

13. Drogues et conduite automobile

Hélène Martineau – OFDT

Politique.

Le cannabis : un nouveau dispositif légal

La politique de la France en matière de lutte contre les stupéfiants au volant a été marquée par deux changements majeurs ces dernières années. En août 1999, une première loi (et son décret d'application en 2001), a instauré un dépistage obligatoire des stupéfiants (dont le cannabis) en cas d'accident mortel, sur une durée de deux ans (de septembre 2001 à octobre 2003), dans le but de mener une étude épidémiologique. Ainsi, après plus d'un an de débats, le législateur avait finalement décidé de reporter la décision de créer un délit spécifique de conduite sous influence de stupéfiants et de lier l'éventualité de sa mise en place aux conclusions d'une vaste étude épidémiologique préalable. Celle-ci serait menée dans un cadre législatif pour autoriser la pratique de tests de dépistage sur des conducteurs (voir les résultats de cette étude en section 2).

Finalement, avant les conclusions de l'étude rendues publiques fin 2005, le débat a été relancé à l'initiative d'un député par une nouvelle proposition de loi « relative à la conduite automobile sous l'influence de drogues illicites et psychotropes » déposée à l'assemblée nationale en septembre 2002. Le 3 février 2003, la loi n° 2003-87 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants est adoptée et publiée au Journal officiel le 4 février 2003.

Cette loi entérine la décision de rendre obligatoire le dépistage des stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel mais elle apporte également des changements majeurs au dispositif. D'abord, elle crée un délit de « conduite en ayant fait usage de plantes classées comme stupéfiants » (alors que le dispositif précédent ne l'avait rendu obligatoire qu'à des fins de réalisation d'une étude épidémiologique), puni de deux ans d'emprisonnement et d'une amende de 4 500€ et plus en cas de consommation associée d'alcool. D'autre part, elle étend l'obligation de dépistage des stupéfiants aux accidents ayant occasionné un dommage corporel, lorsqu'il existe à l'encontre du conducteur une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants⁴², et en autorisant le dépistage auprès des conducteurs impliqués dans un accident quelconque de la circulation, ou auteurs présumés de certaines infractions au code de la route (celles punies de la peine de suspension du permis de conduire, celles relatives à la vitesse des véhicules, au port de la ceinture de sécurité ou du casque), ou encore à l'encontre desquels il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'ils ont fait usage de stupéfiants. Le dispositif prévu par la loi pour le dépistage et la confirmation de la consommation de stupéfiants sera décrit ultérieurement (section 3).

Les benzodiazépines : essentiellement des mesures préventives

Pour ce qui concerne les benzodiazépines (BZD), le dispositif de la loi du 18 juin 1999 prévoit, toujours uniquement chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la

⁴² Un article de la loi du 15 novembre 2001, dite de « sécurité quotidienne », avait auparavant étendu les possibilités de recherche des stupéfiants après un accident corporel donc en dehors d'un accident mortel, sans avoir à agir sur instruction du Parquet.

route, une recherche des médicaments psychoactifs mais exclusivement chez les conducteurs dépistés positifs aux stupéfiants. La recherche de médicaments n'intervient ici qu'en tant que facteur de confusion potentiel au calcul du risque d'être impliqué dans un accident après avoir consommé des stupéfiants. Pour des raisons de coût, la recherche des médicaments ne pouvait être étendue à l'ensemble des conducteurs impliqués dans un accident mortel. Une étude spécifique sur le risque lié à la consommation de médicaments psychotropes devra être menée par ailleurs.

De manière plus générale, en France, la consommation de BZD chez les conducteurs est licite. L'interdiction faite à un individu de « conduire un véhicule lorsqu'il est sous influence d'une substance ou d'une pathologie susceptible de diminuer ses performances et de constituer un danger pour les autres » est censée limiter cette conduite ; mais sa faible applicabilité concernant les médicaments la rend relativement théorique (Cadet-Taïrou, 2006).

Finalement, seules des mesures préventives peuvent limiter ces comportements individuels mais la mise en œuvre de celles-ci s'accompagnent d'obligations pour certains professionnels (les prescripteurs et les fabricants de médicaments psychotropes) :

- les avertissements obligatoires dans les notices d'utilisation des médicaments ou l'apposition d'un pictogramme sur la boîte elle-même pour certains produits (décret n°99-338 du 3 mai 1999). Il est en revanche impossible de savoir quels sont les effets de cette signalétique sur la pratique des usagers. Certains professionnels réclamaient une révision de ce système de mentions écrites ou pictogrammes et proposaient une nouvelle classification des médicaments psychotropes en fonction de leur influence sur la conduite, permettant de graduer l'information donnée aux patients suivant les dangers connus. Cette classification n'aurait aucune valeur réglementaire vis-à-vis de l'aptitude à conduire mais viserait à aider les praticiens à mieux évaluer les implications des prescriptions médicales en terme de risques pour les conducteurs (voir les travaux de Charles Mercier-Guyon, notamment Mercier-Guyon, 2001). L'arrêté du 18 juillet 2005 (JO du 2 août) introduit de nouveaux pictogrammes et une classification en 3 niveaux de risque (de la Sablière, 2005).
- l'obligation faite au médecin d'être en mesure d'apporter la preuve qu'il a fourni une information complète et adaptée à son patient quant aux risques, mêmes exceptionnels, d'effets secondaires liés aux traitements médicaux données ou prescrits. Cette obligation d'information des patients par le médecin a été imposée par plusieurs arrêts du conseil d'Etat.
- les critères médicaux d'aptitude à la délivrance ou au renouvellement des permis de conduire, définis par arrêtés et le rôle des Commissions médicales primaires des permis de conduire des préfectures chargées de l'application de ce dispositif, qui concerne tous les conducteurs des camions, transports en commun, taxis et ambulances et les conducteurs déclarant une pathologie à risque, pour les motos, voitures et remorques légères.

Ces trois dispositions ne sont pas spécifiques aux BZD.

Prévalence et méthodologie épidémiologique.

Concernant le cannabis, les informations suivantes sont extraites de : Biecheler M.-B., (2003). Cannabis, conduite et sécurité routière : une analyse de la littérature scientifique. Observatoire national interministériel de sécurité routière, février.

[\[http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Cannabis.pdf\]](http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Cannabis.pdf)

Fin 2005, les résultats de l'étude SAM (stupéfiants et accidents mortels de la route) ont été publiés en France. De par son ampleur, cette étude révolutionne la recherche française sur le domaine, aussi bien en terme de résultats que de méthodologie. Les études françaises antérieures seront mentionnées à titre de comparaison.

L'étude de référence pour le cannabis : l'étude SAM (« stupéfiants et accidents mortels »)

Rendue publique fin 2005 (groupe SAM, 2005 ; Laumon, 2005), l'étude SAM porte sur près de 17 000 accidents, soit 11 000 conducteurs impliqués dans un accident mortel entre septembre 2001 et 2003. Il s'agit, et de loin, de l'étude la plus vaste menée en France. Autre nouveauté par rapport aux études antérieures : elle se base sur un échantillon quasi-exhaustif d'accidents de la route (tous les accidents immédiatement mortels survenus pendant les deux années d'étude) et elle porte sur des conducteurs tués, blessés ou indemnes alors que les études précédentes ne portaient que sur des conducteurs blessés et hospitalisés.

Combien de conducteurs sont positifs au cannabis ?

On dénombre 7 % de conducteurs positifs au cannabis (THC sanguin supérieur à 1ng/ml) parmi lesquels 2,8 % avaient également consommé de l'alcool. La prévalence du cannabis passe à 17 % chez les conducteurs de moins de 25 ans.

Même si ce n'est pas son objet principal, l'étude permet par ailleurs de proposer une estimation de la prévalence du cannabis parmi l'ensemble des conducteurs « circulants » de 2,8 %. Mais l'étude SAM permet d'aller plus loin que le calcul des prévalences du fait de la présence d'un groupe témoin...

Les conducteurs positifs au cannabis sont-ils plus fréquemment responsables d'un accident mortel ? Pour répondre à cette interrogation, l'analyse compare les conducteurs responsables à des conducteurs non responsables⁴³. Elle prend également en compte un certain nombre de facteurs de confusion susceptibles d'influencer la responsabilité du conducteur dans l'accident, indépendamment de sa consommation de cannabis : autres stupéfiants, alcool, âge, type de véhicule, moment de l'accident, etc.

Toutes choses égales par ailleurs, les conducteurs sous l'influence du cannabis (THC sang >1ng/ml) ont 1,8⁴⁴ fois plus de risque d'être responsable d'un accident mortel que les conducteurs négatifs, l'odd ratio passant à 14 [8,0-24,7] en cas de consommation associée d'alcool. L'étude permet, pour la première fois, de mettre en évidence que le sur-risque d'être responsable de ce type d'accident augmente légèrement avec la concentration sanguine en THC, l'odd ratio passant de 1,6 [0,8-3,0] pour un taux inférieur à 1ng/ml ; à 2,1 [1,3-3,2] pour un taux supérieur à 5ng/ml. Cet effet-dose plaide pour l'existence d'une relation causale.

Dernier constat : Combien de décès dans les accidents de la route sont attribuables au cannabis ? Toutes concentrations confondues, la fraction d'accidents mortels attribuable à une positivité au cannabis est de l'ordre de 2,4 % [1,5-3,4].

Le nombre annuel de victimes directement imputable au sur-risque de responsabilité attaché à une conduite sous cannabis serait de l'ordre de 170 tués, sur une base de 6 000 accidents

⁴³ Le risque de décès du conducteur étant significativement augmenté par une positivité au cannabis, les conducteurs non responsables, seuls décédés dans leur accident, sont écartés.

⁴⁴ Odd ratio compris entre 1,4 et 2,2 pour un IT à 95 %

mortels par an. Proportionnellement, ces victimes sont plus fréquemment des hommes jeunes (18-24 ans) que celles décédées dans un accident dans lequel le conducteur responsable n'a pas consommé de cannabis. Par ailleurs, l'étude fait apparaître que, même s'il n'est pas responsable, le risque de décès d'un conducteur est augmenté par sa positivité au cannabis. Le nombre annuel de victimes imputable à cette vulnérabilité spécifique des conducteurs sous cannabis serait de l'ordre de 50 tués. Ainsi, le nombre annuel de victimes imputable au cannabis, soit directement par une plus fréquente responsabilité de l'accident, soit indirectement par une plus grande vulnérabilité, serait de l'ordre de 230 tués par an.

Les autres études épidémiologiques sur le cannabis

La plupart des études épidémiologiques françaises relatives à la conduite automobile sous l'emprise du cannabis ont été menées auprès de conducteurs blessés en milieu hospitalier. Elles signalent la présence de cannabis chez environ 1 sur 10 de ces conducteurs (résultats variables entre 6 et 14 % ; cf. Biecheler, 2006) :

La plus ancienne (Schermann, 1992) portait sur un vaste échantillon (2 471 conducteurs accidentés et hospitalisés en 1989-1990) et concluait : à une prévalence cannabis de 6,3 %, à un risque relatif (responsable/non responsable) de 1,1, non significatif pour le cannabis seul et 6,9 pour l'association cannabis/alcool. Mais la technique employée à l'époque pour l'analyse des échantillons sanguins est aujourd'hui remise en cause, bien que cette étude soit restée d'une ampleur non égale pendant de nombreuses années.

Deux études ensuite (Pélissier, 1996 ; Marquet, 1998) ont porté sur des échantillons plus petits (60 et 296 conducteurs blessés puis hospitalisés). Les prévalences du cannabis (THC et ses dérivés) étaient plus élevées (10 % et 14 %) car le cannabis n'a été recherché que dans les urines (plus/moins sensible) et sur des jeunes adultes (18-35 ans). La présence d'un groupe témoin dans les deux enquêtes (recrutés auprès de patients hospitalisés pour d'autres raisons qu'un accident de la route) ne permettait pas de conclure à une surreprésentation de consommateurs de cannabis parmi les accidentés de la route (prévalence supérieure dans un cas et inférieure dans l'autre cas).

L'enquête suivante (Mura, 1999) ne doit pas être retenue car les prélèvements ont été effectués à la demande des autorités judiciaires et donc sur suspicion de consommation de substances psychoactives. La prévalence y est par conséquent plus élevée (26 %).

L'enquête de Kintz (2000) est intéressante pour la comparaison des milieux de détection (elle fait partie du projet européen Rosita). Sur 198 conducteurs impliqués dans un accident corporel, 9,6 % des conducteurs avaient du THC dans le sang, témoignant une conduite sous influence contre 13,6 % de métabolites dans les urines, témoin d'une consommation parfois ancienne.

Une vaste étude multicentrique portant sur les échantillons sanguins de 900 conducteurs impliqués dans un accident corporel et hospitalisés et comparés à ceux de 900 patients hospitalisés pour d'autres raisons a fait l'objet de plusieurs publications (Mura, 2001 et 2003). A l'étape intermédiaire (analyse de 420 conducteurs et 381 témoins), les prévalences étaient de 11,2 % chez les conducteurs et 10,8 % chez les témoins, des différences apparaissant seulement chez les plus jeunes (18,6 % des conducteurs de 18-20 ans étaient positifs au cannabis - analyse sanguine - contre seulement 8 % chez les témoins.). L'analyse finale révèle des prévalences de 10 % chez les conducteurs contre 5 % chez les témoins, l'écart étant encore plus net chez les moins de 27 ans (24,8 % de conducteurs positifs au THC contre 8,9 % de témoins). La limite de ces études tient au manque d'informations

disponibles quant à la représentativité des échantillons de conducteurs et de témoins examinés.

Enfin, les prélèvements effectués auprès des conducteurs impliqués dans un accident mortel, dans le cadre de la loi du 18 juin 1999 ont également été analysés par certains laboratoires chargés de fournir les analyses de sang (hors résultats des dépistages). Le dispositif de détection du cannabis auprès de conducteurs étant pour la première fois obligatoire en France, les échantillons analysés sont conséquemment plus importants. Ainsi, les résultats de 3 751 échantillons de sang ont été réunis entre octobre 2001 et octobre 2002 (Pépin, 2003). Ils laissent apparaître la présence de cannabis (THC et/ou THC-COOH) chez 13,8 % des conducteurs ayant fait l'objet d'une prise de sang directe, la prévalence passant à 27,2 % chez les moins de 27 ans.

La dernière enquête en date est également menée par des toxicologues à partir d'un large échantillon de 2 003 prises de sang provenant de conducteurs décédés dans un accident de la route entre janvier 2003 et décembre 2004 (Mura, 2005). Tous ont moins de 30 ans. La prévalence du cannabis est de 28,9 % pour le THC dans le sang. En comparant ces résultats à ceux de l'étude précédente (Pépin, 2003), les auteurs concluent à une augmentation de la prévalence du cannabis chez les conducteurs français accidentés mais l'échantillon n'est pas totalement identique (conducteurs décédés ici contre conducteurs décédés, blessés ou indemnes, impliqués dans un accident mortel) et le seuil de détection du THC est plus élevé dans la 2^{ème} enquête (0,2ng/ml au lieu de 0,1ng/ml dans le dispositif législatif).

Comparaison avec les résultats de SAM relatifs au cannabis

Comme au niveau international, la comparaison des études françaises entre elles est malaisée du fait de différences au niveau : des populations étudiées (conducteurs accidentés, décédés, hospitalisés, etc.), des méthodes de dépistage employées (urine et/ou sang, recherche de THC et/ou THC-COOH) et de la taille des échantillons.

Globalement, sur des études comparables, les prévalences données par l'étude SAM sont légèrement plus faibles de celles habituellement trouvées dans les études françaises parce que la recherche porte sur le THC dans le sang, à l'exclusion du seul THC-COOH (recherche plus fine). Mais la principale différence porte sur la population d'étude et justifie des prévalences plus basses. Seule l'étude SAM dispose d'une base exhaustive de conducteurs (ceux impliqués dans un accident immédiatement mortel), à porter au dénominateur pour le calcul des prévalences.

Les dernières études des toxicologues ne disposent que des résultats des prises de sang (suite à un dépistage urinaire positif ou sans dépistage préalable). Ils ont donc une population plus réduite que celle de SAM à porter au dénominateur (ce qui mécaniquement augmente les prévalences) mais il s'agit aussi d'une population spécifique composée notamment des conducteurs n'ayant pas pu faire l'objet d'un dépistage urinaire préalable du fait de leur état (tués ou gravement blessés). Or, l'étude SAM a montré qu'un conducteur sous cannabis, même non responsable, a plus de chance de décéder dans l'accident qu'un autre conducteur (plus grande vulnérabilité). Ces conducteurs vont se retrouver en plus forte proportion dans la population d'étude des toxicologues, ce qui augmente aussi la prévalence du cannabis.

Par ailleurs, les autres études autorisant une approche en terme de risque attribuable au cannabis font référence à un groupe témoin constitué de patients hospitalisés pour une autre raison qu'un accident de la voie publique. Ainsi, dans l'étude de Mura et al. (2003), qui

concerne des moins de 27 ans, la fréquence des accidents serait multipliée par 2,5 avec le cannabis seul et par 4,8 avec le cannabis et l'alcool. Mais des réserves sont à émettre quant au choix du groupe témoin : est-il réellement indépendant de la consommation de cannabis ?

Les résultats des enquêtes déclaratives

Certaines enquêtes déclaratives en population générale, ou portant sur des usagers de cannabis, permettent de compléter les données de prévalence issues des études épidémiologiques :

- L'enquête 2005 d'ESCAPAD de l'OFDT, qui porte sur la santé et les comportements des jeunes de 17-18 ans lors de la journée d'appel de préparation à la défense⁴⁵, indique que 4,3 % de ces jeunes déclarent avoir conduit un véhicule (essentiellement des deux roues) après avoir fumé du cannabis (5,8 % en ayant également bu de l'alcool), mais moins de 1 % disent l'avoir fait souvent. Enfin, 0,4 % déclarent avoir eu un accident de la route après avoir fumé du cannabis et 0,2 % après avoir fumé et bu de l'alcool (sans qu'il soit possible d'affirmer que les événements sont distincts) (Beck, 2006).
- Une autre enquête conduite en 2004 par l'OFDT, portant sur des usagers réguliers de cannabis⁴⁶, indique que 71 % de ces usagers déclarent avoir, au moins une fois au cours des 12 derniers mois, conduit un véhicule (voiture, deux roues...) pendant ou après (délai < 4h) avoir consommé du cannabis : 35 % l'ont fait souvent, 23 % de temps en temps et 13 % 1 ou 2 fois (Bello, 2005).

Les études épidémiologiques relatives aux benzodiazépines

Concernant les benzodiazépines, quelques études ont mesuré en France les prévalences de consommation de cette classe de médicaments chez des conducteurs accidentés (informations issues de : Assailly, 2001 ; Mura, 1999 ; Cadet-Tairou, 2006) :

- Une enquête réalisée en 1987 chez 341 sujets accidentés (dont la moitié victime d'accident de la voie publique), à partir d'un questionnaire relatif à la consommation de médicaments et de prélèvements de sang et d'urines, indique que les psychotropes étaient présents chez 14,5 % des accidentés de la voie publique, avec au premier plan les BZD (Larcen, 1987).
- Une étude réalisée à partir de dosages sanguins de 363 accidents de la route (y compris des piétons), entre juin et septembre 1988, dans un centre hospitalier (au CHU d'Angers) conclue à une prévalence des BZD de 7,7 % (Merlin, 1991). Le rôle causal des BZD dans la responsabilité de l'accident, en l'absence de consommation alcoolique, ne peut être affirmé (résultat non significatif).
- La même année, une étude réalisée dans la région de Toulouse auprès de 570 conducteurs victimes d'accidents de la voie publique et hospitalisés indique une consommation déclarée (par questionnaire) de médicaments chez 7,7 %, prévalence que des analyses de sang ont confirmé (Monstatruc, 1988).
- Deux études de prévalence réalisées par la même équipe : l'une publiée en 1989 (Deveaux, 1989) et portant sur 501 sujets (conducteurs ou piétons) blessés avec une recherche de BZD dans le sang et les urines ; 15,3 % étaient sous influence de psychotropes, en particulier les BZD (détail non précisé) ; l'autre étude publiée en 1991, à partir de l'analyse des résultats des prélèvements sanguins réalisés chez 132 personnes

⁴⁵ Journée mise en place en France à la place du service militaire national. En 2005, cette enquête a interrogé 37 512 jeunes de 17-18 ans en France et en métropole.

⁴⁶ 1 633 personnes âgées de 15 et 29 ans et consommant au moins 20 joints au cours des 30 derniers jours, interrogées en 2004 dans 11 villes de France ou métropole, et recrutés dans les centres de soins spécialisés en toxicomanie, dans la rue, en milieu festif ou dans un cadre privé.

décédées dans un accident de la circulation a fait apparaître des psychotropes chez 10,6 % des conducteurs, les BZD arrivant en tête (Deveaux, 1991).

- une étude centrée sur les BZD (et l'alcool) réalisée auprès de 2 010 sujets blessés lors d'un accident de tout type (dont 41 % d'accidents de la voie publique) indiquait la prévalence de BZD chez 9,6 % des victimes d'accidents de la voie publique (Girre, 1988). Ce chiffre était proche de celui observé en population générale.
- une étude plus large, multicentrique, portant sur 3 147 conducteurs accidentés responsables ou non responsables (témoins), indique que des BZD ont été retrouvés chez 7,9 % des accidentés et ne montre pas non plus de différence significative de responsabilité entre les responsables et les non responsables (8,1 % vs 7,1 %) ('Benzodiazepine/Driving' Collaborative Group, 1993).

Ces études, plutôt anciennes, concluent finalement à une fréquence d'usage d'environ 10 % chez des conducteurs accidentés. Peu d'études apportent la preuve d'une corrélation entre la consommation de BZD et la survenue d'un accident ou la responsabilité du conducteur, faute de groupe témoin ou de différences significatives entre le groupe des accidentés/responsables et celui des témoins.

Une difficulté supplémentaire par rapport au cannabis, pour établir un lien de causalité entre la consommation de médicaments et la survenue d'un accident, tient au fait que le rôle dans la survenue de cet accident, de la pathologie qui motive la prise médicamenteuse, demeure inconnu et que l'on ignore quelles seraient les capacités de conduite de l'usager en l'absence de son traitement.

Détection, mesure et loi en vigueur.

Les conditions du contrôle

Actuellement, en France, les dispositions législatives prévoient un dépistage des stupéfiants chez les conducteurs (et non les passagers ou les piétons) impliqués dans un accident de la route⁴⁷. Si la loi de 2003 ne précise pas quel méthode de dépistage doit être pratiquée, afin d'autoriser à l'avenir la pratique de nouveaux tests, seuls les tests urinaires sont actuellement validés en France. Les débats sur l'efficacité du test salivaire pour dépister la consommation de stupéfiants chez les conducteurs sont nombreux mais en l'absence de consensus, ces tests ne sont pas encore adoptés par les forces de l'ordre.

Le dispositif actuel prévoit donc un dépistage urinaire des stupéfiants (cannabis, amphétamines, cocaïne, opiacés) qui se déroule de la manière suivante : les forces de l'ordre doivent conduire le conducteur, si son état le permet, dans un lieu médical (hôpital, médecin, dispensaire) afin qu'il urine ; le matériel nécessaire à ce dépistage (gobelet stérile, test) est fourni par l'hôpital ou par les forces de l'ordre si le dépistage n'a pas lieu en milieu hospitalier.

Si le dépistage s'avère positif (résultat immédiat), si le conducteur refuse de pratiquer ce test (rare) ou si, nettement plus fréquent, il n'est pas en état d'uriner (conducteur décédé ou gravement blessé), une prise de sang est effectuée (toujours en milieu médical) et la quantité de sang prélevée est divisée en deux échantillons dont l'un sera conservé en vue d'une éventuelle contre-expertise. L'échantillon de sang est envoyé à un laboratoire désigné comme expert par le procureur de la République (car cette procédure a lieu dans un cadre

⁴⁷ Pour une description des situations dans lesquelles doivent ou peuvent avoir lieu ces contrôles, se reporter au contexte législatif section 1.

judiciaire), laboratoire chargé de déterminer le dosage des éventuels produits stupéfiants retrouvés dans le sang du conducteur, ainsi que la nature et les quantités des éventuels médicaments psychotropes. Les résultats du dépistage et de la recherche sanguine doivent être consignés dans des fiches prévues à cet effet, jointes aux procédures policières d'accident de la route. Ces mesures s'ajoutent au contrôle obligatoire de l'alcoolémie, généralisé depuis 1978 en France ; la limite légale est fixée à 0,5g/l de sang depuis 1995.

Dans le cadre de ce dispositif, le contrôle d'une éventuelle consommation de benzodiazépines ne se fait qu'en cas de recherche des stupéfiants positive, à travers l'examen de l'échantillon sanguin prélevé ; les informations recueillies portent alors sur : recherche de médicaments positive ou négative et nature des médicaments et/ou des métabolites retrouvés.

Les méthodes de recherche employées

La recherche et le dosage des produits stupéfiants dans le sang s'effectuent en utilisant la technique dite « chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse ». Un seuil minima de détection a été fixé par arrêté (1 ng/ml de sang pour le $\Delta 9$ tétrahydrocannabinol), seuil en deçà duquel la présence de stupéfiants est jugée non significative (incertitude de mesure). Au-delà, et quel que soit le taux retrouvé dans le sang, la présence de $\Delta 9$ tétrahydrocannabinol est considérée comme un délit (voir section 1.). Un simple dépistage urinaire positif est néanmoins insuffisant, il doit s'accompagner d'une confirmation sanguine.

La recherche complémentaire de médicaments psychoactifs (dont les benzodiazépines) se fait par les techniques dites « chromatographie en phase liquide haute performance couplée à une barrette de diodes » et « chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse ».

Examen comportemental ?

Dans le dispositif de la loi de 1999, un examen clinique et médical a été introduit en cas de dépistage positif et lorsque l'état du conducteur le permet. Cet examen, formalisé par une fiche à remplir par le médecin et à joindre à la procédure policière, porte sur : les antécédents médicaux (dont la prescription médicale de stupéfiants, d'anesthésique, les sevrages), les consommations d'alcool ou de stupéfiants et un test psychomoteur (haleine, comportement général, état psychique, langage, orientation chrono-spatiale, équilibre, état des pupilles...).

L'intérêt de cette fiche réside aussi dans la possibilité de repérer grâce à ces informations les éventuelles prescriptions médicales. Pour ce qui concerne le test comportemental, il n'a pas de valeur légale (ni pour certifier un usage de stupéfiants, ni même pour le détecter) et a été introduit plutôt dans un objectif expérimental. Son évaluation est en cours, dans le cadre de l'étude SAM. La fiche correspondante a été remplie dans un dossier de conducteur positif sur trois.

Ainsi, dans le cadre de ce dispositif, aucun jugement individuel n'entre en ligne de compte pour déterminer qu'une personne conduit en ayant consommé du cannabis ; seul le résultat de l'analyse sanguine fait foi. En revanche, depuis 2003, le jugement des forces de l'ordre intervient pour désigner, dans certaines circonstances, le candidat au dépistage (en cas de soupçon de conduite sous usage de stupéfiants). Mais les critères ne sont pas clairement définis (voir section 1.).

Les statistiques policières : dépistages et infractions

Depuis 2004, le ministère de l'intérieur publie des statistiques d'ensemble sur les dépistages et les infractions constatées relatives aux stupéfiants au volant⁴⁸, mais sans distinguer le produit dépisté ou à l'origine de l'infraction :

Tableau 32. Dépistages des stupéfiants au volant

	2004			2005		
	Nombre dépistages	Nb positifs	% positifs	Nombre dépistages	Nb positifs	% positifs
Accidents	9 563	1 052	11,0%	11 305	1 899	16,8%
mortels (immédiats)	4 066	282	6,9%	5 248	629	12,0%
corporels (non mortels)	4 501	620	13,8%	5 547	1 041	18,8%
matériels	996	150	15,1%	510	229	44,9%
Infractions	1 198	548	45,7%	2 446	1 979	80,9%
Soupçon d'usage (sans accident, ni infraction)	5 144	1 878	36,5%	7 284	4 095	56,2%
Total	15 905	3 478	21,9%	21 035	7 973	37,9%

Source : Ministère de l'Intérieur, Bilan du comportement des usagers de la route, années 2004 et 2005
(http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere)

En 2004, près de 16 000 dépistages relatifs aux stupéfiants ont été réalisés sur les routes, la plupart (60 %) ayant été réalisés à l'occasion d'un accident, en particulier lorsqu'il s'agit d'un accident aux conséquences mortelles (dépistage obligatoire) ou ayant entraîné des dommages corporels (dépistage également obligatoire en cas de soupçon). Le nombre de dépistages a fortement augmenté en 2005 (21 000, soit une hausse de 38 %). L'augmentation a été particulièrement forte pour les dépistages réalisés suite à une infraction au code de la route (+104 %).

Les taux de positivité sont à interpréter avec beaucoup de prudence car ils traduisent les pratiques de ciblage de la population contrôlée. Ainsi, les taux de positivité les plus importants sont ceux des dépistages réalisés suite à un soupçon d'usage, avec ou sans infraction constatée (pour 2005, le ministère de l'Intérieur signale que les taux de positivité retrouvés, particulièrement élevés en cas d'infraction ou de soupçon, traduisent le fait que les forces de l'ordre ont la plupart du temps effectué des dépistages « que lorsque l'état général du conducteur laissait indéniablement penser que le taux de probabilité était élevé »).

Ces chiffres, en particulier les taux de positivité, ne peuvent pas être repris comme une mesure de la consommation de stupéfiants par des conducteurs sur les routes de France, ni de la conduite sous l'emprise de stupéfiants sur ces mêmes routes.

Les seuls cas où le dépistage est (normalement) systématique sont ceux réalisés en cas d'accidents mortels ; le taux de positivité est alors de 7 % en 2004 et 12 % en 2005. Cette augmentation peut s'expliquer par la pratique de contrôles plus ciblés.

⁴⁸ Les données publiées pour l'année 2003 étaient partielles et ne portaient que sur les dépistages effectués entre juillet et décembre 2003 et uniquement ceux des services de la police nationale (hors gendarmerie nationale).

Tableau 33 Infractions constatées pour conduite après usage de stupéfiants

	2004	2005
Conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants	1 577	4 246
Conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants et sous l'empire d'un état alcoolique	528	922
Refus de se soumettre au dépistage de produits stupéfiants	112	435
Total	2 217	5 603

Source : Ministère de l'Intérieur, Bilan du comportement des usagers de la route, années 2004 et 2005
(http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a7_statistiques_securite_routiere)

Pour la première année complète d'application du dispositif de dépistage de stupéfiants, en 2004, plus de 2 000 procès-verbaux ont été dressés pour conduite après usage de stupéfiants, retrouvés seuls (dans 1 577 cas) ou associés à l'alcool (dans 528 cas). Les chiffres de 2005 sont sans commune mesure puisque plus de 4 000 infractions pour conduite après usage de stupéfiants ont été établies cette année et près de 1 000 pour usage de stupéfiants et alcoolémie excessive.

Ces hausses traduisent la mise en place progressive du dispositif mais la complexité du dispositif de dépistage des stupéfiants est soulignée par tous et elle n'incite pas les forces de l'ordre à mener des contrôles (par comparaison, 11 387 829 contrôles d'alcoolémie ont été menés en 2005, dont 9 017 161 de façon préventive – sans constat d'accident ou d'infraction – et 140 000 infractions de conduite sous l'empire d'un état alcoolique ont été enregistrées).

Prévention.

Pour le cannabis...

Si l'alcool au volant fait depuis longtemps l'objet de campagnes de prévention de France, le problème des stupéfiants au volant est discuté depuis une période plus récente, soit au sein des cercles politiques/des décideurs (voir section 1), soit de la part d'associations de victimes d'usagers de la route. Ces dernières sont particulièrement actives en France pour alerter l'opinion sur le problème de l'usage de stupéfiants au volant.

La première campagne nationale de prévention de l'usage de cannabis au volant a été lancée en 2006 (24 mai 2006-10 juin 2006). Elle a été conjointement organisée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue toxicomanie (MILDT) et la délégation interministérielle à la sécurité routière (DISR). Elle comprenait un site Internet (www.cannabisetconduite.fr), un forum de discussion (actif durant la période de la campagne), deux spots radio ainsi que des affiches et des dépliants. Destinée en priorité aux jeunes, elle a rappelé les principales conséquences de la consommation du cannabis, en voiture ou en deux-roues (perte de contrôle, altération des réflexes et baisse de la vigilance) et alerté sur le risque pris -pour soi-même et les autres- quand on conduit après avoir consommé du cannabis. Les principaux résultats chiffrés de l'étude SAM étaient mis en exergue : 230 morts dus au cannabis par an, un risque d'être responsable d'un accident multiplié par 2 pour le cannabis seul et par 15 pour le cannabis associé à l'alcool. Le site Internet reprenait également les éléments récents de législation. L'idée défendue par le gouvernement dans cette campagne, selon leurs termes, « n'était pas de diaboliser le cannabis mais, dans la lignée de la campagne cannabis lancée en 2005 par le gouvernement, de scander que la consommation de cannabis n'est pas anodine et de rappeler les peines et les risques encourus en cas de consommation de cannabis associée à une conduite automobile ». Son budget est assez réduit pour une campagne de sécurité routière : 800 000€ au total.

De manière générale, la prévention de l'usage de cannabis en France est réalisée par de nombreux organismes, notamment des services de l'Éducation nationale ou des services du ministère de l'Intérieur (police, gendarmerie). L'ampleur et le contenu des modules de prévention sont mal connus. Les informations qui remontent à l'OFDT signalent que la question de l'interdiction de l'usage de cannabis au volant est utilisée en complément des arguments plus traditionnels, pour alerter les jeunes sur les dangers de ce produit. Les policiers signalent que la menace d'un retrait de permis de conduire⁴⁹ en cas d'usage de cannabis au volant est très parlante pour les jeunes (qui peuvent se sentir par ailleurs relativement libre de consommer, malgré l'interdiction totale) et qu'elle est donc utilisée en ce sens dans certains programmes de prévention.

Pour les benzodiazépines...

En ce qui concerne la consommation de médicaments au volant, la problématique est plus ancienne et, même si elle n'a pas fait l'objet de communication au grand public, une signalétique est mise en place à destination des consommateurs des médicaments, indiquant, par un pictogramme, le niveau de danger d'une conduite après consommation dudit médicament (voir section 1.).

⁴⁹ Le délit de conduite après usage de stupéfiants est sanctionné par un retrait de 6 points au permis de conduire, comme en cas d'alcoolémie excessive, soit la moitié des points initialement acquis lors de la passation du permis de conduire.