

## 4.10- LE PROBLEME PARTICULIER DE L'ALCOOL

### 4.10.1- Résumé de la situation

La France dispose de deux méthodes de mesure de l'imprégnation alcoolique d'un conducteur, l'une dans le sang, l'autre dans l'air expiré. Les mesures avec des appareils ou des méthodes homologuées qui fournissent une preuve légale de l'imprégnation alcoolique peuvent être précédées d'un test de dépistage dans l'air expiré (éthylotest) si l'usager est en état de subir le test. Ce dispositif est bien rodé par l'expérience et donne dans l'ensemble satisfaction. Il est cependant possible de l'améliorer sur plusieurs points.

### 4.10.2- Le matériel

Deux types d'éthylotests sont homologables. Le type A est un éthylotest électronique mettant en oeuvre une "cellule à combustible", c'est la pression partielle de l'alcool en phase gazeuse qui provoque la formation d'un courant électrique amplifié mesurable, avec un affichage quantitatif immédiat par diodes ou cristaux liquides. Ces appareils doivent subir un préchauffage pour que le circuit amenant l'air expiré jusqu'à la zone de mesure soit en équilibre avec la température du corps. Fournir de la chaleur exige une alimentation électrique dont les capacités permettent de nombreuses mesures sans recharger les batteries (des piles non rechargeables sont totalement inadaptées à ce besoin). Les premiers appareils homologués ont été défectueux dans ce domaine et les forces de police et de gendarmerie qui en étaient équipées les ont fréquemment abandonnés pour revenir à l'éthylotest de type B (chimique). Le nombre d'éthylotests de type A serait de 531 pour la police et 959 pour la gendarmerie. Une nouvelle génération d'éthylotests électroniques est en cours d'homologation et il faut accepter un coût unitaire plus élevé pour obtenir un instrument de mesure performant et durable. Plus de six millions de tests étant réalisés annuellement, ces appareils sont rapidement amortissables.

L'éthylotest de type B ou chimique (parfois encore désigné sous son nom de marque "alcotest") est le "ballon" dans lequel on souffle. L'air expiré passe sur un réactif chimique dont la couleur se modifie sur une longueur proportionnelle à la concentration d'alcool dans l'air expiré. Rustique, facilement disponible dans tous les véhicules d'intervention, jamais en panne, c'est un instrument de dépistage qui a encore sa place dans le dispositif de recherche d'une imprégnation alcoolique. Il faut cependant reconnaître que ses défauts sont nombreux et son imprécision notoire. Les résultats sont influencés par l'ensemble des composés organiques volatils réducteurs, la température extérieure, la durée et les conditions de sa conservation, ainsi que la couleur de la lumière utilisée pour l'observation (le dépistage est souvent effectué la nuit). La fixation d'un seuil inférieur à la limite légale pour l'homologation n'est pas une garantie pour l'augmentation de la sensibilité du test car les expérimentations faites par l'INRETS en couplant une mesure par éthylomètre à un contrôle dans des conditions réelles par des forces de police ou de gendarmerie ont prouvé que les faux négatifs étaient extrêmement nombreux. Cette notion est confirmée par les comparaisons que nous pouvons faire entre les résultats des dépistages effectués par les forces de police avec les deux types de tests. La proportion de tests positifs est multipliée par un facteur 2,45 avec l'éthylotest électronique. Il faut enfin remarquer que l'abaissement du seuil d'imprégnation alcoolique (0,7

g/l et 0,35 mg/l) ne s'est pas accompagné d'une modification des conditions d'homologation des éthylotests de type B.

La seule solution acceptable à terme est de remplacer progressivement les éthylotests de type B par des éthylotests électroniques de type A, adaptés aux mesures en série par temps froid, c'est-à-dire dotés d'une autonomie électrique suffisante.

#### 4.10.3- L'administration de la preuve

A la différence des pays qui ont fixé la limite légale de l'imprégnation alcoolique dans l'air expiré par référence à la limite dans le sang (par exemple 2100 fois ou 2000 fois plus faible que l'alcoolémie), la France a eu l'initiative d'une attitude plus rationnelle qui consiste à indiquer dans la loi les deux valeurs maximales, sans définir l'une par rapport à l'autre. Ce choix évite une critique de la mesure dans l'air expiré fondée sur la variation de la relation entre le taux sanguin et le taux dans l'air expiré. Il est en effet indiscutable que le choix d'un rapport moyen (2000 ou 2100) ne permet pas d'affirmer que dans un cas donné et à un moment donné, cette valeur est exacte. A l'inverse, la fixation de deux limites légales confère la même valeur à l'une ou à l'autre des méthodes et il est inutile de définir l'une par rapport à l'autre.

Depuis que la fixation d'un taux légal dans l'air expiré et l'homologation d'appareils de qualité a permis d'utiliser largement l'éthylomètre comme instrument fournissant la preuve légale de l'imprégnation alcoolique, l'usage de cette nouvelle procédure a été dans l'ensemble bien accepté. Quelques critiques sont encore formulées par des personnes qui ne connaissent pas le contexte de l'usage des deux méthodes de mesure et il est utile de rappeler leurs particularités, leurs avantages et inconvénients respectifs.

##### **La prise de sang veineux :**

###### *Avantages*

- autorise une contre expertise,
- permet un dosage de l'alcoolémie avec un risque d'erreur plus faible que la mesure dans l'air expiré,
- est possible chez un blessé qui ne peut souffler dans l'éthylomètre ou sur cadavre.

###### *Inconvénients :*

- le délai entre l'accident et la prise de sang est plus élevé que pour l'éthylomètre (il faut requérir un médecin et fréquemment rejoindre un hôpital). La diminution de l'alcoolémie est en moyenne de 0,15 g/l par heure en phase d'élimination. En revanche, l'augmentation peut être beaucoup plus importante en phase d'absorption.

- la référence légale à un dosage sur le sang total et non sur le plasma. Le rapport entre l'alcool plasmatique et l'alcool dans les globules rouges étant proche de 1,5 les variations de l'hématocrite introduisent des différences dans les concentrations de l'alcool dans le plasma pour des concentrations identiques dans le sang total. Les cellules cérébrales s'équilibrant avec des concentrations plasmatiques, il serait plus exact de faire référence à ces dernières dans les textes définissant les seuils,

- les références réglementaires à des méthodes d'analyse dépassées. Il conviendrait donc de retenir seulement l'obligation de résultat et non l'obligation de moyens. Pour cela, les laboratoires doivent être régulièrement évalués.

- le sang veineux est moins représentatif de l'intoxication cérébrale que le sang artériel. Au cours de la phase initiale de l'intoxication alcoolique, le sang veineux mêlé au niveau du

coeur droit et le sang artériel sont à un niveau identique et c'est ce niveau qui va déterminer l'intoxication des cellules cérébrales. Quand une prise de sang a été faite au niveau d'une veine des membres, surtout après une pose de garrot prolongée, une proportion notable d'alcool diffuse dans les tissus, en particulier dans les masses musculaires, et le sang veineux présente une concentration inférieure à celle mesurée au niveau d'une artère ou du capillaire pulmonaire. C'est ce phénomène qui explique la variation du rapport entre le sang veineux et l'air expiré. Le rapport est plus faible en phase d'absorption de l'alcool, quand les tissus ne sont pas en équilibre avec le sang, alors qu'il est plus élevé en phase d'élimination.

### *La mesure dans l'air expiré :*

#### *Avantages*

- plus proche du moment de l'accident, elle évite les variations du niveau de l'imprégnation alcoolique,
- permet de connaître immédiatement le résultat de la mesure (qualification de l'infraction comme contravention ou délit),
- facilite les contrôles en série dans le cadre des lois de 1978 et de 1990 sur les dépistages préventifs.

#### *Inconvénients*

- absence de contre expertise (mais il est facile d'effectuer plusieurs mesures, le résultat étant connu immédiatement),
- précision plus faible que lors de la mesure dans le sang, du fait de l'existence d'un espace mort dans l'appareil respiratoire qui ne s'équilibre pas avec la pression partielle d'alcool dans le capillaire alvéolaire et de la dissolution d'une faible quantité d'alcool dans les sécrétions recouvrant les voies aériennes. Quelques appareils ont utilisé une mesure après deux ou trois cycles respiratoires en circuit fermé pour obtenir un plateau dans la concentration d'alcool dans l'air expiré. Mais les avantages étaient trop minimes pour que cette technique s'impose,
- influence de la température sur la mesure. La loi de Henry indique que la pression partielle d'un gaz en équilibre avec une phase liquide varie avec la température. La température habituellement retenue pour les voies aériennes supérieures est de 34°, mais il ne s'agit que d'une moyenne. Des mesures de la température réelle permettant une correction ont été réalisées mais les bénéfices sont apparus insuffisants pour justifier une telle complication.

L'équipement est actuellement de 637 éthylomètres pour la police et de 3735 pour la gendarmerie. Un effort d'équipement considérable a donc été effectué et l'on peut considérer la situation comme satisfaisante, tant dans le domaine des moyens réglementaires que dans celui des matériels, pour apporter la preuve d'une imprégnation alcoolique.

## **4.11- ASSURANCE DE QUALITE.**

L'expérience de la Société Française de Toxicologie Analytique, société savante qui a mis à la disposition des Analystes une évaluation externe de la qualité pour la recherche des drogues illicites dans les urines, oblige à attirer l'attention sur l'impérieuse nécessité de ne pas laisser faire n'importe quoi - du point de vue analytique - à n'importe qui.

Seul, un personnel qualifié et ayant prouvé sa compétence par la fiabilité de ses résultats au niveau de l'assurance de qualité doit être autorisé à pratiquer ce type d'examen. Les causes d'erreurs, les tentatives de fraude, la pharmacocinétique et les biotransformations

## 8- Les Drogues licites

Bien que des accidents liés à l'usage de la cigarette aient été décrits (inattention lors de l'allumage, pertes de contrôle consécutives à des brûlures, diminution de la vigilance liée à une oxycarbonémie élevée provoquée par un tabagisme en atmosphère confinée), ces faits sont trop mal documentés pour justifier des mesures spécifiques. En pratique le problème se limite à la conduite sous l'influence de l'alcool.

### 8.1- Rappel de la législation

Dès 1958 (ordonnance du 15 décembre) un texte législatif a réprimé la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique, mais il a fallu attendre la loi du 18 mai 1965 pour que la possibilité d'un dépistage dans l'air expiré, et éventuellement une prise de sang, établissent objectivement l'alcoolisation et son intensité. Ces mesures venaient en complément de l'expertise médicale établissant le trouble du comportement qui demeurait la référence principale, malgré la difficulté de son évaluation.

Un changement important est intervenu en 1970. La loi du 9 juillet 1970 a fixé un maximum légal pour l'alcoolémie à 0,80 g/l, une contravention sanctionnant les valeurs comprises entre ce niveau et 1,20 g/l et le dépassement de 1,2 g/l devenant un délit. Les dépistages dans l'air expiré ou éventuellement la prise de sang si le dépistage est impossible ou positif sont réalisés chez tous les usagers impliqués dans un accident de la circulation ayant provoqué au moins une blessure corporelle, et chez ceux qui ont commis une faute grave de conduite mettant en jeu la sécurité.

Les contrôles "préventifs", en l'absence d'accident ou d'infraction, ont été institués par la loi du 12 juillet 1978. Destinés à exercer une dissuasion avant l'accident, ces contrôles étaient initialement décidés par les magistrats des parquets qui précisaient leurs localisations et leurs horaires. Depuis le 31 octobre 1990 ils peuvent être réalisés à l'initiative des responsables de la police et de la gendarmerie par les officiers de police judiciaire.

Une amélioration des conditions d'établissement de la preuve de l'état d'imprégnation alcoolique a été apportée par la loi du 8 décembre 1983 qui fixe un seuil légal d'alcool dans l'air expiré (0,40 mg/l). Cette pratique facilite les contrôles, les forces de police et de gendarmerie n'ayant plus à requérir un médecin pour pratiquer la prise de sang. Le niveau d'alcoolémie de 0,8 g/l devient le seuil unique au-delà duquel l'alcoolémie est délictuelle.

Les dernières dispositions renforçant cet ensemble de mesure ont été l'aggravation des sanctions avec possibilité de confiscation du véhicule en cas de récidive (loi du 10 juillet 1987), l'instauration d'une suppression de six points dans le permis à points institué en 1989 (mis en place à compter du 1er juillet 1992) et enfin en 1994 la décision de rétablir un double seuil d'alcoolémie : contravention entre 0,70 g/l et 0,80 g/l, délit au-delà.

## **8.2- Comparaison de cette législation avec celle des autres pays industrialisés**

Un seuil légal d'alcoolémie a été instauré dans la quasi-totalité des pays industrialisés. Les valeurs retenues ne sont pas identiques. Plusieurs pays de l'Est ont retenu des taux très bas qui étaient inapplicables et inappliqués. Des taux élevés de 1 g/l sont encore utilisés par certains Etats, mais nos connaissances du risque relatif de provoquer un accident incite à retenir comme limite légale soit 0,50 g/l (multiplication du risque de provoquer un accident par un facteur proche de 2) soit 0,80 g/l (multiplication par un facteur proche de 4). La politique européenne n'est pas encore imposée par une directive. Il n'est pas assuré que l'accord se fasse rapidement sur le seuil légal de 0,50 g/l.

## **8.3- Les évaluations de la situation et de son évolution**

Alors que la conduite sous l'influence de l'alcool est une des premières causes d'accidents de la circulation en France, les évaluations précises du rôle de l'alcool dans les accidents ne sont pas à la hauteur des enjeux humains en cause. Cette situation résulte de difficultés méthodologiques relativement secondaires et d'une absence de volonté politique de mettre en oeuvre les méthodes qui nous donneraient une connaissance épidémiologique précise de ce facteur de risque. Il faut rappeler que le rapport sur l'alcoolisme de 1980, rédigé par un groupe de travail présidé par le Pr Jean Bernard à la demande du Président de la république, avait précisé les conditions de cette observation épidémiologique (rapport publié par la documentation française, pages R33 et R34). Les mesures proposées ne sont toujours pas appliquées. L'action publique sur un facteur de risque ne se concevant pas sans une évaluation de ses résultats, il convient de préciser les problèmes méthodologiques avant d'analyser les données disponibles.

### **8.3.1- Difficultés méthodologiques**

Un accident corporel de la circulation implique un ou plusieurs usagers qui peuvent avoir joué un rôle dans la survenue de cet accident (les passagers des véhicules ne sont pas considérés comme des impliqués au sens accidentologique du terme). Ces impliqués peuvent être indemnes, blessés ou tués dans l'accident. Ils peuvent avoir ou non une responsabilité dans l'accident par référence aux règles du code de la route. Les difficultés méthodologiques sont liées aux conditions de la connaissance de l'état d'imprégnation alcoolique et aux critères retenus pour exprimer les résultats.

#### **8.3.1.1- Le recueil de l'information**

L'information est immédiatement disponible quand le policier ou le gendarme qui intervient sur les lieux de l'accident peut soumettre les impliqués au test de dépistage dans l'air expiré (éthylotest) et en cas de test positif recourir à une mesure dans l'air expiré (éthylomètre) pour obtenir un niveau d'imprégnation alcoolique sur lequel sera fondée la décision de justice. Les résultats de ces investigations seront indiqués dans la procédure et, pour un usage statistique,

dans le Bulletin d'Analyse des Accidents Corporels de la circulation (BAAC) établi par la police et la gendarmerie suivant des procédures unifiées depuis 1993. Quand un des impliqués ne peut subir le test de dépistage du fait de son état, ou si faute d'éthylomètre une mesure de l'imprégnation alcoolique ne peut être réalisée avec une méthode donnant immédiatement le résultat, c'est une prise de sang qui sera effectuée. L'obtention des résultats est différée et il sera souvent absent du bordereau statistique, les valeurs d'alcoolémie étant adressées par le laboratoire aux autorités judiciaires, sans qu'il y ait obligatoirement un recueil de l'information par les policiers et les gendarmes qui établissent le BAAC.

Ces insuffisances dans l'obtention de l'information introduisent un biais important dans les dénombrements statistiques car ce sont les impliqués qui ne peuvent subir les tests de dépistage qui sont les plus concernés par la conduite sous l'influence de l'alcool. Le meilleur exemple est l'accident à un seul impliqué (perte de contrôle d'un véhicule avec retournement ou choc contre un obstacle fixe). C'est dans ce type d'accident que l'alcool est souvent présent et le conducteur responsable de l'accident sera souvent blessé ou tué et ne pourra subir le dépistage par éthylotest et la mesure par l'éthylomètre. Si la prise de sang est faite (elle ne le sera pas dans une proportion anormalement importante de cas) le résultat sera fréquemment absent du BAAC.

### 8.3.1.2- Le mode d'expression des résultats

Des impliqués éventuellement responsables de l'accident pouvant être indemnes, un dénombrement fondé sur l'imprégnation alcoolique des blessés ou des tués est insuffisant pour évaluer le rôle de l'alcool dans les accidents de la route. Il peut cependant être utile pour comparer des régions entre elles ou pour évaluer des facteurs de risque particuliers (étude du Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme de 1985 destinée à préciser la part de l'alcoolisation occasionnelle et de l'alcoolisation chronique chez les victimes d'accidents).

Pour évaluer la proportion d'impliqués ayant une alcoolémie dépassant le seuil légal, il faut connaître le nombre total d'impliqués, le nombre de cas où aucune recherche n'a abouti et disposer des résultats des dosages sanguins. Il est alors possible d'exprimer les résultats suivants :

- proportion de cas où la loi de 1970 n'a pas été appliquée (dépistage impossible et dosage d'alcoolémie non réalisé). Ce groupe devrait être très réduit (incendies, délit de fuite d'un des impliqués), il est en réalité important, les raisons de ces défaillances sont connues (certificats concluant à une prise de sang impossible ou à une contre-indication chez un blessé grave). Les raisons alléguées sont habituellement sans fondement,
- proportion d'impliqués explorés ayant une alcoolémie ou un dosage dans l'air expiré au-delà du seuil légal,
- proportion de responsables présumés et de non-responsables présumés explorés ayant une alcoolémie ou un dosage dans l'air expiré au-delà du seuil légal. Définir un responsable présumé de l'accident en utilisant comme critère les infractions connues au code de la route est une démarche qui a été critiquée. Elle est utilisable en complément des autres données,



- proportion d'accidents dans lesquels un impliqué au moins avait une alcoolisation illégale, tous les impliqués ayant été explorés. Nous avons indiqué que cette dernière exigence bien qu'inscrite dans la loi, n'est pas toujours satisfaite.

Le passage de ces dénombrements de proportions d'impliqués, de responsables présumés, ou d'accidents avec alcoolisation illégale d'un des impliqués, à une interprétation causale n'est possible que par référence aux études qui ont précisé, dans différents pays, le risque relatif d'être impliqué dans un accident en fonction du niveau d'alcoolisation. Des études hors accidents ont été réalisées en France par l'ONSER (maintenant INRETS) en établissant un échantillonnage représentatif des kilomètres parcourus. Elles sont relativement anciennes et l'INRETS n'a pas eu les moyens de les actualiser récemment. La plus complète de ces études date de 1977. Comparée aux résultats des études faites pour les accidents mortels, elle permet d'évaluer la multiplication du risque de provoquer un accident mortel à une valeur proche de 10 pour l'ensemble des alcoolémies dépassant 0,8 g/l. L'erreur que l'on commet en attribuant à l'alcool tous les accidents dans lesquels un des impliqués a une alcoolisation illégale est donc faible. Si l'on subdivise en intervalles de 0,4 g/l les alcoolémies du groupe témoin hors accident et le groupe des responsables d'accidents mortels il est possible de calculer le risque relatif pour chaque tranche (0-0,39 0,40-0,79 etc.) La relation dose-effet est une exponentielle et le risque relatif dépasse la valeur 100 pour des alcoolémies de 2 g/l et plus.

### 8.3.2- Les résultats

#### 8.3.2.1- Les tests de dépistage

En cas d'accident corporel, ils sont codés dans les BAAC et l'on peut exprimer la proportion de tests positifs par rapport aux tests pratiqués. Nous avons effectué des regroupements de tranches de cinq années au niveau des départements en utilisant le fichier réalisé à partir des BAAC de la gendarmerie nationale (ce qui explique l'absence de départements de l'île de France totalement urbanisés dans lesquels la gendarmerie n'intervient pas).

Les résultats sont présentés en annexe (tableaux pages 167 à 169 de l'annexe de ce chapitre). Leur interprétation est difficile. Une relative stabilité de la proportion de tests positifs au niveau national s'accompagne de variations considérables au niveau départemental. Dans l'ensemble, les départements qui avaient des valeurs élevées au début de la période étudiée ont observé un abaissement de la proportion d'éthylotests positifs. L'exemple le plus évident est celui des quatre départements bretons qui passent respectivement de 11,99 - 16,38 - 9,55 et 15,31% de tests positifs pendant la période 1978/1983 à 9,1 - 11,27 - 8,38 et 10,39 % à la fin de la période étudiée. A l'opposé des départements à faible taux de tests positifs au début de la période étudiée ont subi des accroissements significatifs de la proportion de tests positifs, par exemple la Haute Garonne qui passe de 2,55% à 5,29% et la Lozère de 2,87 à 5,56 %.

Il est probable que deux phénomènes se sont associés dans une prise de conscience croissante de l'importance du problème de l'alcool au volant qui était sous-estimée avant les publications de la fin des années 1970. Certains départements particulièrement touchés par la consommation d'alcool étaient attentifs à ce facteur de risque, d'autres ont acquis progressivement une attention au problème et dans la pratique d'un test de dépistage notoirement imprécis. Une comparaison entre les cartes représentant la proportion de tests

positifs à différentes périodes et celle représentant l'évolution de ces dépistages positifs met en évidence ce lien entre l'importance de l'alcoolisation illicite et son évolution (carte 1 à 3 au niveau départemental et 4 à 6 au niveau régional).

### 8.3.2.2- Les études des accidents mortels

Une analyse de l'alcoolisation des impliqués dans tous les accidents mortels observés au cours d'une année, incluant une recherche spécifique des alcoolémies auprès des structures judiciaires, a été réalisée en 1977, 1978, 1981, 1984 et 1990. Pour les quatre premières études, leurs résultats ont été associés aux données du BAAC. Celles de 1977 et de 1978 ne concernaient que les responsables présumés d'accidents mortels observés par la gendarmerie, celle de 1981 avait également recherché l'alcoolisation des usagers présumés non responsables (toujours sur le réseau observé par la gendarmerie), l'étude de 1984 réunit la totalité des impliqués, que les accidents aient été observés par la police ou par la gendarmerie. La dernière étude est légèrement différente et plus complète. La totalité des procédures des accidents mortels de la circulation a été réunie par une structure associant le Laboratoire d'Accidentologie et de Biomécanique des constructeurs automobiles (LAB) et une association réalisant des recherches accidentologiques (CEESAR). Un codage de l'ensemble des caractéristiques de l'accident a été réalisé et les résultats des dosages d'alcoolémie ont été recherchés, soit dans la procédure, soit par une démarche spécifique des policiers et des gendarmes qui avaient établi la procédure quand ces résultats n'étaient pas disponibles initialement (du fait des délais entre la prise de sang et l'acheminement des résultats vers l'autorité judiciaire).

Les résultats indiquent un léger accroissement de la proportion d'impliqués sous l'influence d'une alcoolisation illégale entre 1981 et 1984 (de 17,4% à 18,6% sur le réseau observé par la gendarmerie). Sur le réseau observé par la police nationale, la proportion était de 23,4% soit une valeur de 19,7% pour l'ensemble des impliqués (environ les 2/3 des accidents mortels surviennent sur le réseau surveillé par la gendarmerie). La proportion est de 19,5% pour l'ensemble des impliqués pour l'étude de 1990. Il y a donc une stabilité assez grande de ces proportions mais il faut tenir compte de l'évolution du nombre des accidents pendant la période concernée. 12 428 personnes ont trouvé la mort sur les routes en 1981 et 10 289 en 1990 soit une réduction de 17,2%.

Les valeurs sont présentées au niveau régional dans le tableau de la page 181 de l'annexe de ce chapitre. Les intervalles de confiance ne sont pas identiques suivant les régions, en particulier les régions ayant une faible population (Limousin, Franche Comté...) présentent des fluctuations explicables par la faiblesse de l'échantillon étudié. La réduction de la proportion d'impliqués ou de responsables présumés ayant une alcoolisation illégale est importante dans certaines régions. Il faut remarquer que les variations vont dans l'ensemble dans le même sens que celui observé avec les dépistages effectués sur l'ensemble des impliqués dans des accidents corporels. La Bretagne est une des régions où la proportion des impliqués dans un accident mortel avec une alcoolisation illégale s'est réduite dans des proportions importantes (carte 9, page 179 de l'annexe).

Il est important d'analyser les valeurs des alcoolémies observées dans ces études concernant les accidents mortels. Une analyse limitée aux prises de sang faites en l'absence d'éthylotest (impliqué blessé ou décédé) évite les biais liés à l'interprétation du test et permet de disposer des valeurs d'alcoolémies basses (ce qui est impossible en cas de test, les résultats négatifs



n'étant pas suivis d'une prise de sang). L'analyse des distributions comparables dans les études de 1981-1984 et 1990 est présentée dans le graphique de la page 180 et le tableau de la page 181 de l'annexe de ce chapitre. Il existe une diminution de la proportion d'alcoolémies dépassant le taux légal et cette variation est observée pour toutes les classes de valeurs. Cette diminution peut paraître en contradiction avec la relative stabilité des proportions d'impliqués ayant une alcoolisation illicite. Il s'agit d'un sous groupe qui a ses particularités, en particulier il évite tous les biais liés à l'usage de l'éthylotest chimique.

### **8.3.2.3- Analyse des résultats des éthylotests pratiqués dans le cadre de la loi de 1978**

Nous ne pouvons utiliser ces résultats pour affirmer des différences d'alcoolisation entre les régions et analyser leur évolution, les contrôles n'étant pas réalisés avec un plan d'étude recherchant une représentativité des kilomètres parcourus (jours de la semaine, heures, voies). Le taux de positivité est cependant intéressant pour apprécier le sérieux avec lequel ces contrôles sont pratiqués. Par exemple les valeurs de la Haute Garonne (15 tests positifs sur 9359 pratiqués) sont tellement éloignées de la réalité qu'elles indiquent des pratiques totalement inadaptées aux objectifs de la loi de 1978 (contrôles à des moments de la journée ou de la semaine où l'alcoolisation est très faible). L'intérêt principal de ces dénombrements est de nous donner des renseignements sur le nombre de dépistages rapporté à la population du département concerné. Les résultats sont présentés en annexe du chapitre 8 (cartes 10 à 12 pages 182 à 184 et Tableaux pages 185 à 188).

Les variations du risque d'être soumis à un tel dépistage sont très importantes d'un département à l'autre. Il ne semble pas que l'augmentation régulière de ces contrôles au cours des 15 dernières années s'accompagne d'une réduction de ces différences. Il est intéressant de comparer ces fréquences à d'autres variables connues au niveau départemental pour tenter de comprendre l'évolution des situations locales. Ce sont les départements qui ont la plus forte proportion de dépistages positifs en cas d'accident qui font le plus de dépistages préventifs (coefficient de corrélation de 0,77 pour 1993). C'est dans ce groupe que l'on observe également les plus fortes améliorations de la situation. Sans vouloir caricaturer une situation complexe, l'analyse des données isole des départements comme les départements bretons qui ont de nombreux accidents sous l'influence de l'alcool, avec de nombreux contrôles préventifs (la proportion de tests positifs témoignant à la fois de la prévalence élevée de l'alcoolisation et du sérieux de cette pratique) et une forte diminution des tests positifs chez les impliqués dans des accidents au cours des 15 dernières années. A l'opposé des départements qui avaient au début de la période une faible alcoolisation illicite chez les impliqués dans les accidents avec un faible usage de la loi de 1978, des proportions très faibles de résultats positifs lors des contrôles préventifs et un accroissement de la proportion de tests positifs chez les accidentés au cours de la période étudiée. La Haute Garonne est l'exemple le plus extrême de cette situation.

### **8.3.3- Mécanismes en cause dans les accidents des conducteurs alcoolisés**

Au delà de la nécessaire répression, il semble important de mieux cerner la personnalité des conducteurs usagers de psychotropes, étant entendu que nos connaissances, déjà limitées chez les conducteurs alcoolisés, le sont encore beaucoup plus lorsqu'il s'agit d'autres produits.

Il était connu depuis longtemps qu'un faible nombre de conducteurs alcoolisés (3 %) sont à eux seuls responsables de près d'un tiers des accidents mortels. Cependant rien n'indique que ces 3 % soient toujours les mêmes. La proportion de conducteurs conduisant occasionnellement avec une alcoolémie délictuelle est en fait plus élevée. Cette proportion semble étonnamment stable entre pays et entre périodes en dépit d'un accroissement de la circulation automobile.

Une notion est restée cependant longtemps incertaine : les accidents dus à l'alcool sont-ils la conséquence d'alcoolisation occasionnelle ou au contraire liés à une alcoolisation chronique ? Une enquête réalisée en 1983 sous l'égide du Haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA), portant sur près de 5000 accidents de toute nature, a montré que la proportion de patients alcooliques chroniques (la surconsommation habituelle d'alcool étant estimée par l'élévation de la gamma-glutamyl-transpeptidase) n'était pas majoritaire puisque seulement 30 % des accidentés avaient une élévation anormale de cette enzyme.

Il serait donc erroné de lier le problème de l'alcoolisation au volant avec celui de la dépendance alcoolique. Cependant, il est également difficile d'attribuer ces phénomènes d'alcoolisation à la seule malchance. Différentes études ont montré que les effets de l'alcool était perçus de façon parfois contradictoire : l'alcoolémie réelle peut être sous estimée, spécialement par les sujets jeunes alors que l'alcoolémie résultant d'une consommation donnée est parfois, au contraire, surestimée. (Le Provost, 1994). Par contre, les jeunes conducteurs ne méconnaissent généralement pas le risque lié à l'alcool, lors de la conduite d'un véhicule (Mundt, 1992).

Il a également été montré que les conducteurs récidivistes se distinguaient nettement des conducteurs arrêtés à une unique reprise pour différentes variables socio-économiques telles que, par exemple, attitude à l'égard de la loi et événements de vie majeurs dans les antécédents (Mc Donald, 1990). Ainsi, Brewer et al. (1994) observent que 26 % de sujets décédés lors d'un accident de la route avec alcoolémie élevée avaient précédemment été arrêtés pour conduite avec alcoolémie élevée contre 3 % dans le groupe témoin.

Toutefois il reste à comprendre pourquoi l'alcool est un facteur de risque d'accident. Une telle question peut, a priori, paraître incongrue. Tous les spécialistes de la Sécurité routière, qui ont vu sortir avec peine de leur véhicule des sujets massivement alcoolisés et qui ne gardaient que difficilement leur équilibre, peuvent témoigner de l'évidente dangerosité de telles situations. Pourtant, le risque relatif d'accident est déjà doublé pour des alcoolémies comprises entre 0,5 et 0,8 g/l, et pour lesquelles il n'est pas observé de troubles évidents du comportement.

Pour de telles alcoolémies, de nombreux travaux ont montré l'apparition d'altérations neuro-physiologiques susceptibles de perturber la conduite d'un véhicule, en particulier visuelles: le champ visuel est rétréci, notamment lors d'une activité de poursuite de cible, la vision stéréoscopique est modifiée d'où une perception erronée des distances, le temps de réaction visuel s'allonge. D'autres fonctions sont également perturbées: la vigilance ainsi que la résistance à la fatigue, la coordination fine des mouvements, les fonctions auditives et vestibulaires. Cependant, il n'est pas certain que ces résultats suffisent à rendre compte entièrement du danger de l'alcool. Ainsi, par exemple, peut-on remarquer que les performances, lors des tâches cognitives, tendent à se dégrader avec l'âge. Or, tel n'est pas le cas de l'incidence des accidents de la route, qui, élevée chez le sujet jeune, diminue avec l'âge

et ne s'élève à nouveau que chez des sujets très âgés. Il semble donc que les individus adaptent la conduite de leur véhicule au niveau de leurs capacités cognitives.

A cet égard, l'alcool éthylique exerce un effet désinhibiteur et entraîne une surestimation du moi. Cet effet apparaît nettement lors d'études expérimentales : pour des alcoolémies de l'ordre de 0,50 g/l, des tâches cognitives sont effectuées aussi vite ou plus rapidement qu'à jeun mais avec une augmentation importante du nombre d'erreurs. L'alcool augmente particulièrement la fréquence des erreurs répétitives et certains auteurs ont évoqué l'hypothèse d'une toxicité particulière de l'éthanol pour le cortex préfrontal qui constituerait ainsi un des premiers symptômes d'alcoolisation (Lyvers, 1991).

La personnalité des conducteurs doit aussi être prise en compte. Les conducteurs laxistes à l'égard de l'alcool le sont également à l'égard de la vitesse et de la signalisation (Biecheler-Fretel, 1985). Ce qui explique les accidents où alcoolémie et vitesse élevée s'associent. Ainsi le fait de s'alcooliser au volant traduit un comportement de risque qui pourrait en soi être facteur d'accidents en dehors même des altérations neuro-physiologiques liées à l'ingestion du produit. Mieux cerner la personnalité de ces accidentés alcoolisés constitue certainement un des objectifs de recherche future.

### 8.3.4- Prise en charge des conducteurs alcoolisés

Quelles que soient les inconnues qui subsistent en la matière, on a pu noter une évolution importante de l'attitude de la société à l'égard des problèmes d'alcoolisation. Ainsi un dispositif spécialisé de prévention et de thérapeutique s'est développé. Ce dispositif de soins spécialisé en alcoologie est aujourd'hui loin d'être négligeable en France (Comités de Prévention de l'Alcoolisme, Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie ou CHAA, Services Spécialisés, mouvements dits d'Anciens Buveurs...). Bien qu'encore notoirement insuffisant, le dispositif spécialisé permet de proposer aujourd'hui des actions préventives qui auraient semblé irréalistes il y a encore une dizaine d'années, et des magistrats ont recherché une collaboration avec des médecins, en particulier travaillant dans les CHAA.

Dans cet objectif de prévention des récurrences, de nombreux magistrats ont ainsi souhaité qu'au-delà de la fonction pénale, une évaluation de la personnalité des conducteurs et, éventuellement, un suivi médico-social (notamment chez des sujets dépendants ou chez lesquels existe une co-morbidité), puisse être mis en place.

La collaboration entre les magistrats et les centres spécialisés en alcoologie, en particulier les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, a pris des formes différentes :

Dans certains cas, des indications sont simplement données aux conducteurs, leur enjoignant de se présenter à une consultation spécialisée. Le médecin peut, à la demande du patient, lui remettre un certificat en main propre ; celui-ci et son avocat restent seuls juges de l'opportunité d'utiliser un tel certificat.

Dans d'autres cas, la collaboration prend une forme beaucoup plus structurée et des médecins ou un CHAA, considéré alors comme personne morale, sont requis par la justice pour effectuer une expertise médico-sociale des conducteurs alcoolisés. A ces conducteurs, est

simultanément proposé un suivi thérapeutique. Pour certains CHAA, cette collaboration est une source d'activité non négligeable, ce qui a conduit les médecins de ces centres à s'investir de façon importante dans leur collaboration avec la justice. Cette procédure de réquisition pose cependant problème, dès lors que le médecin requis engage une relation thérapeutique avec le prévenu. Le code de Déontologie prévoit, en effet, une incompatibilité stricte entre les fonctions d'expert et de médecin traitant. Toutefois, cette incompatibilité a surtout pour but d'éviter qu'un soignant puisse se transformer en expert, ce qui conduirait à mettre en cause son indépendance. A l'inverse, peut-on imaginer qu'un patient ayant eu un bon contact avec un praticien, à l'occasion d'une expertise, veuille ultérieurement se faire soigner par ce dernier ?

A priori, une telle éventualité paraît plus acceptable, mais pose cependant deux problèmes :

Dès lors qu'un médecin pense devoir soigner un prévenu -ou un malade- on peut se demander si son indépendance d'expert ne risque pas, d'emblée, d'être mise en cause. En privé certains confrères reconnaissent d'ailleurs qu'ils ont parfois la tentation de remettre au magistrat une version quelque peu expurgée d'un dossier qu'ils considèrent déjà comme celui de leur malade, ce qui est en contradiction avec leur mission d'expert.

Les relations entre accusés et médecins experts ne sont pas celles qui se nouent entre malades et médecins traitants. Le contrat tacite n'existe pas dans le premier cas. L'accusé a droit, pour sa défense, au silence et à la dissimulation et surtout à l'assistance d'avocats et de praticiens conseils. En pratique, il n'est pas certain que les conducteurs qui se présentent à un CHAA, sur réquisition, aient toujours clairement conscience d'une telle distinction.

Aussi paraît-il souhaitable que les fonctions d'expert et de soignant soient séparées, que celles-ci ne soient pas exercées par le même praticien, que les papiers à en-tête et, si possible, que les lieux d'exercice soient différents. Une réflexion au niveau national mériterait d'être développée de façon à confronter des pratiques qui, actuellement, varient beaucoup d'un ressort à l'autre.

## **8.4- Conclusions et propositions**

### **8.4.1- Recueil des données**

Il est anormal que les conclusions du rapport de 1980 sur l'alcoolisme, simples, faciles à mettre en oeuvre, n'aient pas été suivies. Cette indifférence témoigne d'une absence de volonté politique de connaître la réalité. Il faut que nous ayons une connaissance précise et continue de l'alcoolisation illicite sur la route en adoptant les mesures suivantes :

- retour de tous les résultats de dosage de l'alcoolémie sur les fichiers d'analyse statistique établis par la police et la gendarmerie, en organisant l'envoi des résultats vers l'autorité qui a requis la mesure de l'alcoolémie.

- adoption de mesures destinées à faire respecter la loi de 1970 et réduisant à moins de cinq pour cent la proportion d'usagers chez lesquels il est impossible d'obtenir une mesure de l'imprégnation alcooliques (ces cas doivent se limiter aux accidents avec incendie et calcination des corps et aux délits de fuite). Il faut atteindre cet objectif en faisant un suivi au

niveau départemental de cette proportion, en assurant par une fiche technique une meilleure information des médecins sur les méthodes à mettre en oeuvre (techniques de prise de sang sur le cadavre, nécessité de procéder à la prise de sang chez un blessé, même après début de perfusion ou de transfusion etc.).

- équipement des unités de police et de gendarmerie d'éthylotests électroniques. Les appareils de la première génération avaient des réserves d'énergie insuffisantes pour assurer un bon chauffage par temps froid. Il est facile d'assurer une alimentation correcte avec des batteries d'une capacité suffisante. Ces appareils sont disponibles. Ils doivent supprimer les imprécisions liées à l'usage des éthylotests chimiques.

- établissement au niveau de chaque département d'une statistique exhaustive de l'application de la loi de 1978 indiquant le nombre de tests pratiqués, les techniques utilisés (éthylotest chimique ou électronique), les jours et heures de contrôles suivant une méthode définie au niveau national.

#### **8.4.2- Mesures visant à réduire le nombre d'accidents liés à l'alcoolisation illicite**

Les décisions les plus importantes seraient :

- une harmonisation de la dissuasion de la conduite avec une alcoolisation illicite fondée sur la loi de 1978. Les études faites dans d'autres pays ont démontré que cette dissuasion est liée à la fréquence des dépistages qui établissent la crédibilité de cette dissuasion. Malgré l'accroissement régulier de ces dépistages, ils demeurent à un niveau insuffisant. L'objectif d'un dépistage tous les deux ans pour chaque titulaire de permis peut être retenu. Il peut être atteint par une augmentation régulière des dépistages pendant une période de cinq années. Actuellement le nombre de dépistages est de 6 millions par an. L'objectif visé imposerait de tripler ce nombre.

- une amélioration du contrôle des conditions de reprise de la conduite après un accident avec alcoolisation illicite. Les examens médicaux doivent être réalisés précocement après l'accident pour faciliter l'orientation vers des structures capables d'aider le conducteur à prendre conscience de son problème avec la consommation d'alcool. Le remplacement de la prise de sang par l'éthylomètre quand la mesure dans l'air expiré est possible a supprimé en pratique la transmission aux autorités sanitaires des renseignements qui étaient utilisés pour faciliter l'insertion dans un système de soins. Des départements pilotes devraient être l'objet d'une évaluation des résultats de cette transmission et du devenir à court et moyen terme des usagers qui ont bénéficié d'une orientation vers des centres d'alcoologie.

- une étude de l'état des réalisations en matière de couplage d'un éthylomètre avec la mise en route d'un moteur. Cette étude doit être entreprise, car ces systèmes permettent la reprise de la conduite et réduisent le risque de désocialisation d'un usager. Celui-ci bénéficie par ailleurs d'une prise en charge médicalisée de sa relation avec l'alcool.

L'ensemble de ces mesures n'introduit aucun bouleversement dans un dispositif déjà très complet. Il vise à améliorer leur mise en oeuvre, à permettre une bonne évaluation de la qualité des résultats, et à harmoniser géographiquement l'intensité de la dissuasion pour éviter des disparités qui heurtent les principes fondamentaux d'égalité des citoyens devant la loi.



Les procédures utilisables ne sont pas originales, elles sont proches de celles qui sont déjà développées dans des activités professionnelles susceptibles d'induire un risque pour la vie d'autrui, en particulier dans les transports aériens ou ferroviaires. Elles sont également utilisées pour dépister le dopage dans la pratique sportive. Les limites à leur mise en oeuvre sont liées à la nécessité d'utiliser un milieu biologique, en pratique le sang ou l'urine. Il est probable que les développements en cours des tests sur la salive permettront de proposer des méthodes de dépistage plus faciles à réaliser sur le lieu de l'infraction ou de l'accident.

*Nous proposons :*

- *une modification législative du code de la route organisant la recherche d'une conduite sous l'influence de substances, illicites ou détournées de leur usage, capables de modifier l'aptitude à la conduite. Les substances recherchées, les techniques à mettre en oeuvre et, pour chaque substance, les seuils significatifs au delà desquels le résultat peut être considéré comme positif devraient être précisés par des textes réglementaires dans une liste non limitative.*

- *Dans certains cas, les recherches pourront être orientées par des constatations cliniques ou policières (troubles du comportement particuliers, saisie de produits illicites, présence de conditionnements vides etc.)*

- *Les recherches doivent être pratiquées en cas d'accident corporel, et lors d'une infraction aux règles de circulation mettant en jeu la sécurité, dans les circonstances et avec la procédure suivante :*

- *en cas de comportement anormal disproportionné avec les résultats de l'éthylotest et éventuellement de l'éthylomètre, mise en oeuvre d'une méthode de dépistage par prélèvement sanguin ou urinaire, suivie éventuellement d'une méthode de confirmation et de quantification,*

- *si les tests sur le lieu de l'accident sont impossibles (sujet inconscient) mise en oeuvre d'une recherche de substances illicites ou détournées de leur usage par prise de sang comme c'est actuellement le cas pour l'alcool, ou par l'examen des urines.*

## 11.5- Les drogues licites

Le problème se limite en pratique à la consommation d'alcool provoquant le dépassement de la limite légale de l'imprégnation alcoolique. La situation actuelle est marquée par un contraste entre une abondance de textes législatifs et réglementaires et des lacunes dans le domaine de leur mise en oeuvre. La connaissance des résultats des dépistages et des mesures d'imprégnation alcooliques est insuffisante alors qu'une bonne épidémiologie est indispensable pour évaluer l'efficacité du dispositif de prévention et de sanction. Les inégalités de traitement des usagers entre les différents départements et régions sont flagrantes. Ces insuffisances ne doivent pas masquer une légère amélioration de la situation au cours des 15 dernières années.

Nous proposons :

- la mise en oeuvre des recommandations du rapport sur l'alcoolisme de 1981 organisant le recueil des résultats des tests de dépistage et des prises de sang effectués chez tous les impliqués dans un accident de la circulation. Ces résultats doivent être connus au niveau départemental en précisant chaque année :

- chez les accidentés :

- le nombre d'impliqués,
- le nombre d'impliqués explorés,
- les nombres d'éthylotests positifs, négatifs, refusés ou impossibles,
- le nombre de mesures par éthylomètre ou prise de sang et les résultats.

- pour les usagers contrôlés en dehors de tout accident ou infraction (lois de 1978 et de 1990)

- le nombre de contrôles,
- les résultats exprimés séparément pour les éthylotests de type A (chimique) et de type B (électronique).

- une harmonisation de la dissuasion de la conduite avec une alcoolisation illicite fondée sur la loi de 1978. Les études faites dans d'autres pays ont démontré que cette dissuasion est liée à la fréquence des dépistages qui établissent la crédibilité de cette dissuasion. Malgré l'accroissement régulier de ces dépistages, ils demeurent à un niveau insuffisant et les résultats qui nous ont été communiqués indiquent des variations excessives dans la qualité et la quantité de dépistages effectués. L'objectif d'un dépistage tous les deux ans pour chaque titulaire de permis peut être retenu. Il peut être atteint par une augmentation régulière pendant une période de cinq années. Le nombre de dépistages est de 6 millions par an. L'objectif visé imposerait de tripler ce nombre.

- un plan d'équipement des forces de police et de gendarmerie avec des éthylotests électroniques permettant d'abandonner dans les meilleurs délais, et au plus tard dans les trois ans à venir, l'usage des éthylotests chimiques dont l'imprécision est excessive.

- l'accélération des études permettant de vérifier la fiabilité des éthylomètres embarqués dans les véhicules de police ou de gendarmerie, afin de modifier le cahier des charges et permettre d'homologuer ces nouveaux appareils. Cette possibilité d'effectuer la vérification légale de l'alcoolémie sur les lieux du contrôle est indispensable pour atteindre le triplement du nombre des contrôles préventifs.

- A l'exemple d'autres pays, développer l'usage d'éthylomètres couplés avec la mise en route du moteur du véhicule. De tels systèmes, associés à un suivi médical, permettraient la reprise de la conduite et réduiraient le risque de désocialisation d'un conducteur condamné pour conduite sous l'influence de l'alcool.

## 11.6- La procédure pratique à utiliser

Les nouvelles dispositions concernant la recherche de substances psycho-actives autres que l'alcool doivent être coordonnées avec celle de ce dernier produit. La procédure doit être adaptée aux impératifs de fiabilité des dosages définis dans ce rapport et aux possibilités pratiques d'obtention des milieux biologiques nécessaires. Il convient enfin de ne pas accroître dans des proportions sans commune mesure avec les résultats attendus la charge de travail supplémentaire des policiers et des gendarmes.

*Nous proposons les dispositions suivantes :*

- *si l'impliqué dans un accident corporel est hors d'état de subir l'éthylotest (blessure ou décès) le prélèvement d'un milieu biologique (sang ou urines), permettant de rechercher des substances psycho-actives autres que l'alcool, est assuré dans la structure médicale ou médico-légale qui réalise la prise de sang pour recherche d'alcool.*

- *si l'impliqué dans un accident corporel, ou l'utilisateur qui a commis une infraction aux règles de circulation imposant un dépistage de l'imprégnation alcoolique, a pu souffler dans l'éthylotest et que ce dernier est " positif " ( imprégnation alcoolique supérieure au seuil légal), deux cas se présentent suivant que les forces de police ou de gendarmerie disposent ou non d'un éthylomètre dans leurs locaux :*

- *si elles disposent d'un éthylomètre, le recueil des urines est assuré dans leurs locaux, dans les cas où les modifications de comportement ne paraissent pas explicables par le niveau de l'alcoolémie.*

- *si elles ne disposent pas d'un éthylomètre, le recueil des échantillons biologiques est effectué dans l'établissement de soins où est réalisée la prise de sang pour détermination de l'alcoolémie.*

- *si l'éthylotest est " négatif " ( imprégnation alcoolique inférieure au seuil légal), le recueil des urines sera fait seulement si le comportement de l'utilisateur impliqué dans l'accident corporel ou ayant commis une infraction aux règles de circulation apparaît anormal aux policiers ou aux gendarmes. Un examen clinique et le recueil des échantillons biologiques est assuré par un médecin.*

- *en aval des procédures permettant de caractériser une conduite sous l'influence de l'alcool ou d'un produit susceptible de favoriser la survenue d'un accident, il faut améliorer le contrôle des conditions de reprise de la conduite. Les examens médicaux doivent être réalisés précocement après l'accident ou l'infraction pour faciliter l'orientation vers des structures de soins et préciser les conditions dans lesquelles la reprise de la conduite sera autorisée quand un retrait de permis est intervenu. L'exemple de l'alcool met en évidence la difficulté de maintenir cette relation quand des modifications de procédures interviennent. Le remplacement de la prise de sang par l'usage de l'éthylomètre quand la mesure dans l'air expiré est possible a supprimé en pratique la transmission aux autorités sanitaires des renseignements qui étaient utilisés pour faciliter l'insertion dans un système de soins. Il faut réorganiser cette orientation vers des structures de soins et la mettre en place pour les produits autres que l'alcool. Des départements pilotes devraient être l'objet d'une évaluation des résultats de cette transmission, et du devenir à court et moyen terme des usagers qui ont bénéficié d'une orientation vers des centres spécialisés.*

## 11.7- Assurance de qualité

Il est indispensable que toutes les déterminations de l'usage d'un produit susceptible d'altérer ou modifier la conduite, y compris l'alcool, soient soumises à des procédures d'assurance de qualité garantissant l'équité et la fiabilité du dispositif.

*Nous demandons :*

***Que tous les laboratoires pratiquant des déterminations de produits susceptibles d'altérer ou de modifier la conduite, y compris l'alcool, fassent l'objet d'une évaluation externe de la qualité.***

### Remarque

Notre analyse met en évidence la difficulté de faire passer dans les actes des notions de bon sens exprimées à de multiples reprises, en particulier dans le domaine de la connaissance qui permet seule de fonder les actions de santé publique. Notre interprétation est que les rapports ne sont pas suivis d'une évaluation de leur mise en oeuvre et d'une individualisation des obstacles qui ont entravé leur application. Notre mission n'étant pas limitée dans le temps, nous nous proposons de ***faire avec l'administration un bilan annuel de la situation*** pour améliorer notre compréhension mutuelle des possibilités et des impossibilités d'application de nos recommandations. Bien entendu notre travail ayant été fait à la demande des pouvoirs publics et notre légitimité ne dépassant pas leur volonté d'agir, nos commanditaires peuvent exprimer à tout moment leur volonté d'éviter le suivi de la mise en oeuvre des propositions contenues dans ce rapport.