pertinents. Il ne suffit pas de documenter des résultats bruts, il faut être capable d'expliquer les différences observées.

Les points importants sont :

- Les différences dans la pertinence des pratiques. Les accidents avec alcoolémie illicite sont principalement observés la nuit et en fin de semaine (ce fait est bien documenté à partir des BAAC dans les bilans annuels de l'ONISR). Il convient donc de réaliser les contrôles préférentiellement pendant les périodes correspondantes, ce qui n'est pas le cas dans un grand nombre de départements. Les pratiques inadaptées se traduisent par une faible proportion de résultats positifs, mais il faut tenir compte que l'alcoolisation varie fortement en France d'une région à l'autre, voire entre les départements d'une même région. Une évolution vers la réalisation de contrôles plus adaptés aux jours et aux horaires de forte consommation d'alcool est indéniable, elle explique en grande partie la croissance de la proportion de résultats positifs dans de nombreux départements. Mais, tant que les tranches horaires et les jours de contrôle ne seront pas documentés, l'évaluation de la qualité des pratiques sera impossible, l'évolution des comportements locaux de consommation d'alcool et celle des contrôles ne pouvant être distinguées.
- Les insuffisances dans le recueil des données statistiques a pour conséquences des lacunes évidentes et des imprécisions dans la présentation des résultats dans les bilans de l'ONISR. Pour améliorer le rôle des contrôles préventifs, il faudrait organiser un recueil de données qui prenne en compte les propositions suivantes :
 - o distinguer trois groupes de contrôles, après accidents, après infraction ou constat d'un comportement anormal, dans le cadre d'un contrôle systématique où tous les usagers sont contrôlés
 - o distinguer les données gendarmerie, police et CRS.
 - o suivre les taux de positivité pour les différentes catégories de contrôles
- la persistance de l'usage d'éthylotests chimiques notoirement peu sensibles dans une utilisation de terrain (temps froid, éclairage défectueux, temps d'attente insuffisant avant d'affirmer la négativité, etc.). Il faut faire le point sur la situation et déterminer avec précision si les engagements du CISR de 1997 ont été tenus, sinon quelle est la part résiduelle de contrôles effectués dans le cadre des lois de 1978 et 1990 avec des éthylotests chimiques. Rappelons que l'échéance prévue par le CISR de 2002 pour l'abandon des éthylotests chimiques était l'année 2005.

Pour évaluer la pertinence des contrôles il convient d'avoir un suivi régulier et fiable des pratiques. L'argument du travail supplémentaire n'est pas justifié, une activité moindre, mais pertinente et bien évaluée, est préférable à une activité visant la quantité et faite dans des conditions qui ne correspondent pas à l'efficacité recherchée. La documentation des pratiques est facile si elle fait appel à des méthodes simples, pertinentes et statistiquement « robustes ». Il ne s'agit pas d'un travail de recherche, mais d'une activité indispensable qui doit faire partie des routines de contrôle et elle ne représenterait qu'une très faible modification du temps de travail. D'ailleurs, les résultats des contrôles préventifs sont transmis aux préfetures avec un niveau de détail élevé.

On se reportera en annexe aux propositions de bonnes pratiques et d'évaluation.

Propositions :

Renforcer l'efficacité des contrôles préventifs, sans nécessairement en accroître le nombre, en les ciblant mieux ce qui impose de savoir où et quand ils sont faits.

2. L'action des préfectures en matière de permis de conduire

Lorsqu'une conduite en état d'alcoolémie est constatée par les forces de l'ordre, celles-ci appliquent une rétention immédiate du permis de conduire pour un délai maximum de 72 heures. Le préfet est alors saisi et prononce généralement une suspension de permis qui peut aller suivant le cas jusqu'à un an. Si après la procédure judiciaire, la condamnation du tribunal comprend une suspension de permis, celle-ci viendra en substitution de la suspension prononcée par le préfet.

Les décisions préfectorales ne sont pas documentées et à plus forte raison la part de ces décisions qui n'est pas reprise par les décisions du Tribunal. On peut cependant raisonnablement penser que ces décisions constituent une sorte de minimum qui est appliqué à l'ensemble des infractionnistes.

2.1. Les commissions médicales du permis de conduire

Des commissions médicales du permis de conduire au sein des préfectures, sont composées de médecins formés à l'INSERR sur des programmes spécifiques, en principe actualisés par rapport aux données scientifiques. Ces commissions examinent les conducteurs professionnels pour le renouvellement de leur permis, les conducteurs infractionnistes, qui ont eu une suspension supérieure à un mois, les conducteurs handicapés ou souffrant de maladies déclarées. Depuis peu, les conducteurs professionnels, dans le cadre du renouvellement de leur permis, ont la possibilité de passer les visites médicales chez des médecins généralistes agréés.

Dans le cas des conducteurs infractionnistes, les commissions sont amenées à se prononcer sur une inaptitude à la conduite ou une restitution provisoire ou définitive du permis de conduire.

Le principal point faible de l'organisation actuelle est que les commissions statuent en général dossier par dossier sans véritablement connaître l'historique avant la consultation et sans connaître ensuite le devenir du conducteur après la consultation.

Les moyens dont elles disposent et les méthodes qu'elles utilisent conditionnent leur capacité de prévenir la récurrence de la conduite sous l'influence de l'alcool. Ce problème majeur a deux aspects différents, l'un dépend directement de ces commissions, c'est l'évaluation de l'aptitude, l'autre concerne la conduite sans permis qui doit être prévenue en exploitant les données concernant les inaptitudes à la conduite pour un problème de dépendance alcoolique et les décisions de suppression de permis pour conduite en état d'imprégnation alcoolique.

La première condition est de donner les moyens de leurs missions à ces commissions (secrétariat, bureautique, logiciels adaptés). L'objectif est d'assurer :

- un suivi des personnes qui vont devoir se présenter devant la commission et seront l'objet de décisions qui doivent être conservées.
 - o il faut notamment une informatique minimale, avec un logiciel dédié permettant à toutes les commissions de bénéficier de facilités de gestion, de bureautique et d'archivage qui conditionnent la qualité de leur travail,
 - o les liens avec les organismes de soins doivent être documentés, chacun assurant ses missions, la coordination n'est pas un mélange des genres, mais il faut savoir si une personne qui a un problème avec sa consommation d'alcool a été suivie médicalement, par qui et si cette pratique de soins est interrompue ou non.
 - o ces fichiers nominatifs, déclarés à la CNIL, doivent permettre des consultations protégées des données d'un département à l'autre, pour éviter de se retrouver dans les conditions qui existaient pour le permis de conduire avant le développement du permis à points (obtention de permis dans plusieurs départements).
- une connaissance statistique des décisions prises, (savoir quelles suites ont été données aux infractions constatées, notamment en évaluant les mesures de retraits de permis et les conditions de leur restitution). Si un usager qui a un problème de consommation régulièrement excessive ou de dépendance n'est pas suivi au-delà de la période qui suit l'infraction et les décisions judiciaires ou

administratives, le risque de récidive est élevé. Il convient de développer ce suivi avec des retours à la conduite étroitement encadrés, ce qui exige des moyens.

- les récidives de conduite sous l'influence de l'alcool, après restitution d'un permis, doivent être systématiquement analysées pour mieux comprendre les causes de l'échec (absence de suivi médical notamment),
- la mise à disposition des médecins qui travaillent dans ces commissions des comparaisons entre les indicateurs de pathologies alcooliques de leur département avec les autres départements :
 - o taux de cirrhoses alcooliques du foie et de cancers des voies aéro-digestives supérieures disponibles sur le site internet de l'inserm ou sur celui des observatoires régionaux de la santé ;
 - o tests de dépistage effectués sur la route. Un département fortement alcoolisé d'après les statistiques de mortalité et qui est bien classé sur le bilan des tests de dépistage est un département où les dépistages ne sont pas effectués lors des périodes de conduite sous l'influence de l'alcool ;
 - o résultats des recherches effectuées après un accident.

Le bilan annuel de l'activité des commissions médicales doit être présent dans les rapports départementaux de sécurité routière (rapport sur le fonctionnement du système de contrôle et de sanction et plan départementaux de sécurité routière).

Comme pour les autres éléments du dispositif destiné à réduire la conduite sous l'influence de l'alcool, le fonctionnement de ces commissions médicales est caractérisé par l'insuffisance des moyens permettant de documenter ce qui est fait et d'assurer un suivi pertinent des pratiques, seule garantie de leur qualité, pour ceux qui exercent des fonctions dans ces commissions, comme pour ceux qui ont la responsabilité de leur bonne gestion.

Propositions :

Mettre en place un véritable dispositif de suivi des conducteurs et préciser dans ce cadre le rôle des commissions médicales du permis de conduire, ce qui nécessitera de leur donner les moyens de leurs missions (secrétariat, bureautique, logiciels adaptés) et d'évaluer régulièrement leur activité au niveau départemental et national.

Organiser l'analyse des récidives de conduite sous l'influence de l'alcool, après restitution d'un permis pour mieux comprendre les causes de l'échec.

Une étude épidémiologique pourrait être proposée, à partir d'un échantillon stratifié de départements en fonction de l'importance des CEA, pour connaître les situations sanitaires et sociales en lien avec l'alcool des personnes vues en commission médicale.

Une recherche-action serait à promouvoir avec un échantillon de médecins volontaires pour établir des passerelles entre les formations délivrées à l'INSERR et les formations au RPIB (repérage précoce intervention brève) soutenues par la DGS (Ministère de la santé).

2.2. Les stages de sensibilisation et de récupération de points

Les conducteurs infractionnistes peuvent être incités à participer à des stages de sensibilisation à la sécurité routière, dispensés par des organismes agréés par les préfetures. Trois cas de figure se distinguent :

- La participation volontaire : le conducteur s'inscrit de son propre gré dans l'optique de récupérer quatre points à l'issue du stage.
- La participation obligatoire : elles concernent les jeunes conducteurs, qui possèdent un permis probatoire et ont perdu au moins trois points.
- Les participations suite à une décision de justice.

Ces stages ne sont pas axés sur un thème spécifique. Cela apparaît regrettable car les personnes amenées à participer à ces stages viennent généralement après avoir commis un type d'infractions précis, à savoir soit l'alcool, soit la vitesse, soit les autres règles de conduite (priorité, feux, téléphone portable...). Il serait donc

préférable qu'un thème soit attribué à chaque stage (et pas seulement pour l'alcool) afin de mieux sensibiliser les usagers à leurs propres défauts et ne plus mélanger des usagers qui ont commis des infractions totalement différentes. De plus, il serait judicieux de mettre en place des outils (cahier des charges précis sur le contenu, plan de qualité...) pour s'assurer de la qualité des informations promulguées lors de ces stages.

Proposition :

Développer des structures accréditées organisant les stages de sensibilisation spécifiques à l'alcool au contenu validé pour des contrevenants en délit.

2.3. Les enquêtes de proximité

La proportion très élevées d'accidents mortel avec alcoolémie a un niveau illicite impliquant un conducteur qui n'a plus de permis valide justifie que l'on prévienne ce type de comportement par des enquêtes de proximité. Elles doivent utiliser une procédure très simple vérifiant au niveau local si un usager dont le permis a été invalidé conduit ou non. La confiscation du véhicule doit être la règle si la conduite sans permis est avérée.

Proposition :

S'assurer de l'effectivité dans le temps des suppressions ou suspensions de permis avec le concours des services de police.

3. L'action judiciaire

Le volet judiciaire de la politique de lutte contre l'alcool au volant est tout à fait essentiel. Il constitue d'ailleurs une part très importante de l'activité des tribunaux correctionnels qui ont montré au fil du temps une sévérité accrue, fortement relayée par les médias, ce qui a eu un impact important sur l'opinion publique.

Il apparaît cependant de plus en plus nécessaire que cette action se diversifie à la fois en ajoutant un volet soins et prévention de la récidive et en développant d'autres formes d'action comme les confiscations de véhicules et/ou les éthylotests anti-démarrage.

3.1. Place de l'alcool au volant dans l'activité pénale

Rappelons en préalable que les entrées dans le système pénal d'affaires relatives à l'alcool au volant font suite à un dépistage positif lors d'un contrôle (préventif ou non) de l'alcoolémie. Elles dépendent donc étroitement de l'activité des forces de l'ordre et de la pertinence des plans de contrôle.

Examinons les condamnés⁴ pour avoir conduit en état alcoolique en 2004. Ils sont dans un premier temps rapportés à l'ensemble des délits condamnés par les tribunaux correctionnels et dans un second temps, comparés à l'ensemble des principales infractions routières (contraventions de 5ème classe et délits réunis) condamnées par les tribunaux, fournies par le Ministère de la Justice et l'ONISR.

a) *Place des délits de circulation routière et d'alcoolisation au volant dans les tribunaux correctionnels*

En 2004, parmi les condamnations pour délits, toutes matières confondues, les infractions à la circulation routière (auxquelles il convient de rajouter les blessures et homicides involontaires des accidents routiers) représentent 36% des délits condamnés ; l'autre gros contentieux, celui des atteintes aux biens n'atteint que 30% ; tous les autres contentieux sont de bien moindre importance. La conduite en état alcoolique, à elle seule, représente 23,5% des délits condamnés. C'est autant que les vols et recels (23,3%) et beaucoup plus que les violences volontaires (9,5%).

⁴ Les conducteurs sont parfois condamnés pour plusieurs infractions commises à la même occasion. Nous retenons ici la principale infraction, car l'alcool figure toujours en premier dans cette hiérarchie. Les contraventions en matière d'alcoolisation au volant n'apparaissent pas, ni ici, ni dans les tableaux « nombre d'infractions sanctionnées » des statistiques de l'Observatoire, p179.

Le contrôle de la conduite routière constitue donc, statistiquement, la principale activité des tribunaux correctionnels. Et l'alcool au volant (blessures et homicides involontaires par conducteurs en état alcoolique et conduites seules en ce même état) en constitue l'aspect le plus réprimé : 69% des délits de circulation routière.

Cet examen des condamnations de délits de circulation routière et d'alcoolisation au volant dans l'activité judiciaire sur l'ensemble des contentieux correctionnels illustre l'importance accordée à la circulation routière en général et à l'alcool au volant en particulier.

b) Place de l'alcool dans l'ensemble des condamnations de circulation routière

L'alcool au volant représente 49% des condamnations (délits et contraventions de 5ème classe) en matière de circulation routière. Sur 117 767 condamnations pour infractions routières aggravées par l'alcool, 97% concernent la conduite en état alcoolique simple, 2% des blessures involontaires par conducteur en état alcoolique et moins de 1% des homicides du même ordre (3 pour 1000, soit 317 cas).

Dans 82% des cas, une condamnation pour conduite en état alcoolique ne sanctionne que cette infraction. Dans 16% des cas, la CEA est sanctionnée avec un autre délit routier, le plus souvent une conduite sans permis (dans le tiers de ces cas).

C'est donc pour l'essentiel à titre préventif que le système pénal contrôle et condamne l'alcoolisation au volant.

Comme les conducteurs accidentés (voir partie A1.), les conducteurs alcoolisés verbalisés le sont avec des alcoolémies souvent importantes. Lors de l'évaluation du système de contrôle-sanction (Ternier et al, 2003), l'alcoolémie moyenne de tous les conducteurs verbalisés (y compris les contraventions) se situait selon les terrains entre plus d'une fois et demi et plus du double du seuil limite des délits (soit de 1,3 à 1,6 g/l). Certains de ces conducteurs relevaient d'une contravention avec une alcoolémie moindre (0,5 g/l à 0,8 g/l). Les conducteurs relevant d'un délit présentaient donc des alcoolémies qui étaient très élevées, dépassant les moyennes indiquées.

c) Les peines actuelles

Le tableau suivant montre la forte aggravation des peines lorsque l'on passe de la conduite en état alcoolique (CEA), sans blessure ni homicide, en distinguant la première infraction de la récidive, aux condamnations suite à des blessures ou des homicides involontaires.

	simple CEA sans récidive	récidive de CEA	blessures involontaires	Homicides involontaires
Toutes condamnations	99 636	14 968	2 846	317
Emprisonnement	49,9%	83,6%	86,8%	99,1%
<i>Ferme</i>	3,5%	18,3%	6,4%	12,9%
<i>Sursis partiel</i>	1,1%	12,0%	7,5%	63,7%
<i>Sursis total</i>	45,3%	53,3%	72,9%	22,4%
Amende	36,1%	5,8%	6,6%	0,0%
Peines de substitution	13,7%	10,6%	6,6%	0,9%
<i>dont suspension ou interdiction permis</i>	10,8%	3,8%	4,9%	0,9%
Mesure éducative	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Dispense de peine	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%

Tableau 7 : Peines consécutives à une conduite en état alcoolique en 2005
(Source : ministère de la Justice SDSSED)

Si la moitié des condamnations pour conduite en état alcoolique comprennent une peine de prison, cette dernière est presque toujours assortie d'un sursis. Par contre, presque un tiers des récidives de conduite en état alcoolique et 80 % des homicides involontaires en état alcoolique mènent à la prison ferme.

En 2004, le sursis probatoire (généralement assorti d'une obligation de soin) concerne globalement 15% des conduites en état alcoolique. Lorsque la CEA est simple, il y en a 13% ; lorsqu'elle est associée à d'autres infractions, il y en a 27%. Parmi ces infractions, il y a 13% de récidives établies, le sursis probatoire concerne alors 50% de ces récidivistes. En cas d'accident, pour des conducteurs alcoolisés ayant occasionné des blessures involontaires, il y a 20% de sursis probatoires ; pour ceux qui sont auteurs d'un homicide involontaire, il y en a 39%. Quelques rares condamnés seront peut-être suivis en prison : d'abord, ils n'y sont pas particulièrement incités ; ensuite, les listes d'attentes pour des soins en détention sont longues et le délai de prise en charge excède souvent la durée de courtes peines. Les soins obligés ne concernent donc qu'une petite partie des conducteurs alcoolisés et se concentre sur les conducteurs les plus dangereux.

Sachant qu'une grande majorité des condamnés pour simple CEA ont un problème avec l'alcool, le recours à des sursis probatoires assortis d'obligation de soins dans 15% des cas en moyenne paraît nettement sous dimensionné. En effet, 85% des condamnés pour alcoolisation au volant ne sont pas incités à se soigner alors que nous avons vu qu'une telle démarche est proposée en alternative aux poursuites.

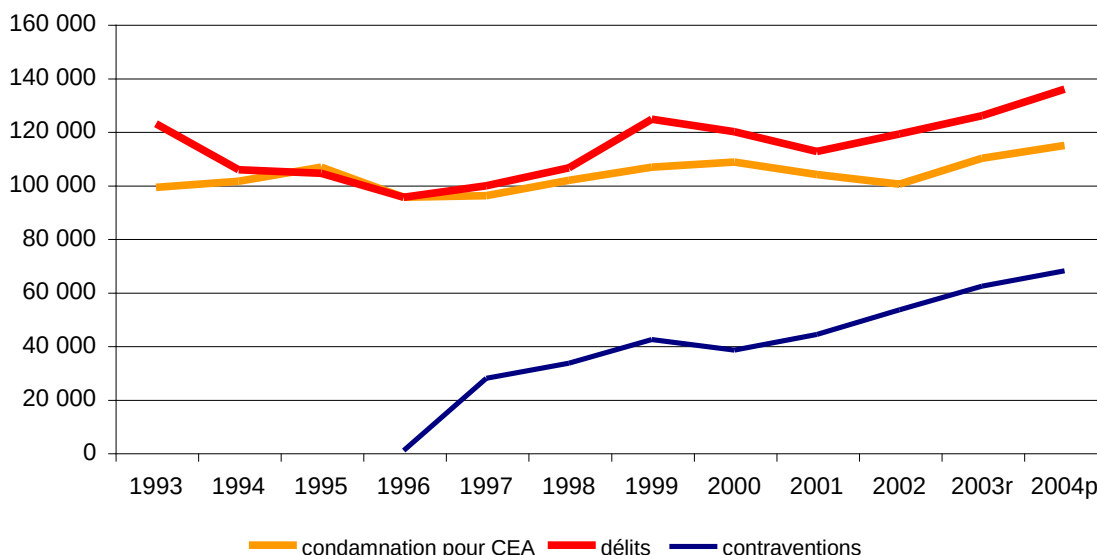
3.2. L'évolution des condamnations

Après avoir examiné la place actuelle de l'alcool au volant dans l'activité pénale, il convient de voir dans quelles tendances plus générales nous nous situons.

a) *Un nombre croissant de condamnations ces dernières années.*

Si le nombre de dépistages positifs déclarés par les forces de l'ordre est très fortement croissant au cours des dernières années, on constate (graphique 5) que le nombre de condamnations pénales reste relativement stable.

La principale raison de cette divergence est que l'augmentation des dépistages positifs aboutit à une augmentation des contraventions (entre 0,5 et 0,8 g/l) et non pas à des délits transmis à la Justice. On constate toutefois une divergence (moins nette, mais non négligeable) entre le nombre de délits constatés par les forces de l'ordre et les condamnations de la Justice. Il s'agit d'alternatives aux poursuites lorsque l'alcoolémie délictuelle est faible (proche de 0,8g/l de sang). En ce cas, un classement sans suite est assorti d'une autre mesure (un rappel à la loi, une composition pénale, un stage de sensibilisation...). En 2004, 12 599 stagiaires ont bénéficié d'alternatives aux poursuites.



Graphique 4 : Comparaison des délits et contraventions liés à l'alcoolémie constatés et des condamnations
(Sources : Ministère de la Justice et Ministère de l'Intérieur)

Le décrochage observé à partir de 1999 entre les délits constatés par les forces de l'ordre et les condamnations est dû en partie au recours à d'autres procédures telles que l'alternative aux poursuites.

Les alternatives aux poursuites pourraient efficacement être conditionnées au suivi d'interventions brèves collectives, qui ont largement fait leurs preuves (Diaz Gomez et Milhet, 2005). Ce type d'interventions, utilisé à d'autres étapes du traitement judiciaire permettrait aussi de traiter plus fréquemment une population de condamnés dont nous avons vu qu'elle présente majoritairement des problèmes avec l'alcool déjà bien constitués. Or, ceux-ci sont rarement incités à changer d'habitudes ou à se soigner : 85% n'y sont pas invités, ni contraints par le judiciaire, resterait à savoir ce que prévoient les commissions administratives. Le développement de cette prise en charge serait peu coûteux et facilité par le nombre croissant de médecins généralistes qui sont désormais formés aux interventions brèves dans toutes les régions.

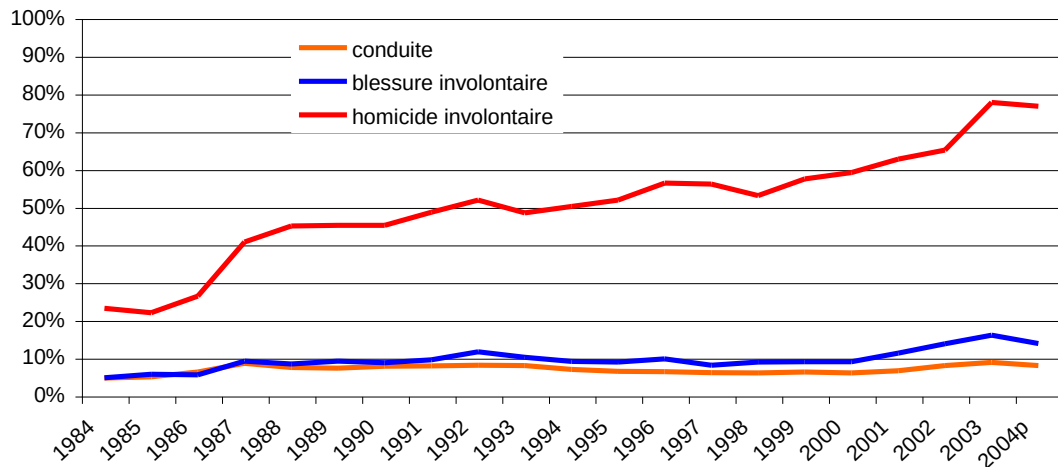
La vocation préventive du contrôle de l'alcool au volant se doublerait alors d'une véritable capacité curative d'un problème de risque et aussi de santé publique pour soi et pour les autres dont on sait qu'il déborde très largement les problèmes routiers, en particulier à l'occasion de violences familiales. L'objectif d'amener des malades de l'alcool à se soigner figurait d'ailleurs dans les motifs principaux de création d'une incrimination de l'alcool au volant en 1958 (Kletzen, 2000).

b) avec une sévérité croissante

Plus frappant encore est l'évolution au cours du temps depuis 1984. On voit que la part des condamnations à des peines de prison ferme a constamment augmenté au cours des vingt dernières années avec deux inflexions nettes en 1986 et en 2003. Avant 1986, 20% seulement des homicides involontaires en état alcoolique étaient sanctionnés par de la prison ferme alors qu'en 2003, cette proportion était de près de 80%. Il en est de même mais de façon plus atténuée pour les blessures involontaires ou les conduites simples en état alcoolique. La Justice a donc condamné de plus en plus sévèrement au cours des dernières années la conduite en état alcoolique.

Cette sévérité croissante, particulièrement sensible en matière d'homicide involontaire, exprime l'importance accordée aux risques routiers, tant par le système pénal que par la société civile. C'est ici à l'exemplarité de peines alourdies que recourent les tribunaux. Or, la vocation dissuasive de l'emprisonnement n'a jamais été vérifiée en population délinquante ; actuellement, l'absence de dissuasion de telles peines prévaut dans les analyses. Par contre, paradoxalement, dans une population plus proche de la population générale, ce type de peine peut sensibiliser davantage. Faut-il pourtant rapprocher le traitement de l'alcool au volant de celui des autres délinquances, alors que l'on sait déjà que des peines, mêmes lourdes, ne résolvent rien ? Un discrédit de l'intervention pénale en matière routière en serait l'éventuelle rançon. Tandis qu'une incitation massive à se

soigner n'aurait pas la même image, auprès des délinquants et des victimes comme dans la population.



Graphique 5 : évolution de la part des condamnations à des peines de prison ferme

3.3. Une action pénale préventive mais faiblement orientée vers les soins

Ces statistiques montrent bien que le risque routier associé à l'alcool est pris très au sérieux par l'institution judiciaire ; en atteste aussi la rareté des classements sans suite de pure opportunité en cette matière. Les deux tiers des affaires rentrent par dépistage préventif et presque le quart de l'activité des tribunaux correctionnels leur est consacrée. L'intérêt accordé à la conduite en état alcoolique tel que nous l'observons exprime une volonté d'agir préventivement sur le risque routier, quitte à condamner massivement un comportement potentiellement dangereux.

En dépit de ces efforts, la récidive de conduite en état alcoolique représente 13% des condamnations pour simple conduite en état alcoolique. Leur effectif s'accroît chaque année en conséquence de l'intensité de la répression de l'alcool au volant. Cela traduit aussi l'importance du phénomène - plus général - des mésusages d'alcool et en particulier du fait de consommateurs habituels.

Certaines données permettent d'évaluer qu'une forte majorité des condamnés pour CEA ont un problème avec l'alcool. En ce cas, le recours aux soins semble très sous dimensionné.

Par ailleurs, les entrées dans le système pénal d'affaires relatives à l'alcool n'aboutissent pas systématiquement à une condamnation, mais elles peuvent déboucher sur une alternative aux poursuites. En 2004, il y a eu 12 599 stagiaires dans le cadre de l'alternative aux poursuites pour alcoolisation au volant. Le contenu de ces stages est variable et souvent mal connu. Tous ne suivent pas les programmes des conventions départementales d'objectifs (CDO) mentionnés infra.

L'évaluation des CDO estime le taux de prise en charge de populations interpellées ayant un problème d'alcool à 3% et celui de populations condamnées ayant un problème de drogue ou d'alcool à 7%. Il est faible dans les deux cas. Plus précisément, l'alternative aux poursuites pour CEA dans le cadre des CDO est sommairement évaluée en tant que programme. Tous les départements ne signent pas de conventions d'alternatives aux poursuites et tous les programmes ne sont pas identiques. Voici deux exemples contrastés de programme proposé dans le cadre des alternatives aux poursuites pour CEA.

Un premier programme prévoit une consultation systématique au CCAA des personnes interpellées pour CEA (deux rendez-vous sont exigés pour bénéficier de l'alternative). Sur environ 100 personnes accueillies pour diverses infractions dont des délits routiers, 20% entreprennent une véritable démarche de soins et 12% font un premier essai⁵.

⁵ Les buveurs d'habitude procèdent souvent à de nombreux essais avant d'entreprendre des soins qui sont assez longs et entrecoupés de rechutes.

Un second programme semble assez complet, il comprend des entretiens avec un travailleur social et un médecin alcoologue. Le délégué du procureur rappelle ensuite la loi et confirme le retrait de points ou du permis. Ensuite, est proposée la vision collective d'une cassette de la sécurité routière sur les risques de l'alcool au volant et une brochure sur le comportement quotidien face à l'alcool est distribuée. Mais le jour de l'évaluation, le tribunal n'avait pas de téléviseur disponible. Pour évaluer ce dispositif, 5 personnes sont interrogées. Certains sont de gros buveurs présentant de multiples problèmes, en particulier sociaux ; le programme a changé leurs comportements face à l'alcool et autres drogues. D'autres sont des buveurs « de fin de semaine », bien insérés qui n'ont pas le sentiment d'être malades ou dépendantes de l'alcool. Pour ceux-ci, ce dispositif aurait peu d'impact, sauf à titre pédagogique (Gorgeon et al, 2003). Observons que les personnes interrogées sont peu nombreuses (5 cas) et que le déni des buveurs habituels, surtout s'ils sont bien insérés, n'est pas évoqué. Il serait alors prématuré d'adhérer aux conclusions proposées quant à la faiblesse de l'impact de ce programme en matière de soins de buveurs de « fin de semaine ». De plus, l'effet pédagogique mentionné n'est en soi pas négligeable ; à terme, il peut inciter à se soigner car nombre de buveurs ignorent les conséquences de leurs consommations et les structures de prise en charge existantes.

Conclusion

La circulation routière et tout particulièrement l'alcool au volant occupent une place de premier plan dans l'activité pénale. Le principal moyen d'action est à vocation préventive : contrôler et condamner l'alcool au volant pour tenter de prévenir des accidents. Et lorsque ceux-ci surviennent, des soins en matière d'alcool sont prévus mais demeurent très ciblés sur les individus les plus atteints, pourtant difficiles à soigner. De même, lorsque des conducteurs sont récidivistes ou multi infractionnistes, le problème est souvent intense et associé à d'autres difficultés socioprofessionnelles. Lorsque des conducteurs en sont à leur première CEA, le soin est rarement envisagé. Pourtant, les données disponibles donnent à penser que nombre d'entre eux ont déjà un problème avec l'alcool bien constitué ou en voie de constitution. Il y aurait donc un enjeu – de sécurité routière et de santé publique et même au-delà, de sécurité des familles – à proposer un traitement judiciaire, alternatif aux poursuites ou simplifié, assorti pour le moins d'une incitation aux soins. En particulier, l'intervention brève a fait ses preuves. Elle incite de gros buveurs débutants à changer leurs habitudes ou à se soigner ; elle permet de repérer des cas plus lourds à orienter vers des soins appropriés. Leur prise en charge serait d'autant plus facile que de nombreux médecins généralistes sont désormais formés aux interventions brèves.

Propositions :

Etendre à l'alcool les possibilités de consultations de proximité sur le modèle des consultations cannabis.

Dans le cadre de la procédure judiciaire :

a) développer le recours au repérage précoce et à l'intervention brève qui a fait ses preuves pour faciliter l'orientation des buveurs à risque,

b) renforcer les structures réalisant une prise en charge médico-psycho-sociale pour les personnes dépendantes.

Mettre en place un recueil statistique des sanctions prononcées par la Justice et procéder à des évaluations des différentes réponses judiciaires relatives à la conduite en état alcoolique.

3.4. Les autres réponses judiciaires : la confiscation de véhicules

La conduite sans permis étant difficile à contrôler, l'efficacité de la suspension et l'annulation du permis est limitée car le conducteur peut être amené à conduire sans permis, avec un risque modéré d'être contrôlé. De ce fait, les sanctions prononcées « à l'égard du véhicule », telles la confiscation ou l'immobilisation du véhicule, vont se montrer plus efficaces, qu'une seule suspension ou annulation, comme le montrent la plupart des études menées sur ce sujet aux Etats-Unis et au Canada.

En France, la loi du 12 juin 2003 a permis aux juges de prononcer plus souvent une peine de confiscation du

véhicule en cas d'infraction grave (homicide ou blessures involontaires, mise en danger de la vie d'autrui, conduite sans permis en récidive, conduite avec permis invalidé, suspendu, retenu ou annulé, délit de fuite). Les statistiques montrent que cette modification de la loi a été utilisée par les juges puisque le nombre de confiscations de véhicules a doublé entre 2003 et 2005. Les confiscations suite à un délit relatif à l'alcool ont quant à elles augmenté de 58%, leur part dans l'ensemble des confiscations représentant 29% en 2005.

Il apparaît donc indispensable de faire connaître aux juges l'intérêt de cette sanction, et de développer le recours à cette sanction.

Proposition :

Assurer une meilleure effectivité des suppressions ou suspensions de permis par le recours à la confiscation du véhicule.

3.5. Les autres réponses judiciaires : l'éthylotest anti-démarrage (EAD)

Le système d'éthylotest anti-démarrage (ou « alcolock » pour alcohol ignition interlock) désigne un dispositif d'analyse de l'air expiré lié à l'allumage du moteur : le conducteur doit fournir un échantillon d'air expiré chaque fois qu'il tente de démarrer et il lui est impossible de le faire chaque fois que son alcoolémie dépasse un seuil donné (par exemple 0,3g/l). L'installation de l'appareil sur un véhicule empêche donc le conducteur qui aurait pu de démarrer.

a) Expérimentations du dispositif et évaluation

Ce dispositif, commercialement introduit aux USA dès 1986, apparaît rapidement comme une innovation prometteuse dans le traitement des conducteurs en infraction vis-à-vis de l'alcool. Son utilisation s'est développée aux Etats-Unis et au Canada. Les évaluations de programmes intégrant ces dispositifs indiquent clairement que la réduction de la récidive chez les participants est réelle mais qu'elle reste toutefois limitée à la durée de l'installation du dispositif (Beirness, 2005). Ceci s'explique par le fait que bon nombre de participants sont consommateurs excessifs voire dépendants de l'alcool. Si le dispositif ne constitue évidemment pas un « traitement pour eux », il constitue néanmoins durant la période d'installation une incitation pour eux à participer à un programme de réhabilitation destiné à traiter ce problème d'alcool. Actuellement sept juridictions canadiennes et 43 états Américains ont une législation qui autorise l'installation de dispositifs EAD dans les véhicules de conducteurs qui ont été contrôlés en état d'alcoolisation illégale. On estime que 70 000 EAD sont utilisés à travers les Etats-Unis. Bien qu'en augmentation substantielle ces dernières années, l'usage de l'EAD ne touche en Amérique du Nord que 10 % des contrevenants éligibles chaque année ; le défi y est maintenant d'accroître le nombre de participants.

Le premier pays en Europe à s'y intéresser au début des années 90 a été la Suède. Le programme Suédois (1999-2004) a été appliqué à grande échelle (auprès de populations infractionnistes comme auprès de professionnels de la conduite) ce qui permet une évaluation assez générale de la mesure comme outil de lutte contre l'alcoolisation au volant. Plus récemment quatre pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne et Norvège) ont, en concertation, testé un programme d'éthylotests anti-démarrage à faible échelle auprès de diverses populations de conducteurs pour analyser de façon qualitative la faisabilité et l'impact du dispositif ; un objectif du projet mené était d'éclairer la commission européenne sur une éventuelle décision de recommandation. D'autres expérimentations locales restreintes ailleurs qu'en France existent aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne, en Finlande (Vanlar et Mathijssen, 2005).

L'intérêt pour l'expérimentation de l'éthylotest anti-démarrage apparaît officiellement en France dans le compte-rendu du CISR d'octobre 2000. Mais comme en témoigne l'exemple suédois, le transfert de l'usage du dispositif dans un contexte national, qui a ses propres spécificités dans le domaine de la répression et/ou de la prise en charge des conducteurs arrêtés pour conduite en état d'alcoolisation, implique un long travail de réflexion et de concertation entre les administrations concernées. L'expérimentation locale menée en Haute-Savoie, grâce au rôle déterminant du docteur Charles Mercier Guyon, secrétaire du comité médical de la Prévention routière, a l'intérêt de mettre à jour et de résoudre les problèmes d'application de ce dispositif dans notre pays et de favoriser ainsi son intégration cohérente dans le système répressif judiciaire et administratif existant.

Un bilan plus détaillé des expérimentations menées en France, en Suède, et dans les autres pays européens figure en annexe.

b) Les différents usages des éthylotests anti-démarrage

L'utilisation de l'éthylotest anti-démarrage pour faire diminuer l'insécurité routière due à la consommation d'alcool fait l'objet d'un intérêt croissant en Europe. En principe un éthylotest anti-démarrage (EAD) peut être installé dans n'importe quel type de véhicule. Les « normes » de l'appareil pour une utilisation privée ou commerciale ne sont pas les mêmes que pour une utilisation dans le cadre de programmes de réhabilitation⁶. Le prix d'un EAD utilisé dans les programmes de réhabilitation à petite échelle est aujourd'hui d'environ 1 500 euros. En utilisation de masse, ce prix pourrait tomber à 500 voire 300 euros. Les innovations technologiques récentes confèrent à ce dispositif une bonne résistance à la fraude. Les types d'appareils seront de technologie plus ou moins compliquée selon l'utilisation.

b1) L'usage à visée préventive

L'utilisation de l'EAD comme outil de contrôle de la sobriété des chauffeurs professionnels au sein de sociétés de transport, est techniquement réalisable sans problème particulier ; elle trouve l'adhésion des employeurs et des passagers et est bien acceptée des chauffeurs. Elle ne pose pas de problème commercial particulier, au contraire c'est un atout de sécurité et une publicité pour les sociétés. Cet usage préventif pourrait donc connaître un essor assez rapide en Europe. Il est prévu en Suède de rendre obligatoire l'installation d'EAD dans tous les nouveaux bus et poids lourds à partir de 2010. La Suède envisage de plus à l'horizon 2012 l'équipement de tous les véhicules neufs. La commission européenne ne se prononce pas pour une proposition en ce sens, dans l'immédiat du moins. Elle demande une poursuite des expériences, une plus ample réponse sur l'acceptation du dispositif pour tous les conducteurs et une analyse approfondie des coûts et des bénéfices.

b2) L'usage à visée judiciaire (sanction/réhabilitation)

Les dispositifs EAD ont jusque-là été surtout utilisés dans le cadre de programmes de réhabilitation. On considère généralement que le dispositif s'adresse aux récidivistes ou aux primo-infractionnistes avec une forte alcoolémie, groupes pour lesquels les peines de suspension sont généralement longues. Chaque programme EAD comporte des spécificités en liaison avec la cible et les objectifs poursuivis. Les critères d'entrée dans l'expérience sont déterminants pour la réussite du programme : les programmes basés sur le volontariat ne recrutent qu'un faible taux de participants ; si les conducteurs recrutés sont en trop grande difficulté avec l'alcool, la probabilité est forte qu'ils sortent du programme. Les bénéfices du programme ne subsistent après la levée du dispositif que si les habitudes de consommation d'alcool ont vraiment changé. Le programme Suédois inclut cet objectif qui fait porter l'effort sur un recul durable des consommations du prévenu. Etant donné la part importante de prévenus pour conduite en état d'alcoolisation cliniquement reconnus comme alcoolodépendants ou en voie de le devenir, il est important de combiner le dispositif avec d'autres mesures (traitement, suivi médical) pour améliorer l'efficacité des programmes et prévenir la récurrence.

Le programme pilote issu de l'expérience en Haute-Savoie s'inscrit actuellement dans le seul cadre judiciaire. C'est une réussite dans ce département même si le nombre des infractionnistes concernés est relativement faible. Cependant la dualité des décisions administratives et judiciaires dans le système français et le fait que la restitution du permis relève de commissions administratives rend le montage complexe et probablement délicat à exporter dans d'autres départements. Par ailleurs entrent dans ce programme des consommateurs à risque mais non dépendants de l'alcool. Si cela garantit le succès du programme, cela laisse entier le problème de cette catégorie très fréquente devant les tribunaux (dont les récidivistes).

Faisant suite à l'expérimentation très positive menée en Haute-savoie la réflexion pour optimiser le programme reste ouverte sur la durée du programme au regard des durées de suspensions, sur une utilisation de l'EAD couplée avec un programme de suivi personnalisé pour les consommateurs à problème et sur la « prescription » de l'EAD par les médecins des commissions pendant la période de probation d'un an suivant la remise du permis.

⁶ Le comité européen de normalisation électronique (CENELEC) développe de telles normes selon l'usage.

c) Perspectives

Les réticences vis-à-vis de l'EAD ont longtemps utilisé les limites et les échecs de la première génération de ce type de dispositifs. Cela a pris plusieurs années d'investissement technologique pour obtenir les dispositifs actuels qui répondent exactement à la fonction d'empêcher des conducteurs en état d'alcoolisation de conduire. Les attentes sur l'efficacité du dispositif peuvent décevoir dans la mesure où l'application dispositif seul (s'il n'est pas inclus dans un programme modifiant les consommations d'habitude) n'a d'effet que pendant la période d'installation. Mais on ne se pose pas la question si la prison ou la suspension de permis produisent de meilleurs effets. Selon Beirness (2005) il a été démontré aux Etats-Unis et au Canada que l'effet de l'EAD était supérieur à la suspension du permis de conduire dans la prévention de la récidive. Une part des infractionnistes, on le voit en France, apprennent vite à conduire sans permis. Les réponses judiciaires traditionnelles (suspension de permis, prison) ne sont pas toujours adaptées à cette cible potentiellement récidiviste. Cependant, aux yeux du public comme des acteurs de la répression, le « troc » d'une durée de suspension (voire sa totalité) par une durée équivalente d'installation d'un EAD peut apparaître, malgré l'indéniable aspect punitif, comme un effet de clémence vis à vis des délinquants. La place optimale de l'EAD dans la panoplie répressive est à trouver en fonction de la nature du problème tel qu'éclairé aujourd'hui : c'est une voie qui peut allier la mise à l'écart de la circulation du conducteur lorsqu'il a bu (gain immédiat de sécurité routière) et l'opportunité d'un suivi médical pour ces nombreux conducteurs aux consommations excessives d'alcool (gain de santé publique et gain futur de sécurité routière).

Proposition :

Développer fortement l'utilisation de l'éthylotest anti-démarrage dans le cadre administratif et judiciaire principalement pour les consommateurs à risque.

4. Le suivi médico-social

L'exercice de la mobilité routière et de la conduite en particulier implique, de façon implicite, la pleine disposition de capacités physiques et de compétences psycho-sociales pour faire face aux contraintes environnementales, techniques, météorologiques et interpersonnelles.

L'attribution du permis de conduire tient compte de ces facteurs, de façon nuancée en fonction de la catégorie de permis, avec des visites médicales par des médecins agréés (commissions médicales d'examen des permis) s'il s'agit de transports impliquant la sécurité de personnes, ou de matériels.

4.1. L'intervention brève

Les connaissances ont fortement augmenté ces 20 dernières années, tant sur un plan clinique que scientifique. Les modes de prise en charge ont évolué et, même s'il n'existe pas de traitement pour les personnes dépendantes de l'alcool, des réponses diversifiées sont élaborées face aux différents niveaux de comportements d'alcoolisation excessive :

- L'usage est à risque si la consommation est supérieure aux seuils préconisés par l'OMS.
- L'usage est nocif ou abusif si des dommages avérés apparaissent dans les domaines sanitaire ou sociaux, pour le sujet ou pour son entourage, sans qu'il y ait dépendance à l'alcool.
- On parle d'usage avec dépendance s'il y a perte de maîtrise de la consommation d'alcool, « perte de la liberté de s'abstenir d'alcool ».

Dans la politique actuelle de Santé Publique, les médecins sont encouragés à appliquer la méthode de l'intervention brève lors des consultations (RPIB).

Actuellement des formations sont soutenues par la Direction Générale de la Santé pour les médecins généralistes, des recommandations ont été faites aux Etats Généraux de l'alcool (2006) pour impliquer d'autres

professionnels (psychologues, éducateurs spécialisés), comme dans d'autres pays.

En termes de prévention, il est important de pouvoir repérer suffisamment tôt la personne ayant une consommation excessive, à risque. Même si un patient s'interroge sur sa consommation, il est rare qu'il aborde spontanément la question en consultation. De plus, cette consommation excessive ne se traduit pas nécessairement par des symptômes ; et lorsque ces troubles sont présents, certains patients n'établissent pas forcément la relation avec l'alcool. Différentes façons de réaliser le repérage précoce en annexe.

4.2. Services de santé au travail

Les conditions d'exercice professionnel sont réglementées par le Code du Travail. Seuls les postes de sécurité justifient le dépistage d'alcool (ou de drogues), d'après le plan de Santé au Travail (2005). Actuellement les missions des médecins du Travail sont aussi bien l'approche clinique des employés ayant des problèmes d'alcool que la participation à la démarche de l'entreprise, qui est soumise à l'obligation d'évaluation des risques professionnels et d'élaboration d'un plan de prévention.

L'attention portée par les médecins du Travail aux conduites addictives s'est accrue sous les pressions réglementaires, et des interfaces sont développées avec les commissions médicales. Toutefois aucun bilan national n'est disponible.

Propositions :

Développer la formation initiale et continue des médecins généralistes et des autres professionnels impliqués en sécurité routière en alcoologie et addictologie, en particulier sur le repérage précoce et l'intervention brève.

Pour améliorer la connaissance épidémiologique des usagers d'alcool en situation de travail et mobilité, une étude serait à promouvoir auprès de l'AFSSET.

Les conditions environnementales influant sur les transports et les déplacements seraient à mettre en regard des comportements individuels vis-à-vis de l'alcool.

4.3. Rôle des systèmes de soins spécialisés en alcoologie

Après CEA ou accident sous emprise de l'alcool, les mesures judiciaires sont fréquemment des incitations à consulter ou des obligations de soins. Les centres de cure ambulatoire en alcoologie accueillent en moyenne un consultant sur cinq suite à une mesure prise au nom de la sécurité routière. Toutefois, les disparités géographiques sont importantes, reflétant l'hétérogénéité des pratiques des Parquets et la faiblesse des moyens d'accueil dans les structures de soins, certains CCAA accueillant jusqu'à 40% de consultants suite à une mesure prise au nom de la sécurité routière (études Anpaa).

Il existe des conventions entre certains Parquets de Justice et des dispositifs locaux de prévention et soins pour organiser des alternatives à l'incarcération et faciliter l'accès aux soins, au niveau pré-sentenciel ou post-sentenciel.

Quelques études évaluatives démontrent un impact positif de ces interfaces sur les évolutions des conducteurs alcoolisés infractionnistes. (Evacapa).

Les dispositions législatives et réglementaires supposent le développement d'un véritable travail en réseau au niveau local (magistrats, professionnels de la sécurité routière, fonctionnaires préfectoraux, professionnels de la prévention et de la santé...), particulièrement en ce qui concerne les stages de sensibilisation ou de formation destinés plus spécifiquement aux conducteurs n'ayant pas respecté la législation concernant l'alcoolémie routière.

a) Phase présentencielle

En phase pré-sentencielle, l'intervention du Procureur de la République est primordiale. En effet, il est le seul habilité à solliciter des organismes extérieurs pour la mise en place des stages à destination des personnes interpellées pour conduite sous l'emprise de l'alcool (CEA). Cette particularité explique l'extrême

hétérogénéité des situations au niveau départemental, ce qui peut être source de difficultés pour les personnes interpellées qui souhaitent suivre ces stages mais qui sont poursuivis sur un département autre que celui de leur lieu de domicile.

En phase pré-sentencielle, les actions des comités de l'A.N.P.A.A sont donc menées en étroite collaboration avec le Procureur de la République (convention d'intervention dans le cadre de la composition pénale), mais également, en fonction des particularités des dispositifs, avec les services de la préfecture, la police judiciaire, la gendarmerie, les services de la DDASS et des associations oeuvrant dans le champ du contrôle judiciaire.

Des conventions d'intervention sont signées entre le procureur de la république et les comités de l'A.N.P.A.A. définissant les niveaux d'informations et les modes d'engagement dans une démarche de soins.

Les stages mis en place par les comités de l'A.N.P.A.A se déroulent collectivement et regroupent généralement entre 10 à 15 personnes. Ils ont lieu une fois par semaine ou une fois par mois à raison d'une journée ou de 2 demi-journées dans des lieux distincts des comités de l'A.N.P.A.A.

Parallèlement à ces stages, certains comités ont préféré développer des séances informatives et préventives avant l'ouverture des audiences correctionnelles en direction des personnes prises pour CEA récidivistes ou non (Anpaa 46 et Anpaa 77). A l'issue de ces stages, une évaluation est effectuée qui peut être suivie d'une enquête sociale rapide trois ou six mois après, laquelle permet de savoir si les personnes en difficultés avec l'alcool ont entrepris une démarche de soin dans un CCAA.

Propositions :

Encourager les partenariats entre la justice (CDO) et les centres spécialisés en alcoologie.

Faciliter les stages de sensibilisation dans le cadre des compositions pénales pour des contrevenants en délit (taux compris entre 0,80 g et 1,60 g par litre de sang).

Etendre les possibilités de consultations, alcool ou cannabis, dans le cadre de rappels à la loi, en élargissant le dispositif actuel des consultations cannabis, en lien avec les structures spécialisées en addictologie.

b) Phase post-sentencielle

Dans le cadre de l'application de la peine prononcée par le juge, un stage de sensibilisation spécifique à la problématique alcool peut désormais être imposé à ce titre, en plus de l'amende et/ou de la prison. Si le condamné n'effectue pas son stage, il commet un délit pénal et devra en répondre devant la justice. Les actions mises en place dans ce cadre sont menées en étroite collaboration avec le Procureur de la République, le juge d'application des peines (JAP) et/ou le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).

Le stage de sensibilisation à la problématique alcool peut désormais être utilisable dans le sursis avec mise à l'épreuve. Il implique le plus souvent une obligation de soins. La personne condamnée est tenue de justifier qu'elle consulte un Centre d'Alcoologie, sous le contrôle du juge d'application des peines.

Propositions

Mettre en place des formations pour les magistrats, avec des réseaux en addictologie.

Améliorer l'articulation entre le monde judiciaire et les dispositifs de prise en charge, en particulier spécialisé, en s'appuyant notamment sur le futur dispositif de médecins relais, en lien avec la DDASS.

Développement de programmes cliniques soins-justice, selon le modèle EVACAPA.

Evaluation des trajectoires des infractionnistes, dépendants de l'alcool, par rapport à leur devenir judiciaire.

D. Discussion sur la baisse du taux légal

1. Le contexte du débat

Actuellement on observe des réglementations très diverses dans les pays de l'Union européenne aussi bien en ce qui concerne les taux d'alcoolémie autorisés, les éventuelles dispositions spécifiques à certaines catégories de conducteurs ainsi que les pratiques en matière de contrôle (dépistages préventifs autorisés ou non).

Ainsi certains pays ont totalement interdit l'alcool au volant (Hongrie, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie) tandis que d'autres appliquent un taux de 0,2 g/l (Estonie, Norvège, Pologne et Suède).

Mais, il faut noter qu'en dehors de la Suède et de la Norvège, ce taux est un peu théorique dans la mesure où il n'est pas assorti de contrôles fréquents.

Le taux de 0,5 g/l est le plus fréquemment appliqué puisqu'il concerne quinze pays européens mais certains pays comme l'Irlande, le Luxembourg, Malte et le Royaume-Uni ont un taux légal à 0,8 g/l.

Par ailleurs, certains pays ont mis en place des dispositions spécifiques pour certaines catégories d'usagers (conducteurs novices, motocyclistes, transports scolaires, de matières dangereuses, poids lourds, taxis, ambulances) pour lesquelles le taux légal est plus faible.

Récemment les Pays-Bas ont adopté une diminution du taux légal à 0,2 g/l pour les conducteurs novices. Une mesure similaire est à l'étude en Belgique, tandis que l'Allemagne est sur le point d'imposer un taux zéro pour cette catégorie d'usagers.

La recommandation de la Commission européenne du 17 janvier 2001 concernant le taux maximal d'alcool dans le sang autorisé pour les conducteurs de véhicules à moteur proposait notamment aux Etats membres d'adopter un taux maximum légal d'alcool dans le sang inférieur ou égal à 0,5 g/l pour les conducteurs de tout véhicule à moteur.

De plus, l'objectif étant pour 2010 d'avoir un taux inférieur ou égal à 0,2 g/l pour tous les conducteurs, la Commission recommandait d'appliquer ce taux dans l'immédiat à certaines catégories d'usagers : les conducteurs inexpérimentés, les motocyclistes, les conducteurs de gros véhicules, les conducteurs de véhicules transportant des matières dangereuses.

Le Parlement européen a pris en 2006 une position similaire dans une résolution relative au programme d'action européen sur la sécurité routière, et donc pas spécifique au sujet du taux légal d'alcoolémie autorisé, qui « invite instamment les Etats membres à envisager la mise en place d'une réglementation prévoyant un taux d'alcoolémie nul pour les jeunes conducteurs et pour les chauffeurs routiers professionnels transportant des personnes ou des produits dangereux ».

Ces positions ne sont pas étayées par des arguments spécifiques mais sont surtout présentées comme naturelles souvent grâce à l'amalgame « tolérance zéro pour l'alcool = taux zéro » alors que la tolérance zéro désigne le respect absolu du taux légal et que, comme on le constate dans le cas de la France, il y a énormément de travail pour faire respecter les taux actuels.

Ce caractère naturel de la proposition est corroboré par le fait que la baisse du taux légal semble plutôt bien acceptée par les conducteurs y compris les jeunes conducteurs. Il est vrai que les enquêtes montrent que les conducteurs sous-estiment la rigueur des taux actuels dans la mesure où ils annoncent facilement qu'ils peuvent boire trois verres ou plus et respecter le taux légal.

2. L'impact limité des alcoolémies modérées (inférieures au seuil légal)

En 2004, le comité des experts avait estimé prématuré de légiférer sur un abaissement du taux légal en France « en l'absence d'une meilleure connaissance de l'alcoolisation modérée des conducteurs hors accident et d'une meilleure vision de l'acceptabilité de la mesure » et avait préconisé de « faire porter l'effort sur le fonctionnement du système actuel basé sur le taux légal de 0,5 g/l » (CNSR - Comité des experts, mai 2004).

Trois ans se sont écoulés depuis, et peu d'éléments à ce jour peuvent pousser à revoir ces préconisations étant donnée notre connaissance du risque et du nombre d'accidents imputables à une alcoolémie inférieure ou égale à 0,5 g/l.

Les données nouvelles en France sur le sujet sont issues de l'enquête SAM (OFDT, 2005 ; Laumon et al, 2006). Cette étude permet d'estimer le sur-risque d'être responsable d'un accident mortel selon le taux

d'alcoolémie du conducteur :

Niveau d'alcoolémie (g/l)	Sur-risque	Intervalle de confiance
< 0,5	2,7	2,1 – 3,5
0,5 – 0,8	6,3	3,7 – 10,6
0,8 – 1,2	7,6	4,7 – 12,0
1,2 – 2	13,2	9,1 – 19,1
> 2	39,6	22,7 – 68,9

Tableau 8 : Sur-risque selon le niveau d'alcoolémie
(Source : enquête SAM)

Ces données, en montrant l'existence d'un risque non négligeable des conduites sous alcoolémie positive en dessous du seuil légal, rejoignent bien les conclusions antérieurement issues des modélisations logistiques américaines de Zador et al (2000). Mais ce risque pour alcoolémie modérée reste bien en-dessous de celui des conduites sous alcoolémie forte, qui atteint près de 40 pour les alcoolémies supérieures à 2 g/l.

Les données de cette enquête permettent aussi d'estimer les parts d'accidents mortels respectivement attribuables à une alcoolémie inférieure à 0,5 g/l et à une alcoolémie supérieure à 0,5 g/l de sang

Niveau d'alcoolémie (g/l)	Part d'accidents mortels attribuable*
< 0,5	3%
> 0,5	25 %

Tableau 9 : Part d'accidents mortels attribuables selon le niveau d'alcoolémie
(Source : enquête SAM pour les alcoolémies <0,5 g/l, ONISR pour les alcoolémies >0,5g/l)

La part des accidents mortels attribuable aux alcoolémies en dessous de la limite légale est estimée selon l'étude SAM à 3%, alors que cette part est pour les alcoolémies illégales de l'ordre de 25 %.

Les conclusions auxquelles était parvenu le rapport du Comité des experts de 2004 restent valables : un effet négatif des faibles alcoolémies sur la conduite, mais un impact sur les accidents modéré en l'état actuel des évaluations disponibles en France.

3. L'abaissement du taux légal pour certaines catégories (jeunes ou motocyclistes)

Rappelons que l'étude américaine insistait de plus sur la plus grande vulnérabilité des jeunes conducteurs dès les faibles doses, vulnérabilité aggravée par la présence de passagers. L'étude SAM, elle, met en évidence la part importante (40%) d'états d'alcoolisation illégale parmi les conducteurs sous l'influence du cannabis plus nombreux chez les jeunes (le risque étant la multiplication du risque alcool et du risque cannabis)

Informé et sensibiliser le public aux risques encourus à de faibles niveaux d'alcool afin de réduire les risques pris par les conducteurs, et notamment les jeunes, doit rester comme cela a déjà été recommandé un objectif important de la prévention.

Un rapport de 2006 de l'OCDE sur les jeunes conducteurs préconise la baisse du taux d'alcool légal pour cette catégorie d'usagers au vu d'un certain nombre d'expériences positives aux Etats-Unis, au Canada et en Australie. Il est toutefois très important de signaler que l'apprentissage et l'accès à la conduite dans ces pays sont très différents de la pratique française. En effet l'accès à la conduite est beaucoup plus précoce (généralement entre 14 et 16 selon les états ou les provinces) et les conducteurs vont alors disposer d'un permis avec des restrictions (taux d'alcoolémie inférieur, pas de passager, pas de remorque, couvre-feux...), qui disparaissent au fil des mois. Au final, l'âge minimal pour disposer d'un permis sans restriction se situe généralement entre 16 et 19 ans. En conséquence, à âge égal, la réglementation n'est pas plus sévère qu'en France.

Par ailleurs, la mise en place du permis probatoire en France fait qu'un conducteur novice disposera d'un permis de conduire à 12 points, au plus tôt à l'âge de 20 ans s'il a fait l'apprentissage anticipé de la conduite et à partir de 21 ans autrement. Par suite, une conduite en état d'alcoolémie se traduit par une annulation du permis de conduire au moins la première année. De ce point de vue la réglementation française est très stricte et le sur-risque des jeunes par rapport aux adultes est très similaire en France par rapport aux autres pays. Or les premières analyses montrent que cette mesure n'a pas eu d'incidence sur la part de jeunes conducteurs impliqués avec alcool dans les accidents de la route.

D'une manière générale, les évolutions de comportement des jeunes conducteurs sont très proches de celles de l'ensemble des conducteurs, et les mesures les plus efficaces sont les mesures générales, et non celles qui visent spécifiquement cette catégorie. En conséquence, on peut émettre certains doutes sur le fait qu'une baisse du taux légal qui concernerait uniquement cette catégorie aurait une réelle incidence sur leur accidentalité.

La priorité actuelle devrait donc être pour cette catégorie d'usagers, comme pour l'ensemble des usagers, d'améliorer d'abord l'application de la règle mais il conviendra peut-être d'approfondir la question en étudiant les expériences étrangères dans le contexte français d'une législation particulièrement sévère pour les jeunes.

S'agissant des motocyclistes, on a vu (tableau 3) qu'ils sont, comparativement aux conducteurs de véhicules légers, moins souvent sous influence de l'alcool dans les accidents corporels (4,1 % contre 6,3 %) mais beaucoup plus pour les accidents mortels (20,1 % contre 18,9 %) ce qui montre l'importance particulière de l'effet alcool pour les motocyclistes. Compte tenu par ailleurs de la très forte accidentalité de cette catégorie d'usagers, une baisse du taux d'alcool autorisé pour cette catégorie serait donc assez facilement justifiée.

4. La baisse du taux légal n'est donc pas ce qu'il est le plus urgent

La baisse du taux légal apparaît donc comme une solution simple et possible dans l'immédiat car rien ne semble plus facile que de décréter un changement de taux.

Or en fait, la mise en œuvre de cette mesure n'est pas aussi simple puisque cela nécessite de disposer d'éthylotests étalonnés à 0,2 g/l, ce qui n'est actuellement pas le cas. Il faudra donc au préalable procéder à la mise au point et à l'homologation de tels dispositifs, puis à en équiper les forces de l'ordre. De plus, la baisse pour une catégorie (jeunes ou motocyclettes) obligerait les forces de l'ordre à disposer en permanence des deux types d'éthylotests, difficulté qui n'existe pas vraiment à l'heure actuelle où les conducteurs de transports en commun sont déjà soumis au taux de 0,2 g/l, car cette catégorie d'usagers étant peu nombreuse, les forces de l'ordre ont recours directement à l'éthylomètre.

Certes, les faibles alcoolisations entraînent un sur-risque notable (2,7) qui représente un enjeu non négligeable (3%) mais cette mesure a un certain coût social : il faut donc comparer ce sur-risque, cet enjeu et ce coût avec les sur-risques, enjeux et coûts d'autres mesures envisagées ou envisageables comme les feux de jour, l'interdiction du téléphone mains libres, la baisse des vitesses (80 km/h au lieu de 90 km/h) sur le réseau secondaire etc..

Pour l'instant, un seul pays a réellement adopté le taux de 0,2 g/l, il s'agit de la Suède dont le niveau de sécurité routière et les pratiques de consommation de l'alcool sont très différentes de celles de la France. On notera en particulier que la Grande Bretagne, qui n'a pas décidé de baisser son taux toujours à 0,8 g/l, a une part d'accidents mortels dus à l'alcool nettement plus faible que la France (16,5% en 2005).

Propositions :

Dans ce contexte, l'abaissement du taux d'alcoolémie légal qui est souvent préconisé, n'apparaît pas être la bonne solution aujourd'hui : c'est une mesure facile à décider mais difficile à appliquer, d'efficacité limitée et surtout qui n'apporte pas de réponse au problème principal du traitement des alcoolémies élevées. La priorité est le renforcement du dispositif actuel pour aboutir à un meilleur respect de la réglementation.

5. Mais l'amélioration des connaissances est nécessaire

Si pour l'heure, il n'est pas préconisé de modifier la législation, il convient toutefois d'améliorer nos connaissances dans ce domaine.

Actuellement une exploitation secondaire de l'enquête SAM sur le versant de l'alcool est en cours, pour

apporter un nouvel éclairage sur ces risques liés aux faibles alcoolémies (résultats fin 2007). Mais l'étude est restreinte aux accidents mortels. Les risques d'accident corporel non mortel devraient aussi être connus.

Il est possible, au sujet de ces risques, de mettre en place une veille scientifique périodique (tous les deux ans par exemple). En effet, alors que le nombre d'heures-fonctionnaires passées à relever les alcoolémies routières (accidents et tests d'alcoolémie préventifs) est considérable, on est très indigent dans notre capacité permanente d'expertise, faute d'organiser un recueil souple et une stratégie d'analyse susceptible d'éclairer nos questions en continu. Pourtant il est possible à l'instar des américains d'œuvrer à partir des recueils de routine sur l'observation des alcoolémies routières par les forces de l'ordre.

Depuis 1978, les contrôles d'alcoolémie au bord de la route n'ont cessé d'augmenter et les éthylotests utilisés pour ces dépistages permettent de connaître maintenant le niveau d'alcoolémie du conducteur dépisté, y compris le niveau 0,0 g/l et les faibles niveaux positifs. Cette capacité d'«enquête» annuelle, d'envergure bien supérieure à celle des autres pays, avec les neuf millions d'usagers testés chaque année, pourrait être utilisée pour organiser un «échantillon témoin» au bord de la route. Par ailleurs les alcoolémies des accidentés, au moins celles des sujets mortellement blessés, sont disponibles dans le fichier national des BAAC (cette recherche à partir du premier décigramme d'alcool (0,1g/l) peut, si la demande en est faite, être étendue à tous les conducteurs impliqués). Il est donc tout à fait possible d'effectuer les études «cas/témoins hors accident» à partir des recueils de données officiels, à condition de les aménager pour répondre aux besoins d'une recherche précise sur les risques. C'est l'approche épidémiologique classique utilisée en 1969 et en 1977 par l'ONSER.

Cette proposition rejoint celle faite plus haut sur les contrôles préventifs demandant de : *« Renforcer l'efficacité des contrôles préventifs, sans nécessairement en accroître le nombre, en les ciblant mieux ce qui impose de savoir où et quand ils sont faits. »*

Conclusion

Ce rapport montre l'importance de l'enjeu de l'alcool sur la route en France et les limites des politiques actuelles pour combattre ce problème. Il insiste notamment sur le fait que l'alcool au volant ne concerne pas spécifiquement les jeunes ou la consommation en soirée, mais qu'une grande part des accidents de la route liés à l'alcool provient de buveurs réguliers et parfois dépendants, qui dépassent très largement le taux légal.

Une mesure forte, telle que l'abaissement du taux légal, ne paraît donc pas une réponse adaptée au problème de l'alcool sur la route, car elle ne toucherait pas les gros infractionnistes qui sont responsables de la très grande majorité des accidents avec alcool.

En revanche, le groupe d'experts préconise une dizaine de recommandations et dont la mise en œuvre pourrait se faire rapidement afin de réduire la part des accidents imputables à l'alcool et notamment aux grosses alcoolémies. Elles ont comme dénominateur commun de constituer un complément aux mesures de santé publiques liées à l'alcool, qui visent une prévention aussi précoce que possible et le recours à une intervention brève.

Ces recommandations ne constituent toutefois pas une fin en soi, et le groupe d'experts demande également la mise en place d'un programme d'études très concrètes qui permettront de pouvoir proposer d'autres mesures à l'avenir.

Ces études devraient notamment viser à dégager des pratiques actuelles celles à recommander et à diffuser. Ces études devraient donc comporter une évaluation des actions de prévention pratiquées actuellement. Une étude épidémiologique pourrait être proposée, à partir d'un échantillon stratifié de départements en fonction de l'importance des CEA, pour connaître les situations sanitaires et sociales en lien avec l'alcool des personnes vues en commission médicale. Une recherche-action serait à promouvoir avec un échantillon de médecins volontaires pour établir des passerelles entre les formations délivrées à l'Inserm et les formations au RPIB (repérage précoce intervention brève) soutenues par la DGS (Ministère de la santé).

Par ailleurs, il serait utile de procéder à des évaluations des différentes réponses judiciaires relatives à la conduite en état alcoolique.

Enfin, une amélioration des connaissances épidémiologiques des usagers infractionnistes en matière d'alcool est indispensable. Elle devrait permettre de mieux connaître l'impact en termes d'accidents de l'alcoolisation modérée (inférieure au seuil légal).

Enfin ce rapport met en évidence la nécessité de mettre en place les conditions structurelles pour une bonne collaboration entre les différents acteurs concernés par ce sujet. Ce point constitue un sujet à part entière et devrait faire l'objet d'une mission confiée à un groupe de travail ou à une personnalité afin de définir rapidement un cadre et une organisation pour améliorer l'articulation entre ces services.

Annexes

Annexe 1 : Références bibliographiques

- *Sur la représentation de l'alcool et le risque ressenti*

Guilbert Ph., Gautier A. (sous la dir.). Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 176 p.

Michel E., Jouglu E. La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998. Études et résultats (Dress), 2002, 153 : 1-8.

Sardi G. M., Evers C., « Boire et conduire » in Les conducteurs européens et le risque routier, Rapport SARTRE 3 Volume 1, coordination éditoriale : Jean-Pierre Cauzard, juin 2004.

- *Sur l'éducation routière*

Stefan Siegrist (ed.) (1999), *Driver Training, Testing and Licensing – towards theory-based management of young drivers' injury risk in road traffic, Results of EU-Project GADGET*, Work Package 3, Report 40, Schweizerische Beratungstelle fuer Unfallverhuetung, Berne.

- *Sur les contrôles préventifs*

Laguier, G. 1996. "Sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments. Livre blanc". Paris : La Documentation française.

Instance d'évaluation présidée par Michel Ternier. 2003. "La Politique de Sécurité Routière. Les systèmes locaux de contrôle-sanction." Paris: Conseil National de l'Evaluation, Commissariat Général du Plan.

- *Suivi les actions judiciaires*

Annuaire Statistique de la Justice, Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement, Ministère de la Justice, Paris, 2006.

Diaz Gomez, C., and M. Milhet. 2005. "Repérage Précoce Intervention Brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes." in Evaluation des politiques publiques. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Gorgeon, C., E. Audebrand, and C. Mouhanna. 2003. "Programmes Justice-Santé. Evaluation des conventions départementales d'objectifs." in Evaluation des politiques publiques. Paris: OFDT.

Kletzen, A. 2000. L'automobile et la loi. Comment est né le code de la route. Paris: L'Harmattan.

ONISR, La Sécurité Routière en France. Bilan de l'année 2005, La Documentation Française, Paris, 2006.

Instance d'évaluation présidée par Michel Ternier. 2003. "La Politique de Sécurité Routière. Les systèmes locaux de contrôle-sanction." Paris: Conseil National de l'Evaluation, Commissariat Général du Plan.

- *Sur les éthylotests anti-démarrage*

Bax C, Kärki O, Evers C, Bernhoft I, Mathijssen R (2001). Alcohol Interlock Implementation in the European Union : feasibility study.D-2001-20. Swov Institute for Road Safety Research

Berneiss D J et Marques P (2004). Alcohol ignition interlock programs. Traffic Injury prevention, 5, 299-308

Beirness D.J (2005). Challenges to Ignition Interlock Program Implementation. In TRB Circular E-CO72, Implementing Impaired Driving Countermeasures : putting action into research, P71-82 January 2005

Bjerre, B (2005). Primary and secondary prevention of drink driving by the use of alcolock device and program : Swedish experiences. Accident Analysis and prevention, 37 : 1145-1152

Drevet, M., Alvarez, J. , Assum, T., Evers, C., Mathijssen, R., Silverans, P., & Vanlaar, W. (2004). Alcolock implementation in the European Union: An in-depth qualitative field trial. Proceedings of the 17th international conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, 2004, Glasgow.

Vanlaar W and Mathijssen R (2005) : Alcolock developments in the European Union. In ICADTS: Alcohol ignition interlock devices volume II: Research, Policy, and program status 2005.

CERMT (2006). Programme d'éthylotest anti-démarrage en alternative aux poursuites pénales chez les conducteurs après CEA. Parquet du Procureur de la République, Comité Départemental de Haute-savoie de la Prévention Routière, Centre d'études et de Recherches en Médecine du trafic. Annecy, 2006

Silverans, P , Alvarez, J. , Assum, T., Drevet, M., Evers, Hagman R, C., Mathijssen, R.. Alcolock implementation in the European Union. Project Granted by the European Commission. Deliverable D3. Executive summary of the alcolock field trial. September 2006

- *Sur le suivi médico-social*

Huas Dominique. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes. La Revue du Praticien. Médecine générale. Tome 16, n° 586 du 7 octobre 2002, p. 1343-1348.

Maitena Milhet, Cristina Diaz-Gomez - Alcoolisations excessives et médecine de ville - Tendances n°47 - Le point sur la recherche en cours - Tendances – OFDT – mars 2006.

Direction générale de la santé : la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. Circulaire N°DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006.

Anpaa – Rhône - Alpes Comment aborder « Alcool, tabac, cannabis » en consultation ? CD Rom

- *Sur la discussion sur la baisse du taux légal*

CNSR (Comité des experts). Faut-il abaisser le taux d'alcool autorisé sur la route, mai 2004 (sur le site internet de l'ONISR : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/IMG/Synthese/00tauxalc.pdf>)

Laumon et al (2006). Alcool et insécurité routière : quelques enseignements de l'étude nationale SAM. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH*, 12 septembre 2006 / n° 34-35

OCDE (CEMT). Jeunes conducteurs : la voie de la sécurité. 2006.

OFDT. Etude Stupéfiants et accidents mortels de la circulation (SAM). Eléments de conclusion, octobre 2005 (site internet de l'OFDT : www.ofdt.fr)

Annexe 2 : Liste des abréviations

AAC : apprentissage anticipé de la conduite

AFSSET : agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail

ANPAA : association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

ASSR : attestation scolaire de sécurité routière

BAAC : bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation

BSR : brevet de sécurité routière

CCAA : centre de cure ambulatoire en alcoologie

CDO : convention départementale d'objectifs

CEA : conduite en état alcoolique

CISR : comité interministériel de sécurité routière

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CRS : compagnie républicaine de sécurité

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DESCO : direction de l'enseignement scolaire

DGS : direction générale de la santé

EAD : éthylotest anti-démarrage

EVACAPA : évaluation d'une action auprès des conducteurs ayant un problème d'alcool

INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERR : institut national de sécurité routière et de recherches

JAP : juge d'application des peines

OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : organisation mondiale de la santé

ONISR : observatoire national interministériel de sécurité routière

PDASR : plan départemental d'actions de sécurité routière

RPIB : repérage-précoce-intervention-brève

SAM : stupéfiants et accidents mortels

SARTRE : social attitudes to road traffic risk in Europe (enquête sur les attitudes et les comportements des conducteurs envers le risque routier en Europe)

SDSED : Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

Annexe 3 : Bonnes pratiques pour la réalisation des contrôles préventifs (Claude Got)

La « bonne pratique » pour la réalisation des contrôles préventifs peut être exprimée de la façon suivante :

- les contrôles doivent être pratiqués de préférence aux jours et aux heures de fortes consommations d'alcool (soirée, nuit et jours de fin de semaine),
- les appareils utilisés doivent être les plus précis et sensibles existants (éthylotests électroniques, si des tests chimiques sont encore utilisés cela doit être indiqué dans les dénombrements à usage statistique),
- les documents décrivant une procédure de contrôle doivent être précis pour être exploitables (jour, heure, endroit, nombre d'usagers contrôlés, types d'infractions en distinguant les contraventions et les délits). Toutes les unités ont maintenant des équipements informatiques qui permettent de faire des tableaux simples renseignant ces variables).

L'évaluation minimale doit documenter au niveau départemental et en séparant les trois corps concernés (gendarmerie, police, CRS) :

- le nombre de tests effectués avec des éthylotests chimiques et avec des éthylotests électroniques,
- les tranches horaires et les jours de la semaine pendant lesquels les contrôles ont été réalisés. Les tranches horaires pourraient être 0h-6h, 6h-12h, 12h-18h et 18h-24h.
- la documentation des valeurs d'alcoolémie mesurées avec les éthylomètres, en aval des tests de dépistage positif, est un élément essentiel du contrôle de la qualité des pratiques, la répartition des valeurs caractérisant la qualité du dépistage (la proportion de valeurs entre 0,25 mg/l et 0,39 mg/l rapportée au nombre total de valeurs supérieures à 0,25 mg/l, c'est à dire la proportion de contraventions par rapport à la somme des contraventions et des délits est un bon abord de la notion de sensibilité du dépistage, c'est à dire la proportion de dépistages faussement négatifs qui sont principalement observés pour des alcoolémies relativement basses).

Des analyses annuelles de ces résultats doivent être faites, comparant les taux de dépistages préventifs positifs, les résultats des recherches d'imprégnation alcoolique après accident, et les autres sources de données concernant l'alcoolisation au niveau local (statistiques de décès, statistiques de consommation à partir des ventes d'alcool). Ce n'est que par le croisement systématique de ces données d'origines différentes que l'on peut porter un jugement fondé sur l'évolution de la conduite sous l'influence de l'alcool.

Annexe 4 : Résultats des contrôles d'alcoolémie dans les départements français en 2006

		Population (estimation INSEE de l'année 2005)	Dépistage d'alcoolémie		Dépistages positifs		Taux de positivité	Part de victimes graves avec alcool (2000- 2004)
			Nombre brut	Par millier d'habitants	Nombre brut	Par millier d'habitants		
Dép. 01	AIN	559 000	100 775	180	2 444	4,4	2,4%	17,2
Dép. 02	AISNE	536 000	107 244	200	2 766	5,2	2,6%	20,1
Dép. 03	ALLIER	342 000	108 631	318	3 972	11,6	3,7%	23,2
Dép. 04	ALPES-DE-HAUTE- PROVENCE	153 000	74 553	487	961	6,3	1,3%	19,5
Dép. 05	HAUTES-ALPES	132 000	58 774	445	591	4,5	1,0%	16,7
Dép. 06	ALPES-MARITIMES	1 064 000	118 262	111	5 786	5,4	4,9%	18
Dép. 07	ARDECHE	302 000	70 659	234	1 598	5,3	2,3%	14,4
Dép. 08	ARDENNES	287 000	63 310	221	1 758	6,1	2,8%	14,6
Dép. 09	ARIEGE	146 000	81 814	560	1 020	7,0	1,2%	18,3
Dép. 10	AUBE	298 000	72 829	244	1 745	5,9	2,4%	22,3
Dép. 11	AUDE	337 000	109 121	324	4 372	13,0	4,0%	14,3
Dép. 12	AVEYRON	271 000	77 112	285	1 301	4,8	1,7%	9,2
Dép. 13	BOUCHES-DU-RHONE	1 906 000	148 248	78	5 152	2,7	3,5%	16,1
Dép. 14	CALVADOS	664 000	162 858	245	5 805	8,7	3,6%	16,2
Dép. 15	CANTAL	151 000	70 515	467	1 492	9,9	2,1%	20
Dép. 16	CHARENTE	344 000	75 633	220	1 815	5,3	2,4%	21,9
Dép. 17	CHARENTE-MARITIME	593 000	193 893	327	4 682	7,9	2,4%	21,6
Dép. 18	CHER	315 000	87 160	277	1 823	5,8	2,1%	20
Dép. 19	CORREZE	237 000	82 500	348	1 350	5,7	1,6%	15,7
Dép. 2A	CORSE-DU-SUD	128 000	30 278	237	1 545	12,1	5,1%	18,3
Dép. 2B	HAUTE-CORSE	149 000	39 050	262	1 038	7,0	2,7%	15,6
Dép. 21	COTE-D'OR	513 000	127 931	249	2 607	5,1	2,0%	17,2
Dép. 22	COTES-D'ARMOR	567 000	128 019	226	4 401	7,8	3,4%	26,5
Dép. 23	CREUSE	123 000	45 464	370	602	4,9	1,3%	18,1
Dép. 24	DORDOGNE	401 000	93 229	232	2 962	7,4	3,2%	21,9
Dép. 25	DOUBS	513 000	100 227	195	2 503	4,9	2,5%	22
Dép. 26	DROME	463 000	107 596	232	2 195	4,7	2,0%	17,7
Dép. 27	EURE	562 000	136 897	244	4 253	7,6	3,1%	12
Dép. 28	EURE-ET-LOIR	417 000	74 894	180	1 639	3,9	2,2%	14,2
Dép. 29	FINISTERE	877 000	177 426	202	7 209	8,2	4,1%	20,7
Dép. 30	GARD	678 000	127 622	188	3 113	4,6	2,4%	24,8
Dép. 31	HAUTE-GARONNE	1 156 000	153 425	133	3 953	3,4	2,6%	22,7
Dép. 32	GERS	180 000	94 465	525	1 201	6,7	1,3%	18
Dép. 33	GIRONDE	1 376 000	183 354	133	8 576	6,2	4,7%	24,1
Dép. 34	HERAULT	982 000	164 403	167	7 861	8,0	4,8%	18,9
Dép. 35	ILLE-ET-VILAINE	930 000	218 914	235	6 755	7,3	3,1%	21,5
Dép. 36	INDRE	232 000	46 050	198	1 329	5,7	2,9%	20
Dép. 37	INDRE-ET-LOIRE	569 000	117 001	206	5 350	9,4	4,6%	19,4
Dép. 38	ISERE	1 162 000	104 290	90	3 662	3,2	3,5%	17,3
Dép. 39	JURA	255 000	137 011	537	3 337	13,1	2,4%	20,6
Dép. 40	LANDES	357 000	76 075	213	1 675	4,7	2,2%	15,9
Dép. 41	LOIR-ET-CHER	322 000	71 640	222	2 524	7,8	3,5%	14,3
Dép. 42	LOIRE	732 000	136 300	186	4 628	6,3	3,4%	18
Dép. 43	HAUTE-LOIRE	217 000	84 084	387	1 456	6,7	1,7%	19,4
Dép. 44	LOIRE-ATLANTIQ.	1 209 000	159 827	132	8 754	7,2	5,5%	22,6
Dép. 45	LOIRET	641 000	67 327	105	2 192	3,4	3,3%	19,6
Dép. 46	LOT	168 000	52 732	314	977	5,8	1,9%	12,7
Dép. 47	LOT-ET-GARONNE	318 000	76 964	242	3 176	10,0	4,1%	14,4
Dép. 48	LOZERE	77 000	49 066	637	676	8,8	1,4%	15,8
Dép. 49	MAINE-ET-LOIRE	755 000	109 058	144	5 112	6,8	4,7%	22,3
Dép. 50	MANCHE	489 000	136 407	279	3 786	7,7	2,8%	17,3
Dép. 51	MARNE	565 000	146 732	260	4 165	7,4	2,8%	18,9
Dép. 52	HAUTE-MARNE	187 000	68 728	368	1 318	7,0	1,9%	19
Dép. 53	MAYENNE	298 000	80 805	271	1 497	5,0	1,9%	15,5
Dép. 54	MEURTHE-ET- MOSELLE	722 000	118 994	165	3 171	4,4	2,7%	14,9
Dép. 55	MEUSE	193 000	81 851	424	1 049	5,4	1,3%	18,9
Dép. 56	MORBIHAN	689 000	132 131	192	6 858	10,0	5,2%	24,4
Dép. 57	MOSELLE	1 037 000	187 962	181	3 862	3,7	2,1%	17,3
Dép. 58	NIEVRE	222 000	75 146	338	1 585	7,1	2,1%	24,7
Dép. 59	NORD	2 576 000	323 049	125	10 540	4,1	3,3%	24,4

		Population (estimation INSEE de l'année 2005)	Dépistage d'alcoolémie		Dépistages positifs		Taux de positivité	Part de victimes graves avec alcool (2000- 2004)
			Nombre brut	Par millier d'habitants	Nombre brut	Par millier d'habitants		
Dép. 60	OISE	786 000	91 347	116	2 706	3,4	3,0%	5,8
Dép. 61	ORNE	293 000	88 330	301	3 152	10,8	3,6%	17,4
Dép. 62	PAS-DE-CALAIS	1 456 000	330 159	227	6 659	4,6	2,0%	19,7
Dép. 63	PUY-DE-DOME	621 000	102 493	165	2 106	3,4	2,1%	21,7
Dép. 64	PYRENEES-ATLANTIQ.	628 000	178 517	284	6 735	10,7	3,8%	16,9
Dép. 65	HAUTES-PYRENEES	230 000	58 130	253	1 004	4,4	1,7%	18,8
Dép. 66	PYRENEES-ORIENTAL.	422 000	79 945	189	3 188	7,6	4,0%	24,5
Dép. 67	BAS-RHIN	1 070 000	132 695	124	3 824	3,6	2,9%	14,9
Dép. 68	HAUT-RHIN	736 000	108 499	147	2 097	2,8	1,9%	18,3
Dép. 69	RHONE	1 654 000	153 619	93	4 661	2,8	3,0%	17
Dép. 70	HAUTE-SAONE	234 000	97 207	415	1 408	6,0	1,4%	22,3
Dép. 71	SAONE-ET-LOIRE	546 000	140 410	257	2 490	4,6	1,8%	17,6
Dép. 72	SARTHE	552 000	156 527	284	4 495	8,1	2,9%	20,9
Dép. 73	SAVOIE	400 000	81 805	205	1 626	4,1	2,0%	24,2
Dép. 74	HAUTE-SAVOIE	686 000	124 950	182	5 032	7,3	4,0%	19,9
Dép. 75	PARIS	2 154 000	80 623	37	8 594	4,0	10,7%	17,2
Dép. 76	SEINE-MARITIME	1 243 000	190 199	153	5 797	4,7	3,0%	14,4
Dép. 77	SEINE-ET-MARNE	1 260 000	254 574	202	9 120	7,2	3,6%	18
Dép. 78	YVELINES	1 395 000	109 236	78	5 208	3,7	4,8%	19,1
Dép. 79	DEUX-SEVRES	352 000	84 051	239	2 221	6,3	2,6%	24,3
Dép. 80	SOMME	559 000	113 071	202	3 095	5,5	2,7%	13,4
Dép. 81	TARN	363 000	67 262	185	1 463	4,0	2,2%	18,6
Dép. 82	TARN-ET-GARONNE	221 000	60 811	275	986	4,5	1,6%	19,6
Dép. 83	VAR	967 000	108 728	112	3 630	3,8	3,3%	14,3
Dép. 84	VAUCLUSE	529 000	64 982	123	2 410	4,6	3,7%	19,9
Dép. 85	VENDEE	587 000	29 418	50	4 512	7,7	15,3%	21,7
Dép. 86	Vienne	416 000	99 549	239	2 892	7,0	2,9%	20,7
Dép. 87	HAUTE-VIENNE	364 000	63 803	175	2 642	7,3	4,1%	19,8
Dép. 88	VOSGES	383 000	73 574	192	1 370	3,6	1,9%	17,7
Dép. 89	YONNE	341 000	109 456	321	1 874	5,5	1,7%	21,2
Dép. 90	TERRITOIRE DE BELFORT	140 000	51 933	371	944	6,7	1,8%	18,9
Dép. 91	ESSONNE	1 188 000	108 420	91	4 351	3,7	4,0%	17
Dép. 92	HAUTS-DE-SEINE	1 517 000	24 846	16	2 574	1,7	10,4%	12,5
Dép. 93	SEINE-ST-DENIS	1 459 000	25 732	18	2 227	1,5	8,7%	12
Dép. 94	VAL-DE-MARNE	1 279 000	49 154	38	2 437	1,9	5,0%	14,4
Dép. 95	VAL-D'OISE	1 148 000	94 264	82	3 427	3,0	3,6%	11,8
TOTAL METROPOLE		60 823 000	10 294 634	169	318 482	5,2	3,1%	

Annexe 5 : Régressions entre différentes variables alcool (Claude Got)

Plusieurs variables ont été comparées pour tous les départements sauf Paris et la petite couronne.

- taux de mortalité par cirrhose alcoolique du foie
- taux de mortalité pour l'ensemble des pathologies très liées à l'alcool
- % de dépistages préventifs positifs de la gendarmerie
- % d'accidents mortels avec alcoolémie
- % d'accidents mortels avec taux d'alcoolémie connu

Deux valeurs dérivées ont été calculées :

- accidents avec alcool / décès par pathologies liées à l'alcool (si le décès est un bon indicateur d'alcoolisation local, un rapport faible indique une mauvaise connaissance de l'accidentalité liée à l'alcool)
- accidents avec alcool / % de dépistages positifs de la gendarmerie (si les accidents avec alcool sont bien connus, ils reflètent l'exposition au risque alcool et les dépistages doivent être en accord, si ce rapport est faible c'est que les dépistages sous représentent la réalité et ne sont pas effectués dans les bonnes conditions (peu de dépistages la nuit en fin de semaine).

Toutes ces interprétations sont en partie discutables car toutes ces valeurs ont des particularités qui incitent à être très méfiants sur leur interprétation. Malgré ces réserves, elles ont un sens et il faut travailler à optimiser la compréhension de leurs relations. Les particularités sont les suivantes (liste non exhaustive !).

- la mortalité peut être décalée par rapport à l'accidentalité liée à l'alcool (constat d'une homogénéisation progressive des comportements avec une diminution plus importante des consommations et des pathologies dans le nord que dans le sud)
- toutes les alcoolémies dans les accidents ne sont pas connues dans les mêmes proportions,
- tous les dépistages ne sont pas effectués aux mêmes heures et aux mêmes jours
- il n'est pas évident que les biais de déclaration sur les certificats de décès soient identiques dans tous les départements (sous déclaration dans le sud des cirrhoses alcooliques ?)

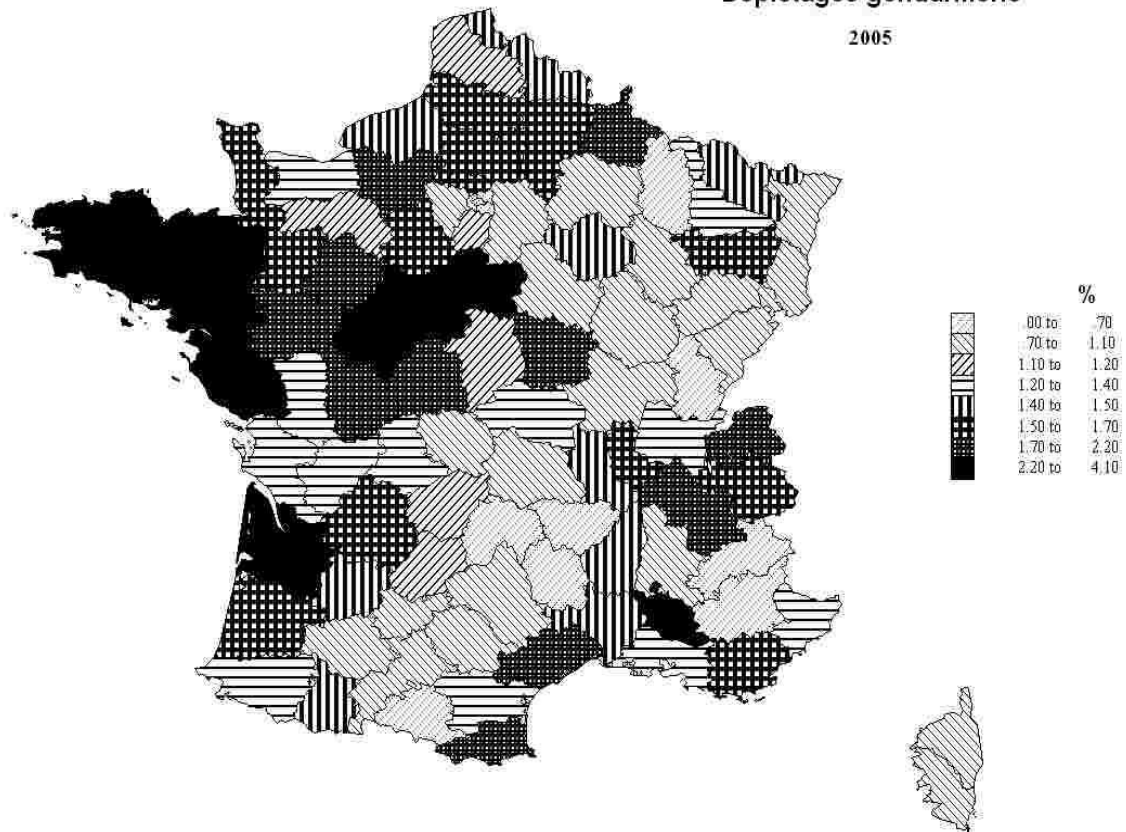
Le coefficient de corrélation accidents versus cirrhose chez les hommes est de 0,158

Il est de 0,325 entre dépistage et décès par pathologie liée à l'alcool

Les cartes montrent des effets régionaux ou des effets « Nord-Sud » évidents.

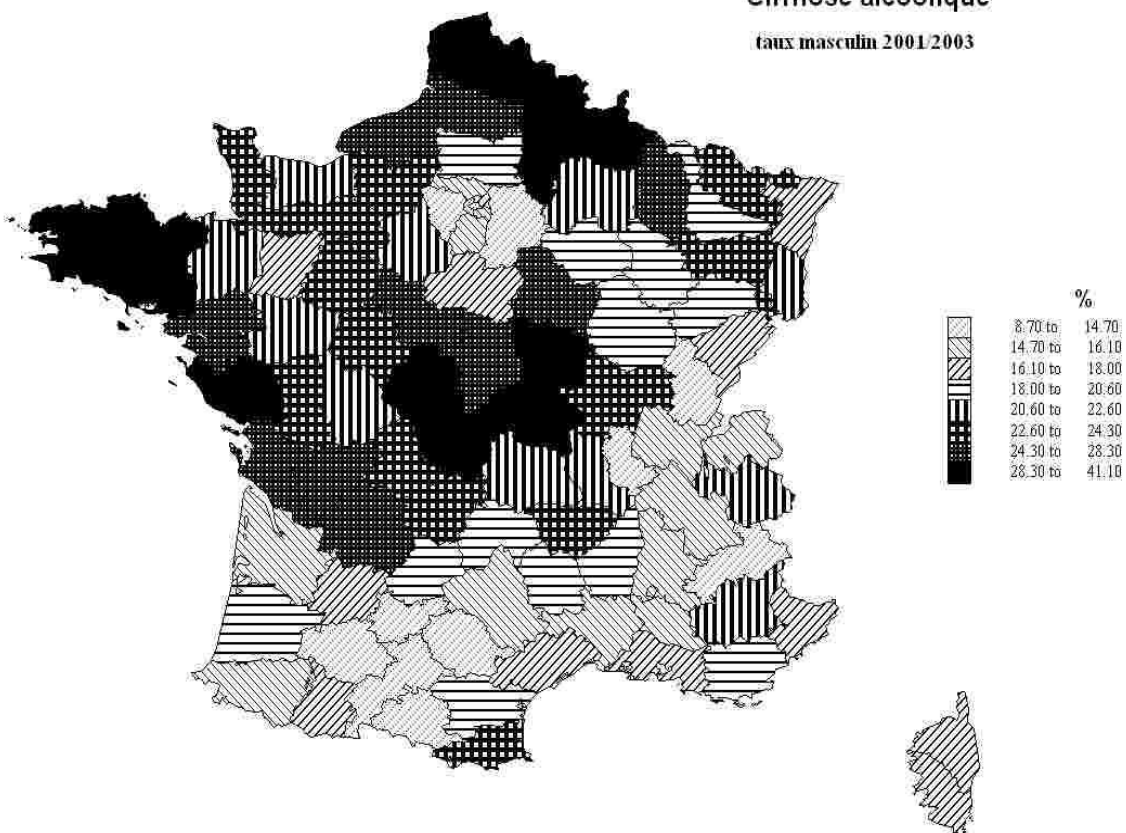
Dépistages gendarmerie

2005



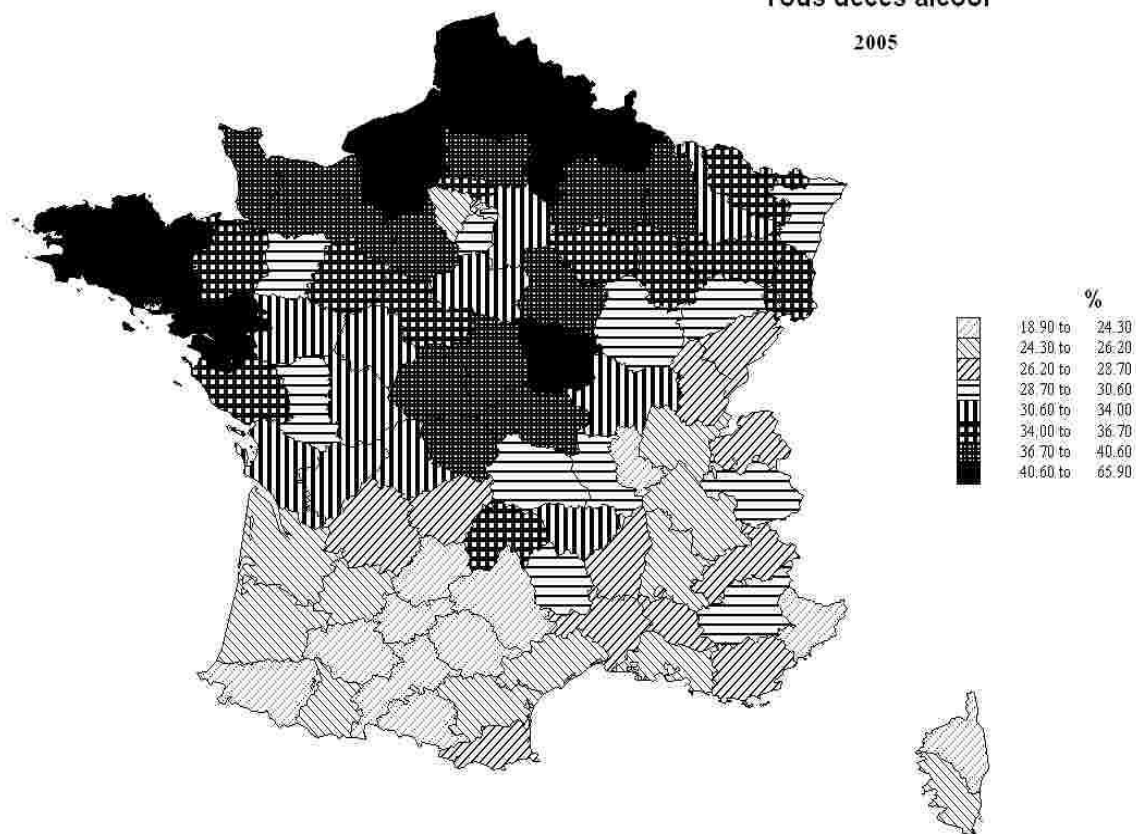
Cirrhose alcoolique

taux masculin 2001/2003



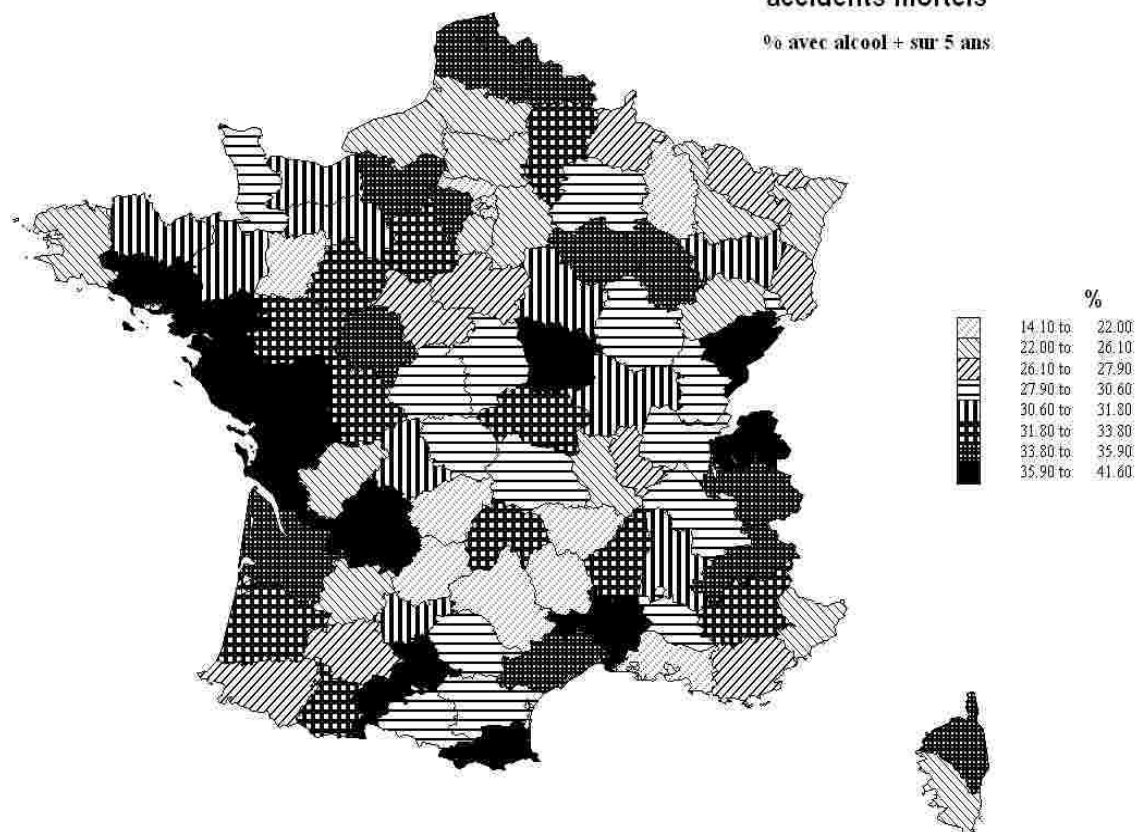
Tous décès alcool

2005



accidents mortels

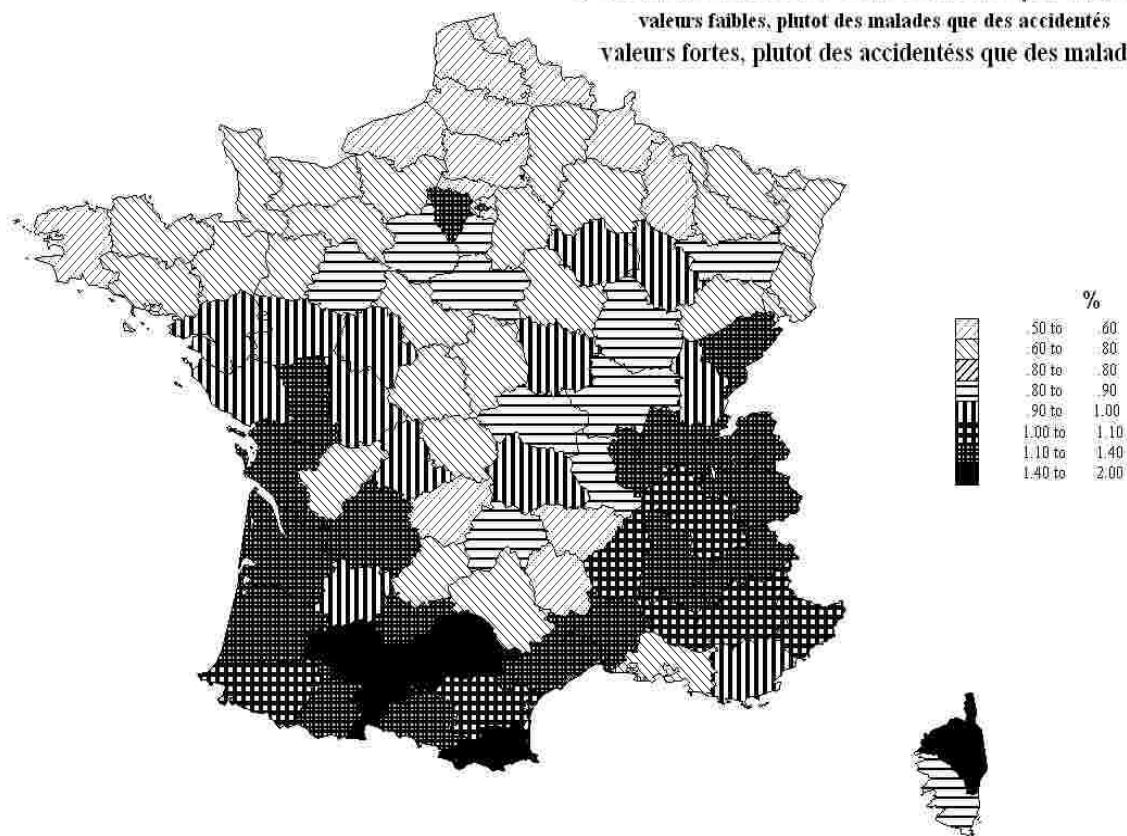
% avec alcool + sur 5 ans



% accidents mortels / taux de décès par maladies

valeurs faibles, plutôt des malades que des accidentés

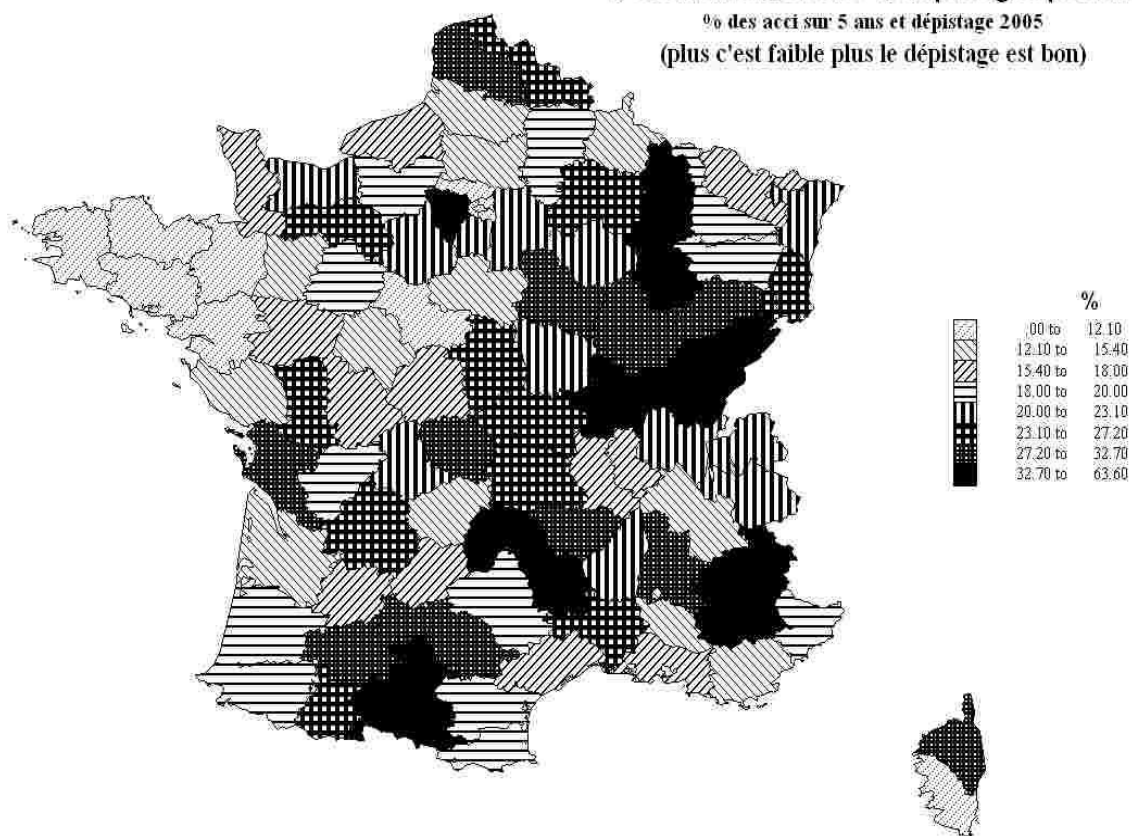
valeurs fortes, plutôt des accidentés que des malades



% accidents mortels / % dépistages positifs

% des acci sur 5 ans et dépistage 2005

(plus c'est faible plus le dépistage est bon)



Annexe 6 : Bilan des expériences sur les éthylotests anti-démarrage dans différents pays (Marie-Berthe Biecheler-Fretel)

Les expériences suédoises (1999-2004)

Les expériences d'éthylotest anti-démarrage ont été introduites à partir de 1999. Il a été décidé de tester l'intérêt du système non seulement pour prévenir la récurrence de conducteurs déjà sanctionnés pour conduite sous l'emprise d'alcool (prévention secondaire) mais aussi comme mesure préventive générale destinée aux conducteurs professionnels (prévention primaire). Deux programmes de prévention utilisant l'éthylotest anti-démarrage ont ainsi été mis en œuvre sur cinq années et évalués (Bjerre, 2005).

L'expérimentation en prévention primaire a porté sur 3000 véhicules commerciaux (bus y compris bus scolaires, poids-lourds ou taxis) équipés d'éthylotests anti-démarrage (au seuil de 0,2 g/l) au cours d'une période de trois ans. Sur 251 580 démarrages, 848 tests positifs ont été enregistrés (soit un peu plus de 3 pour 1000 démarrages). Les dispositifs apparaissent de mieux en mieux acceptés tout au long de l'expérimentation aussi bien par les chauffeurs que les employeurs et les passagers. Trois employeurs sur quatre estiment que les EAD devraient devenir des équipements standards et les passagers ont des avis très positifs.

Le programme national s'adressant aux conducteurs contrôlés en état d'alcoolisation au volant⁷ a impliqué plus de 800 sujets volontaires. L'engagement des sujets dans ce programme pendant deux ans était assorti d'un suivi médical très strict. L'objectif était de faire changer les habitudes de consommation d'alcool. Seulement 11% des infracteurs éligibles ont pris part au programme (coût du programme d'environ 5000 euros dissuasif pour les moins aisés). Parmi eux 60% montraient des signes d'alcoolisation excessive ou de dépendance. En raison de conditions très strictes, presque un tiers des participants ont abandonné. Comparativement à un échantillon témoin, le taux de récurrence diminue de façon conséquente et perdure jusqu'à deux ans et demie après la fin de l'expérimentation. De même le taux d'hospitalisation suite à un accident est moindre.

Le bilan des expériences suédoises met en lumière l'intérêt des éthylotests anti-démarrage non seulement dans un contexte de prévention de la récurrence mais aussi dans un contexte de prévention générale. Sous l'angle de la dissuasion générale, ils apparaissent comme un moyen efficace (plus radical que les contrôles) pour obtenir une baisse sensible du taux de conducteurs avec une alcoolémie positive dans la circulation. Ils sont également efficaces pour lutter contre la récurrence, l'efficacité se poursuivant même après la fin de l'expérimentation. L'un des problèmes en prévention secondaire est le bas taux de participation volontaire (parmi les conducteurs éligibles) avec de surcroît un taux d'élimination en cours d'expérimentation assez élevé du fait du nombre important de conducteurs en difficulté avec l'alcool.

Les expériences menées en Allemagne, Belgique, Espagne et Norvège. (le projet européen 2004-2006)

Le projet pilote mené de façon concertée en Allemagne, Belgique, Espagne et Norvège consistait à examiner la possibilité d'appliquer le système d'éthylotest anti-démarrage à l'échelon européen (Silverans et al, 2006). L'applicabilité devait être considérée tant en prévention (primaire) de la conduite après consommation d'alcool qu'en prévention (secondaire) auprès de conducteurs déjà condamnés pour infraction, qu'il s'agisse d'une première infraction ou de récurrence. Auparavant les précautions de mise en œuvre des expérimentations avaient été analysées à partir des expériences déjà menées aux Etats-Unis, au Canada et en Suède.

L'analyse a porté sur cinq groupes de conducteurs qui ont roulé pendant un an avec un système « alcolock » : chauffeurs de bus en Norvège et en Espagne, chauffeurs de poids lourds en Allemagne, récidivistes en matière de conduite sous l'influence de l'alcool et personnes dépendantes de l'alcool en Belgique. Chacun de ces groupes comptait une trentaine de participants (sauf le groupe des sujets dépendants au nombre de 7).

Les expériences de type préventif auprès des chauffeurs de bus ou de poids lourds étaient dits « tests commerciaux » tandis que les expériences concernant les conducteurs en récurrence de conduite en état alcoolique étaient dits « tests non commerciaux ».

⁷ Il s'agit du programme défini en Suède depuis 1999 (Laurell, ; Bjerre, 2003). En particulier les candidats au programme sont des volontaires sélectionnés après examen médical (exempts de drogues) ; la durée du programme est de deux ans, avec examen médical tous les trois mois (indicateurs biologiques) ; son coût est de 5000 euros pour le prévenu ; les participants se rendent tous les deux mois au centre d'enregistrement des données ; au bout d'un an de trop nombreux échecs de démarrage ou le manque d'amélioration médicale entraîne l'application de la peine de en cas d'application satisfaisante du programme pendant un an le conducteur est maintenu dans le programme et son permis de conduire restitué à la fin des deux ans.

La mise en œuvre du projet s'est faite en quatre étapes : inclusion des sociétés et des participants dans le projet en 2004 ; interviews pré-alcolock, apprentissage et installation du dispositif d'octobre 2004 à février 2005, puis 12 mois d'expérimentation sur le terrain : interviews intermédiaires avec les sociétés et les conducteurs, contrôle des données alcolocks ; enfin retrait du dispositif de novembre 2005 à février 2006 et interview s post-alcolock.

De manière générale, les conducteurs ont jugé l'appareil assez facile à utiliser. L'usage dans un contexte commercial (chauffeurs de bus ou de poids lourds) n'a pratiquement pas posé de problème technique, contrairement aux tests menés en Belgique avec des récidivistes , où cet aspect s'est avéré particulièrement problématique. Les alcolocks ont été bien acceptés pendant toute la période de test, tant par les conducteurs qui les ont utilisé dans un cadre commercial que non commercial.

Concernant les applications commerciales, il s'est avéré que les participants avaient un a priori très négatif par rapport au fait de prendre le volant après avoir bu, de sorte que l'expérience n'a pas changé grand-chose. La principale différence entre les tests commerciaux et non commerciaux a été constatée au niveau de l'impact de l'alcolock sur le comportement mesuré par la fréquence des tests positifs. Parmi les essais réalisés dans un contexte commercial, peu se sont soldés par une alcoolémie positive et celle-ci était généralement due à des tentatives délibérées de tester l'appareil. Pour ce qui concerne les essais réalisés dans un cadre non commercial, 22 tests en moyenne par participant étaient supérieurs à la limite autorisée par l'appareil (0,2 g/l), dont environ 7 dépassaient la limite légale de 0,5 g/l. avec une grande variabilité entre les participants. Une part de ces différences est néanmoins apparue liée aux procédures de suivi des résultats. Le besoin se fait urgent de définir un cadre légal et procédural clair pour le type de suivi.

Les réactions de l'entourage des conducteurs vis à vis du système « alcolock » ont, elles aussi, été analysées. Les clients des entreprises ont émis un avis positif. Ceci confirme l'hypothèse selon laquelle les alcolocks peuvent être promus comme des systèmes permettant d'améliorer la qualité de la prestation de services. Contrairement aux chauffeurs professionnels, les récidivistes et les personnes dépendantes de l'alcool ont souvent ressenti le fait que d'autres sachent qu'ils roulent avec un alcolock comme une atteinte à leur vie privée. Les familles des récidivistes et des patients dépendants de l'alcool ont, quant à elles, évalué l'appareil de façon positive.

Le contenu du programme alcolock, les procédures utilisées en matière de suivi des résultats et le contexte social dans lequel les alcolocks sont utilisés sont tous apparus comme des éléments déterminants pour l'impact du système. Les expériences menées en Europe permettent dorénavant un échange d'expériences entre l'Europe et l'Amérique du Nord.

Les expériences en France (le modèle de la Haute-Savoie)

L'expérience pilote mise en place en Haute-Savoie permet sous certaines conditions, d'utiliser l'éthylotest anti-démarrage (EAD) comme alternative aux sanctions pénales. Un conducteur ayant fait l'objet d'un constat de conduite sous empire alcoolique illegal ($\geq 0,40$ mg/l air expiré) peut, après accord du procureur, se voir proposer comme programme alternatif aux poursuites pénales, la mise en place sur son véhicule d'un EAD pendant une durée de six mois.

Deux types d'appareil sont disponibles : Alcohol Countermeasure Systems ou Dräger: Le seuil de démarrage est fixé à 0,15 mg/l (soit 0,3g/l sang). Les données sont contrôlées tous les mois ou tous les deux mois. Les incidents sont traités dans les cinq jours.

La participation se fait sur la base du volontariat. Toutefois, seuls les conducteurs qui remplissent certaines conditions sont admis à participer à ce programme : résidents du ressort de la cour d'appel de Chambéry, permis depuis plus de trois ans, engagements de bonne conduite vis avis du dispositif et du programme, examen médical par la commission médicale primaire du permis de conduire ; les buveurs excessifs, ceux contrôlés au dessus de 1mg/l (soit 2 g/l sang) ou les usagers de drogues en sont exclus.

Le programme comporte, préalablement à l'installation du dispositif anti-démarrage, un stage de sensibilisation à la sécurité routière de deux jours et coûte tout compris 1260 euros (hors incident de programme facturés en plus comme, par exemple, la violation de démarrage ou l'endommagement de l'appareil).

Au bout de six mois un rapport est communiqué au procureur. Pour les conducteurs ayant tenu leurs engagements la procédure judiciaire est abandonnée. En revanche s'ils sont à nouveau contrôlés en état d'alcoolisation délictuel ils entrent à nouveau dans la procédure judiciaire.

Aucune violation majeure du programme n'a été constatée. Un participant a été exclu pour des raisons

extérieures. La majorité des défaillances (tests > 0,15 mg/l air) a eu lieu au cours des deux premiers mois (85 %). On peut observer chez tous les participants des attitudes positives vis à vis du dispositif. La seconde phase du programme commencée en avril 2006 est en cours d'analyse.

L'expérience menée en Haute Savoie fournit un modèle de montage d'un programme alternatif aux poursuites assez remarquable dans la mesure où tant les aspects techniques du dispositif que les aspects administratifs et juridiques du programme ont été étudiés pour une application effective. Avec quelques dizaines de conducteurs, l'échelle de l'expérimentation en France apparaît trop faible pour en tirer de franches conclusions sur l'efficacité de la mesure.

Ce modèle avec le concours de la prévention routière devrait être exporté dans d'autres départements, ce qui favoriserait une application à grande échelle tout en ouvrant la possibilité d'une évaluation à l'aide d'échantillons témoins (conducteurs hors programme, poursuivis pour la même infraction et répondant aux mêmes caractéristique d'âge et de taux d'alcool). Le frein à l'extension du programme appliqué en Haute-savoie est qu'il repose avant tout sur un accord entre le procureur et le préfet (le préfet peut rejeter les candidats au programme proposés par le procureur).

Annexe 7 : Le repérage précoce d'une consommation excessive à risque (Françoise Facy)

Le repérage précoce peut être réalisé :

- Dans certaines situations, en présence de certains signes fonctionnels. Au cours de l'entretien, vous pouvez alors poser la question sur le mode « que pouvez-vous me dire de votre consommation d'alcool ? » plutôt que « est-ce que vous buvez ? », qui a peu de chance d'aboutir à un dialogue.

ou

- Dans le cadre d'une campagne de sensibilisation. La présence d'affichettes, de dépliants dans la salle d'attente de votre cabinet permet de signaler à vos patients que vous accordez de l'intérêt à la question de l'alcool et les invitez à en parler eux-mêmes.

ou

- A l'occasion d'une première consultation : la consommation d'alcool peut être une donnée « naturelle » recueillie auprès de tout nouveau patient, au même titre que la consommation de tabac, de médicaments, les antécédents personnels et familiaux, l'hygiène de vie et les facteurs de risque. Cette donnée doit pouvoir être retrouvée dans le dossier médical.

ou

- A l'occasion aussi d'une grossesse (en parler systématiquement) et d'une prescription d'un médicament.

L'approche peut être systématique :

Si le patient l'accepte (« Etes-vous d'accord pour parler de votre consommation d'alcool ? »), elle consiste à faire le point régulièrement sur la consommation d'alcool. Plusieurs questionnaires existent : ils permettent de faire un repérage et d'évaluer un niveau de risque. Ces tests ne constituent pas un outil diagnostique de la dépendance.

- Le questionnaire AUDIT

(« Alcohol use disorders identification test »), à 10 questions, interroge la consommation d'alcool de l'année écoulée (recommandé par l'OMS). A remplir par le patient.

- Le questionnaire FACE

(« Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien ») en 5 questions, permet de classer les patients selon un risque faible ou nul, une consommation excessive probable, une dépendance probable. A remplir au cours d'une relation face-à-face.

Les examens clinique et surtout biologique représentent un levier pour rechercher les répercussions sur la santé de la consommation d'alcool. L'utilisation des dosages (VGM, triglycérides et gamma GT, CDT) permet de soulever le problème de la consommation d'alcool, sans jamais l'affirmer de façon péremptoire.

Dès lors que la consommation problématique est identifiée, si le patient l'accepte, l'intervention prend la forme d'un « entretien motivationnel », centré sur le patient, qui repose sur des principes d'écoute, d'empathie, d'absence de confrontation. Il s'agit de :

- faire entrer l'alcool dans les thèmes dont on parle « naturellement » pendant la consultation, sans qu'un jugement de valeur soit porté sur le comportement et les choix du patient ;
- proposer au patient d'évaluer sa consommation (en l'aidant à faire le point) et de la situer à l'égard des seuils de risque ;
- susciter son désir de changement et l'accompagner dans sa démarche.

La faisabilité de la méthode en contexte français a été testée et son efficacité à un an, les situations de grande dépendance restent du domaine de soins très spécialisés.

Annexe 8 : La législation sur l'alcool au volant dans les pays de l'union européenne

	Taux (en g/l) et réglementation spécifique
ALLEMAGNE	0,5 (0 pour les jeunes conducteurs)
AUTRICHE	0,5 depuis janv.1998 0,1 : depuis 1992 pour novices , moins de 2 ans de permis, pour l'ensemble des conducteurs de la moto aux conducteurs de PL ainsi que les conducteurs de bus 0,1 : depuis 1997 conducteurs de P.L. >7 t ainsi que les conducteurs de tracteurs et de cyclomoteurs de - de 20 ans
BELGIQUE	0,5
BULGARIE	0,5
CHYPRE	0,5
DANEMARK	0,5 Depuis le 01-03-1998
ESPAGNE	0,5 depuis 1998 0,3 depuis 1998, pour : - novices < 2 ans de permis - poids lourds > 3,5 t - autocars > 9 places - matières dangereuses - transports de scolaires et mineurs - ambulances, taxis
ESTONIE	0,2
FINLANDE	0,5
FRANCE	0,5 0,2 depuis le 25-10-2004 pour les conducteurs de transport en commun
GRECE	0,5
HONGRIE	0
IRLANDE	0,8
ITALIE	0,5 Depuis le 22-06-2002
LETONIE	0,5 0,2 depuis 2004 pour les nouveaux conducteurs
LITUANIE	0,4
LUXEMBOURG	0,8
MALTE	0,8
PAYS BAS	0,5 (0,2 pour les jeunes conducteurs)
POLOGNE	0,2
PORTUGAL	0,2 décidé en juin 2001 remis à 0,5 en décembre 2001
REP. TCHEQUE	0
ROUMANIE	0
ROYAUME UNI	0,8
SLOVAQUIE	0
SLOVENIE	0,5
SUEDE	0,2

Source : DSCR – Mission des affaires internationales