



Dossier thématique n° 2018 - T - 08 - FR

## **Drogues et médicaments**

Dossier thématique Sécurité routière n°4

*(2<sup>ème</sup> édition, 2019)*



# Drogues et médicaments

## Dossier thématique Sécurité routière n°4

*(2<sup>ème</sup> édition, 2019)*

### Dossier thématique n° 2018-T-08-FR

Auteurs : Julien Leblud, Uta Meesmann, Sjoerd Houwing (SWOV) et Ellen Opendakker

Éditeur responsable : Karin Genoe

Éditeur : Institut Vias – Centre de Connaissance Sécurité Routière

Date de publication : 29/01/2019

Dépôt légal : D/2018/0779/69

Veuillez référer au présent document de la manière suivante : Leblud, J., Meesmann, U., Houwing, S. & Opendakker, E. (2019). Dossier thématique Sécurité routière n°4 Drogues et médicaments, Bruxelles, Belgique : Institut Vias – Centre Connaissance de Sécurité Routière

Dit rapport is eveneens beschikbaar in het Nederlands onder de titel: Themadossier verkeersveiligheid nr. 4 Drugs en geneesmiddelen

This report includes a summary in English.

Cette recherche a été rendue possible par le soutien financier du Service Public Fédéral Mobilité et Transports.

## Remerciements

Ce rapport est un mis à jour du Dossier thématique Sécurité routière n°4 « Drogues et médicaments dans la circulation » publié en 2015 (Meesmann, Houwing & Opdenakker, 2015).

Les auteurs aimeraient remercier les personnes et organisations suivantes pour leur précieuse participation à cette étude :

- Sofie Boets et Mark Tant, les lecteurs internes du document original au sein de l'institut Vias.
- Alain Verstraete (UGent), le lecteur externe du document original.
- Martijn Teuchies pour la traduction du français vers le néerlandais des nouvelles parties de ce document.

Cependant, la responsabilité du contenu de ce rapport incombe à l'auteur.

# Table des matières

Liste des tableaux et figures	5
Résumé	6
Summary	8
Terminologie	10
1 Drogues, médicaments et sécurité routière	12
1.1 Qu'est-ce que la conduite sous l'influence de substances psychotropes ?	12
1.2 Quelle est l'influence des drogues et des médicaments sur les capacités de conduite?	12
1.3 Prévalence observée	13
1.3.1 Consommation en fonction de la région	14
1.3.2 Consommation en fonction du sexe et de l'âge	16
1.3.3 Consommation en fonction du jour et du moment de la semaine	16
1.4 Prévalence auto rapportée	16
1.4.1 Comportement auto-rapporté en fonction de la région	16
1.4.2 Risque subjectif d'être contrôlé par la police	17
1.5 Nombre de victimes	18
1.6 Risque d'accidents graves	19
1.7 Détection de drogues et de médicaments dans la circulation	21
2 Mesures	22
3 Réglementation en Belgique	25
3.1 La consommation de drogues et médicaments : aptitude à la conduite	25
3.2 La conduite sous l'influence de drogues et de médicaments	25
3.2.1 L'incrimination de la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments	25
3.2.2 La répression de la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments	26
3.2.3 Politique criminelle en matière de conduite sous l'influence de drogues et de médicaments	26
4 Chiffres clés belges	28
4.1 Prévalence	28
4.1.1 Comportement observé	28
4.1.2 Comportement auto-rapporté	30
4.1.3 Infractions constatées par la police locale et fédérale	31
4.2 Prévalence en fonction du sexe et de l'âge	33
4.3 Prévalence en fonction du moment	33
4.4 Nombre de victimes	33
5 Autres sources d'information	36
Références	37
Annexe	40

## Liste des tableaux et figures

Tableau 1: Prévalence de substances psychotropes parmi les automobilistes européens (DRUID road side survey ; automobilistes ; 2007-2009). Source : Houwing et al., 2011a ; Infographie : l'institut Vias	14
Tableau 2: Pourcentage de conducteurs dans la population globale répartis en groupes s'excluant mutuellement selon la consommation d'une ou plusieurs substances et pourcentage global par substance pour la Belgique (N= 48.542 ; DRUID road side survey ; 2007-2009). Source : Houwing et al., 2011a In : Silverans et al., 2012	15
Tableau 3: Prévalence de substances psychotropes chez les automobilistes gravement blessés et décédés (N=2.492 ; étude hospitalière DRUID ; automobilistes ; 2007-2010). Source : Isalberti et al., 2011 ; Infographie : l'institut Vias	19
Tableau 4: Risque relatif d'accident grave ou mortel des substances psychotropes dans la circulation (DRUID road side survey et étude hospitalière ; automobilistes ; 2007-2010). Source : Hels et al., 2011 In : SWOV, 2011a	20
Tableau 5: Prévalence de substances psychotropes dans la circulation – la Belgique comparée à l'Europe (DRUID road side survey ; automobilistes ; 2007-2009). Source : Van der Linden et al, 2011 ; Houwing et al., 2011ab; Infographie : l'institut Vias	29
Tableau 6: Évolution du nombre d'infractions constatées en matière de conduite sous l'influence d'alcool, conduite sous l'influence de drogues, utilisation du téléphone portable au volant, utilisation incorrecte de la ceinture/des sièges pour enfants et excès de vitesse (2007-2017). Source : Police fédérale – CGO/CGOP/B Traffic	31
Tableau 7: Répartition des groupes de substances chez les conducteurs gravement blessés, par type de véhicule - Belgique (étude hospitalière DRUID; automobilistes ; 2007-2009). Source : Isalberti et al., 2011; Infographie : l'institut Vias	34
Tableau 8: Estimation du nombre annuel de victimes de la route hospitalisées chez qui on a détecté la présence de substances psychotropes (base : données hospitalières belges (2011) et étude hospitalière DRUID (2007-2010)). Source : calcul interne d'après Nuyttens & Van Belleghem, 2014 et Isalberti et al., 2011	35
Figure 1: Répartition géographique de la conduite sous l'influence de l'alcool, de drogues et de médicaments en Europe (DRUID road side survey ; automobilistes ; 2007-2009). Source : Houwing et al., 2011a	14
Figure 2: Comportement auto-rapporté de conduite sous l'influence de drogue par pays européen (% ayant conduit au moins une fois au cours des 12 derniers mois). Source : ESRA, 2015	17
Figure 3: Comportement auto-rapporté de conduite sous l'influence de médicaments pouvant altérer la capacité de conduire par pays européen (% ayant conduit au moins une fois au cours des 12 derniers mois). Source : ESRA, 2015	17
Figure 4: Risque subjectif d'être contrôlé par la police pour consommation d'alcool et de drogues. Somme des gens ayant sélectionné 4 (grande) et 5 (très grande chance) sur une échelle de 1 (très petite chance) à 5 (très grande chance). Source : ESRA, 2015	18
Figure 5: Répartition des substances psychotropes : consommation isolée et combinée – Belgique (DRUID road side survey; automobilistes; 2007-2009). Source : Van der Linden et al, 2011 In : Houwing et al., 2011; Infographie : l'institut Vias	29
Figure 6: Pourcentage de personnes interrogées qui ont rapporté le comportement mentionné au cours du mois écoulé (2017). Source : Enquête nationale d'insécurité routière, 2017	30
Figure 7: Comportement auto-rapporté de conduite sous l'influence de drogues en fonction du sexe et de l'âge, Belgique (% ayant conduit au moins une fois au cours des 12 derniers mois). Source : ESRA, 2015	31
Figure 8: Évolution du nombre d'infractions constatées (2007-2017). Source : Police fédérale – CGO/CGOP/B Traffic	32

# Résumé

Les drogues et certains médicaments influencent le comportement ou la perception du consommateur. Par conséquent, la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments psychotropes est généralement considérée comme un risque potentiel pour la sécurité routière. À cet égard, l'effet sur les capacités de conduite dépend du type de substance ou de la quantité et de la sensibilité individuelle, mais aussi du contexte dans lequel cette substance a été consommée. Dans le cas des drogues, il s'agit de l'abus d'une substance psychotrope sans contrôle médical. Dans le cas des médicaments, la consommation s'inscrit (généralement) dans le cadre d'un traitement médical. Elle est parfois nécessaire pour rétablir les capacités de conduite (le fonctionnement) du patient.

## Prévalence

En termes de comportements auto-rapportés, un pourcent des belges déclarait en 2017 avoir conduit sous influence de drogue au cours du mois écoulé, selon l'Enquête Nationale d'Insécurité Routière. Dans le détail, on constate d'après l'enquête ESRA (2015) que ce phénomène touche 4 fois plus les hommes que les femmes, et principalement la tranche 35-54 ans. Les informations les plus précises et les plus nombreuses concernant les substances psychotropes en Europe proviennent du projet DRUID<sup>1</sup>. Au cours de la « DRUID road side survey », quelque 50 000 conducteurs de voitures et de camionnettes ont été soumis à des tests portant sur 23 substances psychotropes dans 13 pays européens (2007-2009). Cette étude a révélé qu'environ 7,43 % en moyenne des automobilistes étaient positifs à une ou plusieurs substances psychotropes. Cependant, il s'agit d'une sous-estimation étant donné qu'un nombre très faible de médicaments ont été testés. L'alcool (3,48 %) (BAC  $\geq 0,1$  g/l) était la substance la plus consommée, suivie par les drogues (1,89 %) et les médicaments dangereux pour la conduite (1,38 %). Le cannabis (1,32 %) était la drogue la plus fréquemment observée, tandis que les benzodiazépines<sup>2</sup> (0,90 %) constituaient la catégorie de médicaments la plus consommée. Les opiacés médicaux<sup>3</sup> et les Z-drugs<sup>4</sup> (hypnotiques apparentés aux benzodiazépines) ont principalement été détectés dans les pays d'Europe du Nord. Les drogues illicites, l'alcool et les benzodiazépines étaient plus fréquemment consommés en Europe du Sud. En Europe de l'Est, la consommation de substances psychotropes était faible comparativement au reste de l'Europe. En Europe de l'Ouest, elle se situait dans la moyenne européenne. Les drogues illicites ont essentiellement été détectées chez les jeunes conducteurs de sexe masculin. En revanche, contrairement aux drogues, la consommation de médicaments était relativement élevée chez les conductrices. On a également constaté que la consommation augmentait avec l'âge (Houwing et al., 2011ab).

## Risque / victimes

Dans l'étude hospitalière DRUID, il est apparu que les conducteurs impliqués dans les accidents graves ou mortels étaient essentiellement positifs à l'alcool ou à une association d'alcool avec des drogues/médicaments. La consommation de drogues et de médicaments était nettement moins fréquente que la consommation d'alcool. Les drogues illicites ont été, comme pour l'alcool, principalement détectées chez les jeunes conducteurs de sexe masculin ayant été blessés. Dans le cas d'accidents graves ou mortels, on a également constaté la présence de médicaments chez de nombreuses femmes et chez les conducteurs plus âgés (Isalberti et al., 2011).

Le risque relatif d'accident grave varie fortement en fonction de la substance. Le risque d'accident grave augmente modérément suite à la prise de cannabis, légèrement suite à la prise de cocaïne, d'opiacés illicites, de benzodiazépines, de Z-drugs et d'opiacés médicaux. Par contre il augmente fortement suite à la prise d'amphétamines et à la consommation combinée de divers types de drogues et/ou médicaments. Le risque est extrêmement important en cas de consommation d'alcool avec un BAC élevée ( $\geq 1,2$  g/l) et en cas de consommation combinée d'alcool et de drogues ou de médicaments (Hels et al. 2011). Dans une revue de la littérature de 2017, analysant 13 études scientifiques les plus récentes et pertinentes sur la conduite sous influence, ces risques ont tous été confirmés.

<sup>1</sup> Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines

<sup>2</sup> Calmant ; tranquillisant ; somnifère ; anxiolytique ; exemples de marques : Valium, Lexotan, Loramet, Temesta, Rohypnol, Xanax.

<sup>3</sup> Antalgiques forts (ex. morphine), mais aussi substitut de l'héroïne (ex. méthadone) ou élément constitutif d'un sirop antitussif (ex. codéine).

<sup>4</sup> Somnifère ; exemples de marques : Stilnoct, Zolpidem, Imovane.

## Mesures

Dans le cas de la consommation de drogues illicites dans la circulation, la plupart des mesures se concentrent sur la politique criminelle et la législation. Dans le cas des médicaments, elles portent essentiellement sur la sensibilisation et l'éducation des patients, des médecins et des pharmaciens. Les mesures suivantes sont abordées dans ce rapport : (1) approche légale de la conduite sous l'influence de drogues illicites, (2) valeurs limites absolues pour les drogues illicites dans la circulation, (3) détection et politique criminelle en matière de drogues illicites dans la circulation, (4) connaissances et attitudes à l'égard des drogues dans la circulation, (5) informations sur les médicaments dangereux pour la conduite au lieu de valeurs limites absolues, (6) classification uniforme des risques des médicaments, (7) logiciel pour médecins et pharmaciens, et (8) suivi du problème.

## Législation belge et chiffres-clés

Ce rapport dresse un aperçu des lois belges actuelles en matière de consommation de drogues et de médicaments dans la circulation. Il contient également un récapitulatif des principales données belges relatives à la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments. En Belgique aussi, l'alcool est la substance psychotrope la plus consommée dans la circulation (2,2-2,5 % BAC  $\geq$  0,5 g/l), suivi de près par les benzodiazépines (2,3 %). De manière générale, on a constaté que la consommation de médicaments sur le réseau routier belge (3,0 %) était nettement supérieure à la moyenne européenne (1,4 %). Toutefois, la consommation de drogues (0,6 %) se situait en dessous de la moyenne européenne (1,9 %). En ce qui concerne l'âge, le sexe et le moment où les substances ont été détectées, les constantes belges correspondent globalement aux résultats européens. Comme l'alcool, les drogues sont plus souvent consommées la nuit que pendant le reste de la journée. En revanche, on détecte plus souvent la présence de médicaments chez les conducteurs en journée.

D'après cette estimation, environ 3600 conducteurs hospitalisés sont testés positifs à une ou plusieurs substances psychotropes chaque année. La plupart d'entre eux sont positifs à l'alcool (env. 1960, consommation isolée) et 540 autres ont consommé de l'alcool et d'autres substances. Environ 440 des conducteurs hospitalisés sont testés positifs à l'une des drogues illicites étudiées, 560 à l'un des médicaments étudiés et 100 conducteurs à une combinaison de plusieurs drogues illicites ou médicaments. Nous partons du principe qu'il s'agit d'une sous-estimation du nombre effectif de victimes annuelles de la route qui sont testées positives aux substances psychotropes, puisque les données hospitalières qui ont servi de base à ce calcul comportaient déjà une légère sous-estimation du nombre total de victimes de la route.

## Nécessité d'effectuer des recherches complémentaires

Sur la base des résultats de cette étude et de l'état d'avancement des recherches scientifiques, l'institut Vias plaide pour la poursuite des recherches dans les domaines suivants :

- Poursuite de l'observation (suivi) de la situation afin de pouvoir évaluer les résultats des mesures, en accordant une attention particulière à la consommation combinée de drogues/médicaments et d'alcool.
- Poursuite du suivi des expériences à l'étranger (ex. réglementations dans d'autres pays).
- Élargissement de la recherche sur les médicaments psychotropes dans la circulation.

# Summary

Drugs and certain medicines influence the behaviour and perception of the user. Therefore driving under the influence of drugs and psychoactive medicines is generally seen as a danger to traffic safety. Not only does the quantity or type of substance influence driving behaviour, but also the way or circumstances in which the substance is ingested. (Illicit) drug use for example is the misuse of a psychoactive substance without medical observation. Medication is (usually) part of a medical treatment and sometimes the use of medicine is even needed to correct (or restore) the patient's driving ability.

## Prevalence

Regarding the selfdeclared behaviour, on percent of the Belgian declared in 2017 having driven under the influence in the past month, according the the National Road Unsafty Survey. Moreover we observed in the ESRA project (2015) that this behaviour is found 4 times more in men than women, and mainly beyond the 35-54 years old. The DRUID project<sup>5</sup> offers the most accurate and extensive information regarding psychoactive substances in European traffic. In the DRUID road-side survey, approximately 50 000 drivers of cars and vans in 13 EU countries were tested for 23 psychoactive substances (2007-2009). The results showed that on average 7.43% of drivers tested positive for one or more psychoactive substances. As only a very limited number of medicines were tested, this number is probably an underestimation. Alcohol use (3.48%; BAC  $\geq$  0.1 g/l) scored highest followed by (illicit) drugs (1.89%) and psychoactive medicines (1.38%). Cannabis (1.32%) was the most commonly used drug, while benzodiazepines<sup>6</sup> (0.90%) were the most commonly used medicines. Medicinal opiates<sup>7</sup> and Z-drugs<sup>8</sup> were found most often in Northern European countries. Illicit drugs, alcohol and benzodiazepines were more common among Southern European drivers. Among Eastern European drivers the use of psychoactive substances was low in comparison to the rest of Europe. In Western Europe the use of all psychoactive substances was around European average.. Illicit drug use was mostly detected among young male drivers. In contrast, the use of medicine was relatively common among female drivers, and increasing with age (Houwing et al., 2011ab).

## Risk / victims

In the DRUID hospital study seriously injured and killed drivers were tested on the presence of psychoactive substances. Mainly alcohol or a combination of alcohol with drugs/medicines was detected among these drivers; illicit drugs and psychoactive medicines were clearly less common than alcohol. Also among the seriously injured or killed drivers, illicit drugs and alcohol were primarily found in young male drivers. Psychoactive medicines were mainly detected among female and older drivers (Isalberti et al., 2011).The relative risk of an accidents resulting in serious injury or death varies greatly depending on the specific substance. In case of cannabis this relative risk is slightly increased and in case of cocaine, illegal opiates, benzodiazepines, Z-drugs and medical opiates medium increased. The relative risk of a serious accident is highly increased for amphetamines and combined use of different types of drugs and/or psychoactive medicines and extremely increased in case of high alcohol concentrations (BAC  $\geq$  1.2 g/l) or a combination of alcohol with drugs and/or medicines (Hels et al., 2011). In a 2017 literature review, analysing 14 scientific researches about driving under the influence, all these increased risks were confirmed.

## Measures

Measures against illicit drugs and driving mainly focus on enforcement and legislations and in case of psychoactive medicines mainly on sensitization and education of patients, physicians and pharmacists. The following measures are discussed in this report: (1) legal approach with regard to driving under the influence of illicit drugs, (2) absolute limits for illicit drug use in traffic, (3) detection and enforcement with respect to illicit drug use in traffic, (4) knowledge and attitudes with regard to drug use in traffic, (5) information about driving under the influence instead of absolute limits, (6) uniform risk classification of medicines, (7) software for physicians and pharmacists and (8) monitoring of the problem situation.

<sup>5</sup> Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines

<sup>6</sup> Sedative; tranquilizer; soporiphic; anti-anxiety; examples of well-known brands: Valium, Lexotan, Loramet, Temesta, Rohypnol, Xanax.

<sup>7</sup> Strong painkiller (e.g. morphine) but also heroine substitute (e.g. methadon) or ingredient in cough syrup (e.g. codene).

<sup>8</sup> Soporiphic; examples of well-known brands: Stilnoct, Zolpidem, Imovane.



## Belgian legislation and key figures

This report gives an overview of the current Belgian legislation with regard to drug and medicine use in traffic. Furthermore the most important Belgian data on driving under the influence of drugs and medicines is briefly presented. In Belgium alcohol is also the most common psychoactive substance in traffic (2.2-2.5%; BAC  $\geq$  0.5 g/l), closely followed by benzodiazepines (2.3%). The DRUID road side survey showed that medicine use in Belgian traffic (3.0%) is well above the European average (1.4%). However, drug use (0.6%) lies under the European average (1.9%). With respect to age, sex and time of detection the Belgian patterns correspond to the European picture. Just like alcohol, illicit drugs were more often found at night-time while psychoactive medicines were found more often during the day.

According to our estimate, each year approximately 3600 drivers which were hospitalized after an accident test positive for one or more psychoactive substances. Most of them test positive for alcohol (ca. 1960 alcohol only and, another 540 for a combination of alcohol and other psychoactive substances). Approximately 440 of the hospitalized drivers test positive for one of the illicit drugs, 560 drivers for one of the psychoactive medicines and around 100 drivers for a combination of different illicit drugs and/or medicines. We assume that this is an underestimation of the actual number of annual traffic victims who test positive for psychoactive substances because the hospital records which served as the basis for this calculation are in themselves already a slight underestimation of the total number of road casualties.

## Need for further research

Based on the results of this study and the current state of scientific research BRSI calls for further research in the following areas:

- Continuous monitoring of the problem situation in order to be able to evaluate the effects of measures; with additional attention to the combined use of drugs/medicines with alcohol.
- Further follow-ups of experiences abroad (e.g. legal regulations in other countries).
- Expanding the research on psychoactive medicines in traffic.

# Terminologie

BAC

Taux d'alcoolémie

DRUID

Projet de l'Union européenne « Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines »

MAIS

Maximum abbreviated injury score (échelle des traumatismes)

THC

Delta-9-tétrahydrocannabinol, principe actif du cannabis

THCCOOH

11-nor-9-carboxy-delta-9-tétrahydrocannabinol (métabolite inactif du THC)

## Abréviations des pays

AT	Autriche
BE	Belgique
CH	Suisse
CZ	Tchéquie
DE	Allemagne
DK	Danemark
EL	Grèce
ES	Espagne
FI	Finlande
FR	France
HU	Hongrie
IE	Irlande
IT	Italie
LT	Lituanie
NL	Pays-Bas
NO	Norvège
PL	Pologne
PT	Portugal
SE	Suède
SI	Slovénie
UK	Royaume Uni

**Groupes de substances dans l'étude DRUID**

Amphétamines	Amphétamine (nom de rue : speed), méthamphétamine (nom de rue : crystal meth), MDMA, MDA et MDEA (ces trois derniers étant connus sous le nom de rue « ecstasy » ou XTC)
Benzodiazépines	Diazépam (exemple de marque : Valium), nordazépam, oxazépam, lorazépam (exemple de marque : Temesta), alprazolam (exemple de marque : Xanax), flunitrazépam (exemple de marque : Rohypnol) et clonazépam (antiépileptique)
Cannabis	THC (nom de rue : weed, hash)
Cocaïne	Cocaïne et/ou benzoylecgonine (métabolite de la cocaïne)
Opiacés illicites	Héroïne (6-acétylmorphine), présence simultanée de morphine (concentration élevée) et de codéine
Opiacés médicaux	Morphine, codéine, méthadone et tramadol
Z-drugs	Zolpidem (exemple de marque : Stilnoct) et zopiclon (exemple de marque : Imovane)

# 1 Drogues, médicaments et sécurité routière

## 1.1 Qu'est-ce que la conduite sous l'influence de substances psychotropes ?

Les drogues et certains médicaments sont des substances psychotropes qui ont une influence sur la « psyché » du consommateur. Ces substances agissent donc sur le comportement ou la perception du consommateur et peuvent avoir un impact négatif sur les capacités de conduite. L'altération des capacités de conduite augmente le nombre d'accidents et représente un risque accru pour la sécurité routière. C'est pourquoi on considère la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments psychotropes, ainsi que la conduite sous l'influence d'alcool, comme un risque pour la sécurité routière. Ce risque est plus élevé en cas de consommation simultanée de plusieurs substances psychotropes (Schulze et al., 2012, SWOV, 2011a).

Dans la circulation routière, la substance psychotrope la plus fréquemment détectée est l'alcool, d'où la publication par l'institut Vias d'un dossier thématique spécial : « Dossier thématique Sécurité routière n° 13 Alcool » (Meesmann, Vanhoe & Opdenakker, 2017). Le présent rapport porte sur les drogues et les médicaments psychotropes dans la circulation.

En règle générale, les substances psychotropes sont définies comme des drogues lorsqu'elles sont illégales (exemple : cannabis<sup>9</sup>, cocaïne, amphétamine<sup>10</sup>, opiacés illicites tels que l'héroïne, etc.). Attention, la différence entre une drogue et un médicament n'est pas toujours liée à la substance elle-même puisque celle-ci peut se présenter sous forme de drogue illicite et de médicament (ex. opiacés). La différence est principalement déterminée par le contexte dans lequel la substance a été consommée. Dans le cas des médicaments, la consommation s'inscrit dans le cadre d'un traitement médical. Il ne faut pas oublier cependant qu'un patient a parfois besoin de médicaments pour rétablir ses capacités de conduite. D'autre part, il y a parfois un abus de médicaments, c'est-à-dire que ceux-ci sont consommés en dose élevée et de manière irrégulière, ce qui a des conséquences encore plus néfastes sur les capacités de conduite.

En matière de sécurité routière, la question des médicaments porte essentiellement sur les médicaments qui agissent sur le système nerveux central (médicaments psychotropes), comme les tranquillisants ou les antidépresseurs. Dans le cadre du projet européen DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines), les médicaments ont été classés en différents groupes selon leurs effets sur les capacités de conduite et le risque que cela représente. (voir aussi DRUID, système de classification des risques dans Álvarez, 2011).

## 1.2 Quelle est l'influence des drogues et des médicaments sur les capacités de conduite?<sup>11</sup>

L'effet des drogues et des médicaments psychotropes sur les capacités de conduite varie en fonction du type de substance, voire même au sein d'un même type.

Une revue de la littérature sur ce sujet (Leblud, 2017), effectuée dans le cadre du projet SafetyCube (Thomas & Talbot, 2018), a permis d'évaluer les effets des drogues licites et illicites sur le risque et la gravité des accidents. De manière globale, il a été conclu que les drogues avaient des effets négatifs pour la sécurité routière : la consommation de drogues augmente à la fois le risque et la gravité des accidents de la route. De plus, la consommation de drogues altère les performances de conduite. Enfin, la revue de la littérature a permis de montrer que la consommation simultanée de drogues et d'alcool avait des effets encore plus néfastes pour la sécurité routière.

Avec le cannabis, le consommateur se sent planer et peut ressentir des sensations d'euphorie, de détente et d'apathie. Le temps de réaction augmente, la coordination des mouvements est réduite et la mémoire est affectée. Par conséquent, certaines manœuvres de conduite complexes, qui nécessitent que l'attention soit portée sur plusieurs tâches, peuvent être moins bien exécutées. En général, les consommateurs de cannabis sont persuadés que le fait qu'ils soient conscients de la réduction de leurs capacités leur permet d'adapter leur

<sup>9</sup> THC ; nom de rue : weed, hash

<sup>10</sup> Nom de rue : speed

<sup>11</sup> Une grande partie de cette section a été reprise littéralement du SWOV-Factsheet « Rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen »

conduite, limitant ainsi les conséquences négatives sur celle-ci. Cependant, en cas de consommation combinée de cannabis et d'alcool, les capacités de conduite sont davantage altérées puisque les effets négatifs des deux substances se renforcent mutuellement (Robbe, 1994 ; Steyvers & Brookhuis, 1996 ; Shinar, 2006). Une étude épidémiologique confirme l'effet négatif d'une telle consommation combinée (Haworth et al., 1997 ; Drummer et al., 2004 ; Mathijssen & Houwing, 2005, Hels et al., 2011). Plusieurs méta-analyses ont prouvé que la conduite sous l'influence de cannabis double le risque d'accident mortel (Asbridge, 2011).

Les drogues stimulantes, telles que les amphétamines, l'ecstasy et la cocaïne, donnent l'impression d'avoir davantage d'énergie et occultent la sensation de fatigue. Le conducteur peut alors adopter une conduite plus téméraire, plus rapide et plus agressive. Il prend également plus de risques, alors qu'il a moins de contrôle sur son véhicule (Shinar, 2006).

Les médicaments peuvent aussi influencer les capacités de conduite, surtout les benzodiazépines (somnifères, tranquillisants et anxiolytiques), la codéine (par ex. dans les sirops contre la toux), les antidépresseurs, les antipsychotiques, les gouttes pour les yeux et les antihistaminiques de première génération. Leur consommation peut notamment induire la somnolence, la distraction, une baisse de la coordination et une réduction des capacités d'appréciation et de réaction. Leurs effets varient toutefois selon le type de benzodiazépines. On sait notamment que le diazépam<sup>12</sup>, le flurazépam<sup>13</sup>, le flunitrazépam<sup>14</sup> et le lorazépam<sup>15</sup> réduisent le contrôle sur le véhicule. Étant donné que les effets négatifs des benzodiazépines associés à l'alcool sont particulièrement forts, cette consommation combinée est déconseillée (voir par exemple Steyvers & Brookhuis, 1996 ; Shinar, 2006).

### 1.3 Prévalence observée

Les données les plus récentes et comparables sur la consommation de drogues sur le réseau routier européen ont été publiées dans le projet d'étude européen DRUID susmentionné. Ce projet est la plus grande étude au monde jamais réalisée dans le domaine de la conduite sous influence. Dans ce cadre, des mesures ont été effectuées entre 2007 et 2009 dans 13 pays européens afin de déterminer la consommation d'alcool, de médicaments et de drogues dans la circulation. Pour ce faire, des prélèvements sanguins ou salivaires ont été faits auprès de quelque 50 000 automobilistes<sup>16</sup> (les *DRUID road side surveys* ; Houwing et al., 2011a). Cette étude a révélé qu'en moyenne, sur tous les jours et les moments de la semaine, environ 7,43 % des automobilistes européens étaient positifs à une ou plusieurs substances psychotropes. Aucune substance psychotrope n'a été détectée dans 92,57 % des cas (voir le Tableau 1).

---

<sup>12</sup> également connu sous la marque : Valium

<sup>13</sup> également connu sous la marque : Staurodorm

<sup>14</sup> également connu sous la marque : Rohypnol

<sup>15</sup> également connu sous la marque : Temesta

<sup>16</sup> Conducteurs de voitures et de camionnettes

Tableau 1: Prévalence de substances psychotropes parmi les automobilistes européens (DRUID road side survey ; automobilistes ; 2007-2009). Source : Houwing et al., 2011a ; Infographie : l'institut Vias

Substance psychotrope		Prévalence estimée sur le réseau routier européen (N = 48 542)	
	Aucune substance psychotrope détectée	<b>92,57 %</b>	
<b>Consommation isolée</b>	Alcool	Alcool (BAC ≥ 0,1 g/l)	<b>3,48 %</b>
		Alcool (BAC ≥ 0,5 g/l)	<b>1,49 %</b>
	Drogues	Cannabis (THC)	<b>1,32 %</b>
		Cocaïne	<b>0,42 %</b>
		Amphétamines, ecstasy	<b>0,08 %</b>
		Opiacés illicites (ex. héroïne)	<b>0,07 %</b>
	Médicaments	Benzodiazépines	<b>0,90 %</b>
		Opiacés médicaux	<b>0,35 %</b>
Z-drugs (zopiclon, zolpidem)		<b>0,12 %</b>	
<b>Consommation combinée</b>	Drogues/médicaments	<b>0,39 %</b>	
	Alcool + drogues/médicaments	<b>0,37 %</b>	

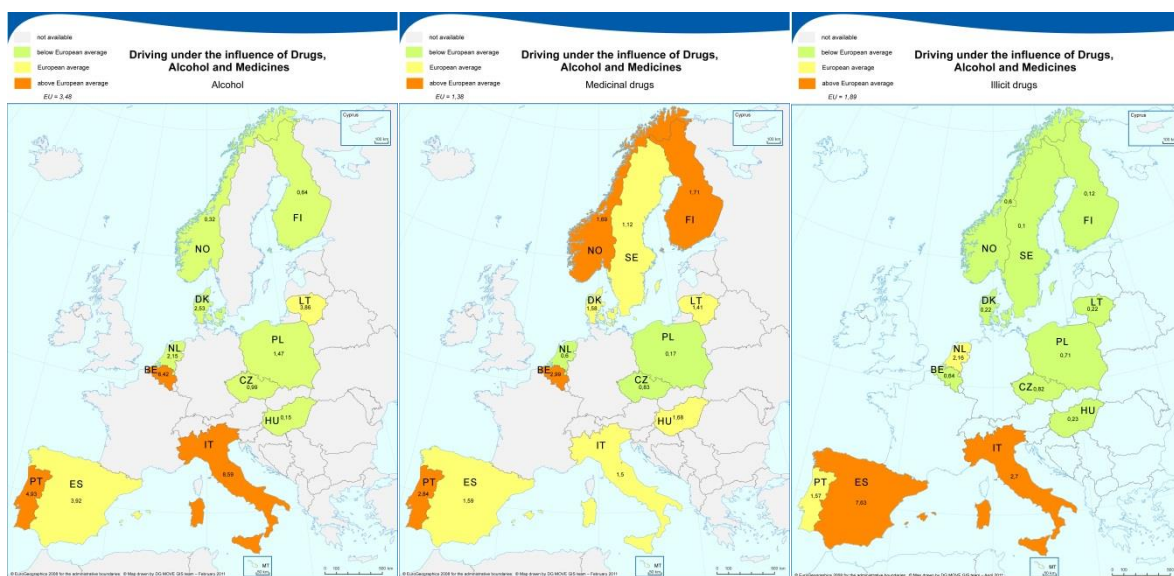
La définition exacte des groupes de substances et les valeurs limites analytiques se trouvent dans le chapitre terminologie de ce rapport.

L'étude DRUID a montré qu'on a essentiellement détecté de l'alcool (3,48 %) sur le réseau routier européen, puis des drogues (1,89 %) et des médicaments dangereux pour la conduite (1,38 %). Le cannabis (1,32 %) était la drogue la plus présente, tandis que les benzodiazépines (0,90 %) étaient les médicaments les plus fréquemment détectés.

Les paragraphes suivants abordent en détail la consommation de substances psychotropes sur le réseau routier européen d'après les résultats de l'étude DRUID.

### 1.3.1 Consommation en fonction de la région

La Figure 1 donne un aperçu de la consommation des trois groupes de substances (alcool, médicaments et drogues) par pays, ainsi que la proportion par rapport à la moyenne européenne.



Pays en verts : sous la moyenne européenne ; en jaune : dans la moyenne ; en orange : au-dessus de la moyenne européenne.

Figure 1: Répartition géographique de la conduite sous l'influence de l'alcool, de drogues et de médicaments en Europe (DRUID road side survey ; automobilistes ; 2007-2009). Source : Houwing et al., 2011a

La consommation de substances psychotropes sur le réseau routier européen varie considérablement en fonction des pays. Cependant, on peut dégager quelques constantes au niveau des régions européennes :

- La consommation d'opiacés médicaux et de Z-drugs dans la circulation est relativement élevée dans les pays d'Europe du Nord.

- La consommation de drogues illicites, d'alcool et de benzodiazépines est plus fréquente en Europe du Sud.
- Sur le réseau routier d'Europe de l'Est, la consommation de substances psychotropes est faible comparativement au reste de l'Europe.
- En Europe de l'Ouest, la consommation de substances psychotropes est dans la moyenne européenne.

Les constantes de consommation de drogues illicites et de médicaments psychotropes dans la circulation correspondent en grande partie aux constantes de consommation de toute la société (Ravera en De Gier, 2008). Par exemple, les Belges, qui consomment beaucoup de benzodiazépines, conduisent souvent sous l'influence de ces substances. Il ne s'agit pas d'une constante, étant donné que pour l'alcool par exemple, il existe une nette différence dans certains pays entre la « consommation globale d'alcool » et la « conduite sous l'influence de l'alcool ». En Finlande par exemple, la consommation globale d'alcool est élevée comparativement à d'autres pays européens, mais la prévalence de la conduite sous l'influence d'alcool est l'une des plus faibles d'Europe (Houwing et al., 2011a ; voir aussi le classement des pays dans Meesmann et al., 2013). Les autres facteurs qui déterminent la prévalence de la conduite sous l'influence de substances psychotropes sont, entre autres, la législation nationale, la politique criminelle et les différences de répartition de la population de conducteurs en fonction du sexe et de l'âge.

Le Tableau 2 ci-dessous reprend les résultats des 13 pays participants. Pour les interpréter, il est important de savoir qu'en cas de consommation combinée de plusieurs substances, les résultats sont uniquement repris dans la catégorie alcool-drogues (en cas de consommation combinée d'alcool et d'une ou plusieurs drogues ou de médicaments) ou drogues-drogues (en cas de consommation combinée de plusieurs drogues ou médicaments sans détection d'alcool). Les conducteurs qui ont par exemple consommé de l'alcool et de la cocaïne sont uniquement repris dans la catégorie alcool-drogues. Dans le cadre de ce projet, la valeur limite analytique pour l'alcool était de 0,1 g/l, soit 5 fois moins que la limite légale belge. Cela s'explique par le fait que l'étude DRUID avait d'abord pour but de prouver la présence de la substance plutôt que le respect de la législation nationale spécifique, qui varie entre les pays. La valeur limite analytique a été fixée à BAC 0,1 g/l afin d'avoir la garantie que les laboratoires de tous les pays participants puissent révéler la présence de la substance à un niveau fiable (idem pour les autres substances ; pour de plus amples informations sur les valeurs limites, consultez également l'annexe). Les moyennes pondérées européennes se trouvent sur la dernière ligne.

Tableau 2: Pourcentage de conducteurs dans la population globale répartis en groupes s'excluant mutuellement selon la consommation d'une ou plusieurs substances et pourcentage global par substance pour la Belgique (N= 48.542 ; DRUID road side survey ; 2007-2009). Source : Houwing et al., 2011a In : Silverans et al., 2012

	Négatif	Consommation isolée de substances psychotropes									Consommation combinée		
		Alcool ≥ 0,1 g/l*	Alcool ≥ 0,5 g/l	Cannabis (THC)	Cocaïne	Amphétamine	Opiacés illicites	Benzodiazépines	Z-drugs	Opiacés médicaux	Alcool-drogues	Drogues-drogues	
<b>Europe du Nord</b>	DK	95,52	2,53	<i>0,48</i>	0,2	-	0,02	-	0,47	0,32	0,79	0,1	0,06
	FI	97,15	0,64	<i>0,26</i>	0,04	0,03	0,05	-	0,79	0,36	0,56	0,08	0,29
	NO	97,03	0,32	<i>0,06</i>	0,48	0,06	0,06	-	0,84	0,69	0,16	0,07	0,28
	SE	98,66	N/A*	<i>N/A*</i>	0,03	-	0,07	-	0,19	0,31	0,63	N/A	0,12
<b>Europe de l'Est</b>	CZ	97,2	0,99	<i>0,45</i>	0,46	-	0,36	-	0,62	-	0,21	0,05	0,11
	HU	97,68	0,15	<i>0,1</i>	0,19	0,04	-	-	1,5	0,07	0,11	-	0,27
	LT	94,49	3,86	<i>2,31</i>	-	-	0,22	-	1,41	-	-	0,03	-
	PL	97,63	1,47	<i>0,58</i>	0,57	-	0,05	0,09	0,14	-	0,03	-	0,02
<b>Europe du Sud</b>	ES	85,15	3,92	<i>1,61</i>	5,99	1,49	0,11	0,05	1,4	-	0,19	1,14	0,57
	IT	84,99	8,59	<i>5,24</i>	1,15	1,25	-	0,3	0,97	-	0,53	1,01	1,22
	PT	90,01	4,93	<i>1,22</i>	1,38	0,03	-	0,15	2,73	-	0,11	0,42	0,23
<b>Europe de l'Ouest</b>	NL	94,49	2,15	<i>0,61</i>	1,67	0,3	0,19	0,01	0,4	0,04	0,16	0,24	0,35
	BE	89,35	6,42	<i>2,15</i>	0,35	0,2	-	0,09	2,01	0,22	0,75	0,31	0,3
<b>Moyenne de l'UE</b>			3,48	<i>1,49</i>	1,32	0,42	0,08	0,07	0,9	0,12	0,35	0,39	0,37

\* En Suède, les tests ne portaient pas sur l'alcool ; les drogues font référence ici aux drogues/médicaments ; la colonne « alcool ≥ 0,5 g/l » est en italique étant donné que la colonne « alcool ≥ 0,1 g/l » reprend aussi ce groupe.

### 1.3.2 Consommation en fonction du sexe et de l'âge

Dans tous les pays participants, ce sont surtout les conducteurs de sexe masculin qui conduisent sous l'influence d'alcool. Dans la plupart des pays, c'est parmi les automobilistes de 35 ans et plus, que la consommation d'alcool était la plus élevée tant pour les femmes que pour les hommes.

La consommation de drogues (tant isolée que combinée) était la plus élevée dans le groupe des jeunes hommes. En ce qui concerne le cannabis, plus le conducteur était jeune, plus la consommation était élevée. Cependant, la consommation de cocaïne et d'amphétamines était également élevée chez les conducteurs de sexe masculin dans la catégorie 25-34 ans. Pour l'héroïne, la consommation a atteint un pic chez les conducteurs de sexe masculin dans la catégorie 35-49 ans, sauf en Belgique, où elle concerne essentiellement la catégorie 18-24 ans. Toutefois, il ne s'agit que d'un groupe relativement restreint étant donné que la consommation d'héroïne est assez rare sur le réseau routier européen.

Contrairement aux drogues, la consommation de médicaments était relativement fréquente chez les conductrices. Cependant, on a constaté une constante inverse, à savoir que la consommation augmentait avec l'âge, à l'exception de l'Italie où la consommation de benzodiazépines concernait souvent les jeunes hommes.

### 1.3.3 Consommation en fonction du jour et du moment de la semaine

La consommation d'alcool dans la circulation atteint son pic le week-end et pendant la nuit en semaine.

La consommation de drogues est détectée tous les jours, à tout moment. Cependant, elle atteint son niveau le plus élevé le week-end. La situation en Belgique est comparable à la situation européenne, même si la proportion de consommateurs de cocaïne est plus élevée pendant la nuit en semaine que le week-end.

La consommation de médicaments dangereux pour la conduite est essentiellement constatée en semaine, surtout la journée. Elle est rare pendant la nuit.

## 1.4 Prévalence auto rapportée

Le projet de recherche ESRA est une initiative conjointe des centres de recherche et instituts de sécurité routière menée pour l'instant dans 38 pays à travers le monde. Le projet a été initié et est coordonné par l'institut Vias. Ce projet vise à collecter des données de comparaison internationales sur les opinions, les attitudes et le comportement des usagers de la route en matière de sécurité routière. L'étude ESRA s'appuie sur une enquête en ligne menée auprès d'un échantillon représentatif de la population nationale adulte (au moins 1 000 personnes interrogées par pays). La première édition de l'enquête - ESRA1 - a collecté des données en deux vagues (juin 2015 et novembre 2016) chez près de 27 000 usagers de la route issus de 25 pays<sup>17</sup>. Dans le questionnaire figuraient plusieurs questions relatives à la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments. Il ressort de l'étude ESRA que 11 % de l'ensemble des conducteurs participants admettent avoir pris le volant au moins une fois au cours des 12 derniers mois après avoir consommé des drogues illicites.

### 1.4.1 Comportement auto-rapporté en fonction de la région

La Figure 2 illustre le comportement auto-rapporté de conduite sous influence de drogues (au moins une fois) au cours des 12 derniers mois au sein de 17 pays européens (Achermann, 2016). On constate que la proportion des répondants varie fortement entre les pays interrogés, passant de 3% en Finlande à 16% en France. La moyenne européenne, quant à elle, se situe à 11%. Le phénomène de conduite sous influence de drogues varie donc fortement entre les pays européens.

---

<sup>17</sup> Dont 15 000 automobilistes réguliers



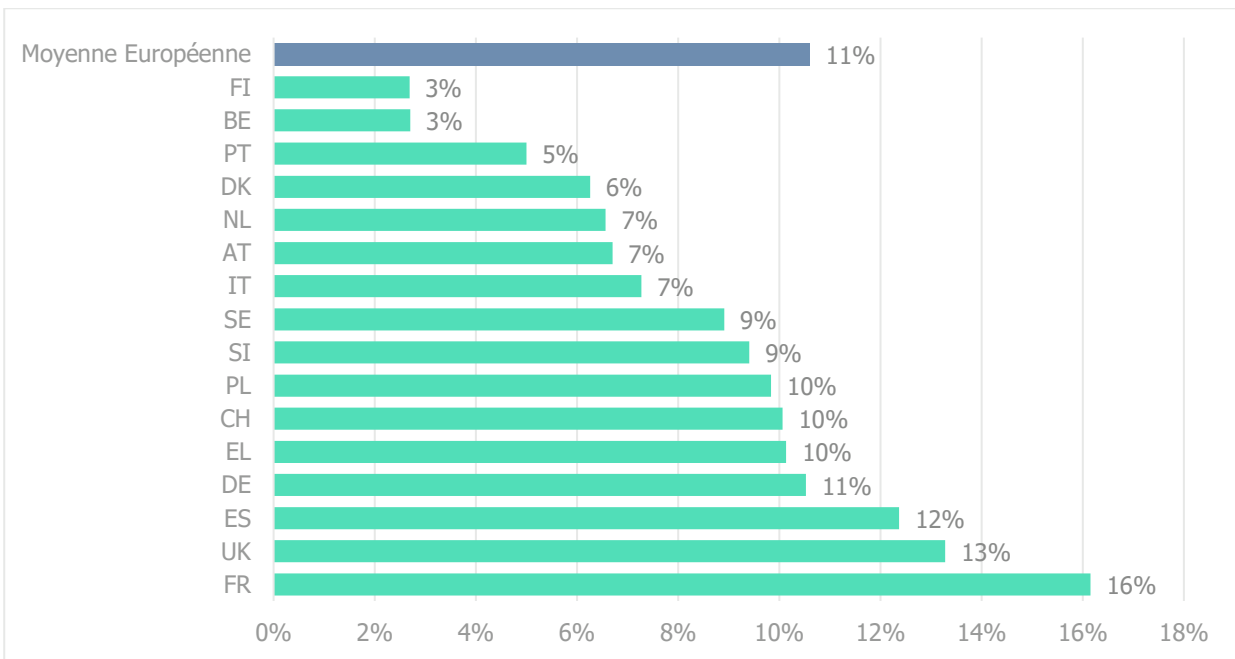


Figure 2: Comportement auto-rapporté de conduite sous l'influence de drogue par pays européen (% ayant conduit au moins une fois au cours des 12 derniers mois). Source : ESRA, 2015

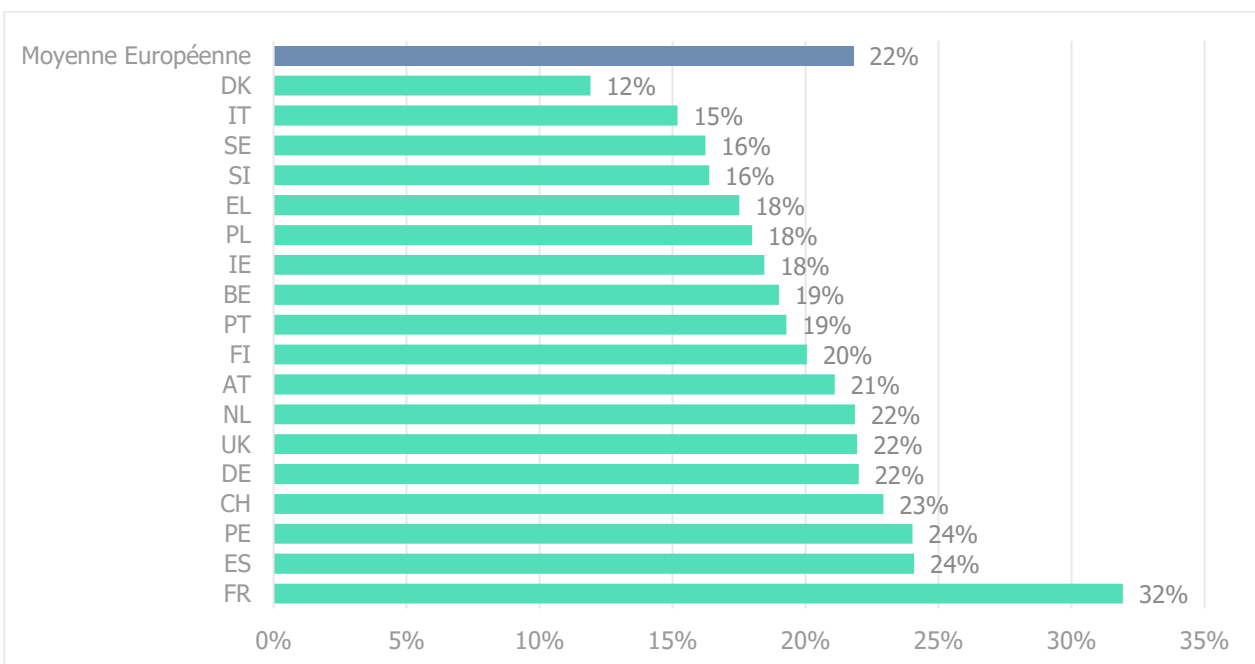


Figure 3: Comportement auto-rapporté de conduite sous l'influence de médicaments pouvant altérer la capacité de conduire par pays européen (% ayant conduit au moins une fois au cours des 12 derniers mois). Source : ESRA, 2015

La même question a été posée par rapport à la conduite après avoir consommé des médicaments pouvant altérer la capacité de conduire (Figure 3). Les résultats sont éloquentes : en moyenne en Europe, 22% des personnes interrogées ont déclaré avoir conduit au moins une fois (lors des 12 derniers mois) après la prise de ces médicaments. La France obtient la plus grande proportion de répondants positifs, avec 32% des personnes interrogées. Le Danemark obtient le score le plus faible, 12%. Ce comportement semble donc être très fréquent à travers toute l'Europe.

### 1.4.2 Risque subjectif d'être contrôlé par la police

La Figure 4 illustre le risque subjectif d'être contrôlé par la police lors d'un déplacement habituel pour tester la consommation de drogues. On constate que ce risque subjectif varie énormément entre les différents pays d'Europe. En effet, si seulement 1% des danois pense pouvoir être contrôlé pour consommation de drogues,

cette proportion atteint 22% en France. La pression subjective des contrôles varie donc énormément en fonction du pays considéré.

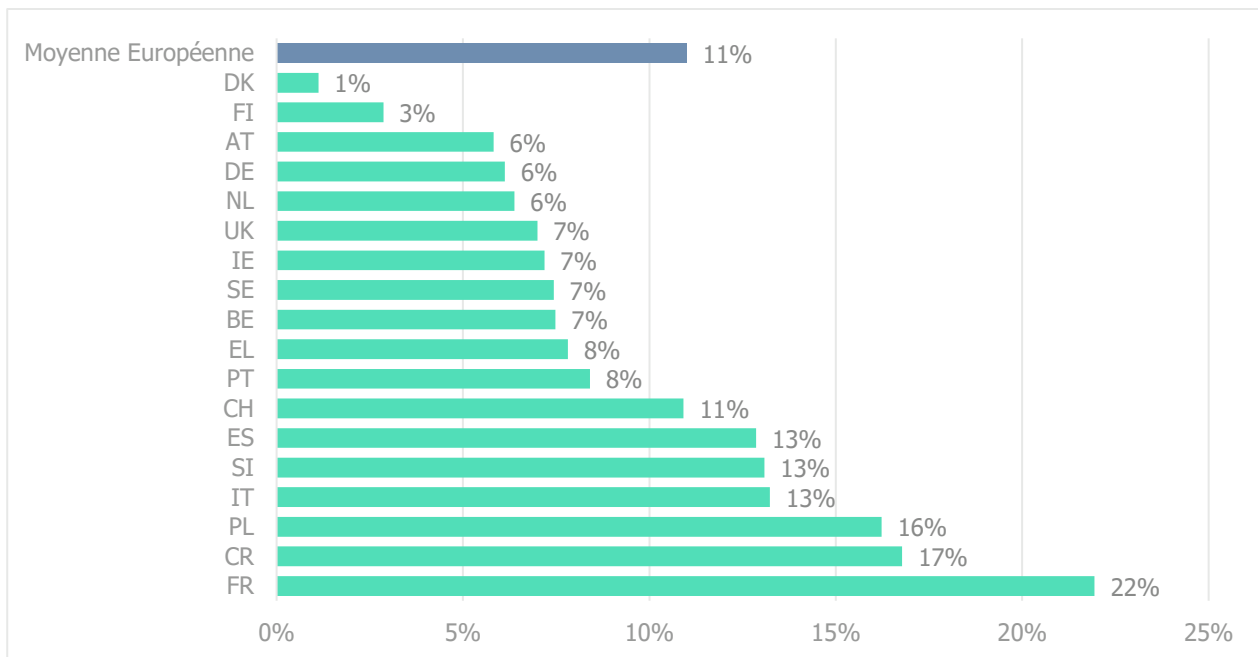


Figure 4: Risque subjectif d'être contrôlé par la police pour consommation d'alcool et de drogues. Somme des gens ayant sélectionné 4 (grande) et 5 (très grande chance) sur une échelle de 1 (très petite chance) à 5 (très grande chance). Source : ESRA, 2015

## 1.5 Nombre de victimes

On peut difficilement déterminer si un accident a été provoqué par la conduite sous l'influence de drogues illicites ou de médicaments. Non seulement les usagers de la route sont rarement contrôlés pour détecter la consommation de drogues et/ou de médicaments (Houwing, 2013), mais le lien causal entre la substance et l'accident n'est pas toujours établi. Par conséquent, il est difficile d'estimer le nombre de victimes sur les routes européennes dues à la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments.

L'étude DRUID portait sur la prévalence des substances psychotropes dans la circulation, mais aussi sur la prévalence chez les conducteurs gravement blessés qui ont été hospitalisés (Isalberti et al., 2011). Dans le cadre de cette étude, on a étudié des panels d'automobilistes<sup>18</sup> gravement blessés<sup>19</sup> dans six pays et des panels de conducteurs décédés dans quatre pays. La consommation de substances psychotropes, considérable, se situait entre 27,8 (Lituanie) et 52,6 % (Belgique) dans le groupe des automobilistes gravement blessés, et entre 30,5 % (Suède) et 47,7 % (Portugal) dans le groupe des conducteurs décédés.

Cependant, cette étude ne nous donne aucune information sur le nombre « d'autres » victimes, telles que les passagers ou les autres usagers de la route blessés impliqués dans l'accident. Elle ne nous indique pas non plus si l'accident a été causé par la conduite sous influence.

Le tableau 3 reprend la prévalence des substances psychotropes chez les automobilistes gravement blessés et décédés. Ces chiffres tiennent compte tant de la consommation isolée que de la consommation combinée de substances spécifiques.

<sup>18</sup> Conducteurs de voitures et de camionnettes

<sup>19</sup> Maximum Abbreviated Injury Score (MAIS)  $\geq 2$  ; cela correspond par exemple à un bras cassé

Tableau 3: Prévalence de substances psychotropes chez les automobilistes gravement blessés et décédés (N=2.492 ; étude hospitalière DRUID ; automobilistes ; 2007-2010). Source : Isalberti et al., 2011 ; Infographie : l'institut Vias

		Automobilistes gravement blessés						Automobilistes décédés			
		BE	DK	FI	IT	LT	NL	FI	NO	PT	SE
<b>Positif pour une ou plusieurs substances</b>		52,6	30,3	44,7	32	27,8	33,9	42,3	40	47,7	30,5
Alcool	Alcool ≥ 0,1 g/l*	42,5	19,7	32,1	23,1	17,7	29,6	31,4	25,4	44,9	19,0
	Alcool ≥ 0,5 g/l*	38,2	17,8	30,2	20,6	16,1	28,0	29,3	23,8	35,1	16,3
Drogues illicites	Cannabis*	7,6	1,3	5,7	3,7	0,5	0,5	1,3	6,1	0,0	1,3
	Cocaïne*	3,8	1,3	0,0	5,4	0,5	4,8	0,0	0,6	1,4	1,3
	Opiacés illicites (ex. héroïne)*	0,6	0,5	0,0	2,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Amphétamines*	2,6	4,2	3,7	0,1	0,5	2,1	2,1	7,4	0,0	6,6
Médicaments	Benzodiazépines*	7,3	6,7	10,2	0,7	3,6	0,0	13,3	9,7	1,8	3,9
	Opiacés médicinaux*	3,3	4,2	4,0	3,7	7,8	0,5	2,1	1,7	2,1	4,1
	Z-drugs*	1,7	1,2	3,8	0,0	0,0	0,5	3,0	4,4	0,0	3,2
Consommation combinée	Alcool et drogues/médicaments	13,2	5,4	10,6	4,6	2,3	4,3	7,2	7,9	6	4,3
	Plusieurs drogues/médicaments	2,5	3,5	4,3	2,5	0,8	0,5	1,5	7,3	0,4	4,3

\*Consommation isolée et consommation combinée

Dans les pays qui ont participé à cette étude, l'alcool était la substance psychotrope la plus fréquemment observée chez les conducteurs gravement blessés ou décédés. Les drogues illicites et les médicaments étaient nettement moins fréquents. La prévalence des drogues illicites et de médicaments chez les conducteurs blessés variaient entre les pays, tout comme la consommation globale de ces substances dans la circulation.

Les accidents se sont essentiellement produits la nuit, tant en semaine que le week-end. En général, ce sont surtout les conducteurs de sexe masculin gravement blessés ou décédés, entre 25 et 34 ans, qui ont été testés positifs aux substances psychotropes, mais le sexe et l'âge varient en fonction de la substance. On a essentiellement détecté tant de l'alcool que des drogues illicites chez les jeunes conducteurs blessés de sexe masculin. Des médicaments ont également été détectés chez les conducteurs gravement blessés ou décédés de sexe féminin et plus âgés (Isalberti et al., 2011 In: Schulze et al., 2012).

## 1.6 Risque d'accidents graves<sup>20</sup>

En comparant la consommation de drogues et de médicaments psychotropes dans la circulation (prévalence globale) à leur consommation par des conducteurs gravement blessés et décédés, nous obtenons une indication du risque relatif que courent les conducteurs sous l'influence de ces substances par rapport aux conducteurs sobres. Le Tableau 4 reproduit les résultats de l'étude DRUID, en associant les risques relatifs d'accident grave ou mortel (Hels et al., 2011).

<sup>20</sup> Une grande partie de cette section provient de la SWOV-Factsheet « Rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen »

Tableau 4: Risque relatif d'accident grave ou mortel des substances psychotropes dans la circulation (DRUID road side survey et étude hospitalière ; automobilistes ; 2007-2010). Source : Hels et al., 2011 In : SWOV, 2011a

Niveau de risque	Risque relatif d'accident grave	Substance psychotrope
Risque modérément accru	1-3x	Alcool (BAC $\geq$ 0,1 – 0,5 g/l g/l)
		Cannabis (THC)
Risque moyennement accru	2-10x	Alcool (BAC $\geq$ 0,5 – 0,8 g/l)
		Cocaïne
		Opiacés illicites (ex. héroïne)
		Benzodiazépines et Z-drugs
		Opiacés médicaux
Risque fortement accru	5-30x	Alcool (BAC $\geq$ 0,8 – 1,2 g/l)
		Amphétamines, ecstasy
		Consommation de plusieurs drogues
Risque très fortement accru	20-200x	Alcool (BAC $\geq$ 1,2 g/l)
		Consommation combinée alcool-drogues

### Consommation combinée d'alcool et de drogues

En cas de consommation combinée de plusieurs drogues, médicaments psychotropes et/ou alcool, le risque d'accident grave s'accroît très fortement. D'après les résultats de l'étude DRUID, le risque de consommation combinée d'alcool et de drogues est considéré comme extrêmement élevé : de 20 à 200 fois plus élevé. Cela équivaut au risque d'accident grave en cas de BAC de 1,2 ‰ ou plus. En cas de consommation de plusieurs drogues, le risque d'accident grave ou mortel est multiplié par 5 à 30 en comparaison avec celui d'un conducteur sobre.

### Consommation isolée de drogues

Pour le cannabis, on a constaté un risque modérément accru (risque multiplié par 1 à 3), comparable à un BAC de 0,1 à 0,5 ‰ d'alcool.

Pour la cocaïne et les opiacés illicites (héroïne), le risque est moyennement accru (risque multiplié par 2 à 10), comparable à un BAC de 0,5 à 0,8 ‰.

D'après les résultats de l'étude DRUID, le risque lié à la consommation d'amphétamines, relativement élevé, est comparable à un BAC d'environ 0,8 à 1,2 ‰. Cependant, des études expérimentales menées dans le cadre de ce projet DRUID n'ont montré aucune diminution importante des capacités de conduite liée aux amphétamines. Selon les chercheurs concernés, la différence entre ces résultats peut s'expliquer par le fait que la dose d'amphétamines consommée dans la circulation est supérieure à celle des études expérimentales. De plus, ils estiment également que l'accroissement du risque peut en partie s'expliquer par la fatigue que ressentent les consommateurs lorsque les amphétamines ne font plus effet (voir aussi Ramaekers, 2011).

### Consommation de médicaments

Pour les somnifères et les tranquillisants (benzodiazépines), ainsi que les antalgiques forts (opiacés médicaux), le projet DRUID a révélé un accroissement du risque comparable à un BAC de 0,5 à 0,8 ‰ (risque multiplié par 2 à 10). Toutefois, une étude expérimentale a montré que le risque couru par les consommateurs occasionnels et débutants était plus élevé que le risque couru par les consommateurs chroniques (Verster & Ramaekers, 2009).

De plus, on constate de grandes différences au sein d'un même groupe de médicaments. Une étude récente (Ravera et al., 2011) n'a par exemple révélé un accroissement du risque que pour les benzodiazépines qui sont consommés en tant que somnifères et ont une durée d'action moyenne (ex. Nitrazépam<sup>21</sup> et Lorazépam<sup>22</sup>). En revanche, cette étude n'a permis de constater aucun accroissement du risque (significatif) pour les autres types de benzodiazépines, mais a révélé un accroissement du risque significatif pour les ISRS<sup>23</sup>. Cependant, ce type d'anxiolytiques n'est pas repris dans la « DRUID road side survey », ni dans l'étude hospitalière DRUID. Le problème de la consommation illégale et/ou abusive se pose également, surtout dans

<sup>21</sup> Exemple de marque : Mogadon

<sup>22</sup> exemple de marque : Temestra

<sup>23</sup> Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : sous-groupe d'antidépresseurs ayant un effet agoniste lié au blocage de la recapture de la sérotonine dans les neurones.

le cas des benzodiazépines. En règle générale, il est alors question de doses supérieures aux doses thérapeutiques ou de consommation combinée avec de l'alcool et/ou des drogues.

## 1.7 Détection de drogues et de médicaments dans la circulation<sup>24</sup>

Dans la pratique, la consommation récente de drogues et de médicaments dangereux pour la conduite est prouvée par des prélèvements sanguins ou salivaires (Veisten et al., 2011). D'autres méthodes, comme les tests capillaires, urinaires et de sueur, peuvent certes prouver la consommation de drogues, mais leur fenêtre de détection est plus importante (voir aussi : Verstraete, 2004). Cela signifie que si l'on détecte encore des traces de drogues ou de médicaments, on ne peut pas établir clairement si cette personne est encore sous influence ou a récemment consommé des substances psychotropes. Par conséquent, en fonction du cadre légal qui détermine si la conduite sous influence ou la présence d'une substance psychotrope est interdite, on privilégie l'une ou l'autre méthode de détection. De plus, en ce qui concerne les tests urinaires, ils peuvent difficilement être effectués en rue dans le cadre de contrôles de police et peuvent être sujets à la fraude. Ils portent également atteinte à l'intégrité physique, comme les prélèvements sanguins.

Les tests sanguins sont relativement onéreux et ne peuvent pas être effectués en rue par un agent de police. La plupart des drogues peuvent être détectées dans le sang jusqu'à environ 24 heures après la consommation. Certaines drogues, comme l'héroïne, ne sont détectables dans le sang que pendant une à deux heures après la consommation, alors qu'elles influencent plus longtemps les capacités de conduite.

Ces dernières années, les tests salivaires ont connu une évolution rapide. Contrairement aux tests sanguins et urinaires, ils ne portent pratiquement pas atteinte à l'intégrité physique, peuvent être assez facilement effectués par un agent de police en rue, sont moins sensibles à la fraude que les tests urinaires et produisent moins souvent un faux résultat positif. Les prélèvements salivaires ont la même fenêtre de détection courte que les prélèvements sanguins. En principe, ils permettent donc de détecter une consommation de drogues récente. Cependant, certaines drogues, comme le cannabis (THC) et l'ecstasy (MDMA), inhibent les sécrétions salivaires, si bien qu'il est difficile d'obtenir un prélèvement suffisant. De plus, la sensibilité des tests salivaires à certaines drogues laisse encore à désirer (Verstraete & Raes, 2006, Blencowe et al., 2010), mais la question est de savoir si cet inconvénient l'emporte sur les avantages précités. Dès lors, ils semblent adaptés en tant que technique de pré-sélection (test de dépistage). Pour obtenir une preuve légale (supplémentaire), la police peut exiger un prélèvement sanguin ou une analyse salivaire si l'on soupçonne la consommation de drogues.

Outre la présence de substances dans le corps, les contrôles se basent également sur les caractéristiques physiques liées à la consommation de drogues (pupilles dilatées, yeux injectés de sang ou mouvements de mastication) et sur des exercices vérifiant la bonne coordination des mouvements. Ce type de tests permet généralement de donner une indication supplémentaire sur l'altération des capacités de conduite, soit la « conduite sous influence », et pas uniquement sur la présence de la substance. En Europe, ces tests sont davantage effectués en Belgique, au Portugal et en Suède, par des policiers ayant suivi une formation spéciale. Les résultats de l'étude DRUID (Blencowe et al., 2010) révèlent que les policiers ordinaires, non formés, ne sont pratiquement pas en mesure d'identifier les consommateurs de drogues d'après les caractéristiques physiques lors de contrôles (d'alcoolémie) classiques. De meilleurs résultats pourraient être obtenus si les policiers étaient mieux formés et plus expérimentés.

Une analyse des coûts et bénéfices d'une politique de lutte contre la drogue dans la circulation (Veisten et al., 2011) montre qu'une intensification de celle-ci à l'aide de tests salivaires peut être rentable (sur le plan économique pour la société). Cela s'applique principalement aux pays où le niveau de contrôle est faible jusqu'à présent. L'étude a comparé la situation aux Pays-Bas, en Belgique et en Finlande, les Pays-Bas ayant le niveau le plus faible et la Finlande le niveau le plus élevé. Dans cette comparaison, la Belgique occupait une position intermédiaire. Ensuite, d'après cette étude, un renforcement important des contrôles a été recommandé pour les Pays-Bas, un renforcement moyen pour la Belgique et un léger renforcement pour la Finlande. La rentabilité dépend également de la qualité du test salivaire. Les contrôles non sélectifs de grande ampleur ont l'effet dissuasif le plus important. Cependant, ils ne sont pas réalisables dans la pratique, étant donné que les appareils sont trop onéreux et qu'il faut trop de temps pour procéder aux prélèvements et aux analyses. Par conséquent, une présélection basée sur certaines caractéristiques spécifiques de la prévalence, telles que le moment, le lieu et le groupe-cible, pourrait améliorer l'effet des contrôles. Les auteurs soulignent que le bénéfice en termes de sécurité obtenue grâce au renforcement de la lutte contre la drogue décroît lorsque cette lutte porte préjudice aux contrôles du taux d'alcoolémie, vu que l'alcool reste la substance la plus fréquemment détectée chez les conducteurs et qu'il implique le risque le plus élevé d'accident grave.

<sup>24</sup> Une grande partie de cette section provient littéralement du SWOV-Factsheet « Rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen »

## 2 Mesures<sup>25</sup>

Les mesures classiques visant à influencer sur un comportement (dangereux) dans la circulation se résument généralement à l'approche traditionnelle des « 3 E » : « enforcement » (ex. législation, mise en application, retrait du permis de conduire), « education » (ex. sensibilisation, éducation, réhabilitation) et « engineering » (ex. interventions techniques sur le véhicule ou sur l'infrastructure). En général, nous constatons que les mesures actuelles de lutte contre la conduite sous influence portent essentiellement sur la consommation d'alcool, et moins sur la consommation de drogues et de médicaments. Pourtant, il est possible d'adopter des mesures visant à réduire la consommation de drogues et de médicaments dangereux pour la conduite. La plupart des mesures se concentrent sur la politique criminelle et la législation (enforcement) dans le cas des drogues illicites et sur la sensibilisation et l'éducation dans le secteur de la santé dans le cas des médicaments (Schulze et al., 2012).

Le récapitulatif suivant des mesures éventuelles est principalement basé sur les recommandations DRUID en ce qui concerne la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments (Schulze et al., 2012 ; EMCDDA, 2012).

### Approche légale de la conduite sous l'influence de drogues illicites

Dans la discussion sur la politique criminelle en matière de conduite sous influence, il convient de faire une distinction entre deux concepts de base : (1) les « valeurs limites absolues » et (2) l'approche de « l'altération des capacités ». Un exemple de limite absolue est la loi en matière d'alcool. Dans la plupart des pays européens, la conduite est légalement interdite à partir d'un BAC de 0,5 g/l, que le conducteur présente des signes d'altération des capacités de conduite ou non avec ce taux d'alcoolémie. Dans certains pays, cette approche en termes de valeurs limites est associée à une approche de « l'altération des capacités de conduite » afin de pouvoir appliquer une gradation de sanctions plus lourdes. Cela signifie que la conduite sous influence au-delà d'une certaine valeur limite est interdite et que des sanctions plus lourdes supplémentaires peuvent également suivre si la personne présente également des signes d'ébriété. Dans le projet DRUID, cette approche combinée a été recommandée dans le cadre de la politique criminelle en matière de conduite sous l'influence de drogues illicites, afin de pouvoir appliquer des sanctions graduées : plus légères en cas de détection de la substance et plus lourdes si le conducteur a également donné l'impression que ses capacités de conduite étaient altérées par la consommation de drogues (Schulze et al., 2012).

### Valeurs limites absolues pour la consommation de drogues illicites dans la circulation

En ce qui concerne les valeurs limites, une autre distinction est faite entre les trois approches suivantes : (1) les valeurs limites liées au risque et (2) au comportement ou (3) la tolérance zéro.

Sur le plan de la sécurité, il serait préférable, comme pour l'alcool, d'appliquer des « limites liées au risque » pour les drogues. Les limites liées au risque impliquent que la consommation de drogues n'est punissable qu'au-delà d'une certaine concentration, dont il a été prouvé scientifiquement qu'elle influence le risque d'accident de manière inacceptable. Cependant, ces limites sont plus difficiles à déterminer pour les drogues que pour l'alcool. En effet, plusieurs drogues provoquent un risque d'accident différent en fonction de la concentration et des combinaisons. Par conséquent, il devrait y avoir plusieurs limites, ce qui rend cette réglementation très complexe et confuse dans la pratique.

Une autre possibilité consiste à déterminer des « limites liées au comportement », fondées par exemple sur des études expérimentales. Les Pays-Bas ont ainsi adopté une proposition de loi introduisant des limites légales pour la consommation de drogues dans la circulation à partir du 1er juillet 2015. Ces limites sont liées au comportement, c'est-à-dire qu'on part du principe qu'au-delà d'une certaine valeur, les capacités de conduite sont altérées, que ces personnes aient ou non provoqué des accidents. À la demande du ministère néerlandais de la Justice, un panel d'experts néerlandais et étrangers a émis une proposition de limites pour onze substances différentes pouvant indiquer une consommation récente de cinq drogues différentes (groupes de substances) (GHB, cannabis, amphétamines, héroïne et cocaïne). Pour ce faire, ils se sont basés sur des études expérimentales et épidémiologiques, pour lesquelles les études DRUID ont été utilisées en grande partie. Une « tolérance zéro » (soit les limites les plus basses pouvant être mesurées)<sup>26</sup> s'applique à la consommation de ces cinq drogues associée à la consommation d'alcool, en raison du risque élevé que cette combinaison présente.

<sup>25</sup> Une partie de cette section provient littéralement du SWOV-Factsheet « Rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen » et du texte web du SWOV sur le projet DRUID : <http://www.swov.nl/druid/>

<sup>26</sup> Ces « limites de tolérance zéro » ont été ajoutées ultérieurement à la proposition de loi en raison du risque élevé de la consommation combinée de drogues et d'alcool.

Une approche de « tolérance zéro » signifie que la présence d'une substance dans le corps du conducteur n'est pas tolérée. En règle générale, on fait alors référence à des concentrations pouvant être détectées par tous les laboratoires nationaux agréés avec une certitude scientifique. Concrètement, il s'agit des concentrations les plus faibles pouvant être détectées avec une certitude scientifique.

### **Détection et politique criminelle en matière de drogues illicites dans la circulation**

Pour l'alcool, il existe des tests d'haleine pratiques et fiables. La consommation de drogues dans la circulation peut certes être détectée avec des tests salivaires, mais leur fiabilité n'est pas encore optimale (Verstraete & Raes, 2006, Blencowe et al., 2010). Dans le projet DRUID, huit tests salivaires ont été étudiés. Leur sensibilité à certaines drogues, comme la cocaïne et le cannabis (THC), s'est avérée faible à faible concentration. De plus, les tests salivaires ne permettent pas de détecter des substances telles que le GHB, le LSD ou la kétamine. Les observations et les constatations du policier restent donc essentielles. Par conséquent, en plus de l'amélioration des tests de dépistage, les chercheurs du projet DRUID recommandent également de former correctement les policiers (Blencowe et al., 2010).

Malgré les coûts relativement élevés, les contrôles de la consommation de drogues avec des tests salivaires sont surtout rentables dans les pays où le niveau de contrôle est faible. Dans le cadre de la politique criminelle en matière de consommation de drogues dans la circulation, il est judicieux d'orienter cette politique (contrôles) sur les groupes qui présentent le risque le plus élevé, comme les polyconsommateurs (ex. contrôles à proximité des festivals ou des discothèques ; contrôles plus approfondis des drogues en cas de test positif à l'alcool). Cependant, il est important de ne pas perdre de vue qu'il y a beaucoup moins de victimes de la route à cause de la consommation de drogues et de médicaments que de la consommation d'alcool. Un renforcement de la politique de lutte contre les drogues ne doit jamais porter préjudice à la politique criminelle en matière d'alcool (pour de plus amples informations : chapitre 1.6 « Détection des drogues et des médicaments dans la circulation »).

### **Connaissances et attitudes à l'égard des drogues dans la circulation**

Une étude européenne montre que ce sont surtout les jeunes hommes qui estiment que la conduite sous influence est plutôt acceptable, davantage que les jeunes femmes. Les jeunes qui n'ont pas le permis de conduire trouvent également plus acceptable de conduire sous influence que les jeunes qui sont en possession d'un permis de conduire (Touliou et al., 2011).

Une étude néerlandaise prouve que les connaissances des jeunes sur les drogues sont relativement limitées. Un grand groupe d'entre eux (estimé à 80 %) n'a pas conscience des conséquences que peut avoir la consommation de drogues dans la circulation. Les connaissances des jeunes à cet égard sont basées sur leurs propres expériences. Chaque année, une association regroupant des jeunes néerlandais luttant pour la sécurité routière 'TeamAlert' organise la « Witte-Waas Campagne » (SWOV, 2011a). Les collaborateurs de cette campagne soulignent qu'une grande partie des jeunes préfèrent ne pas consommer de pilules quand ils conduisent, mais qu'ils estiment qu'on peut conduire sous l'influence de cannabis. Ils disent même ne constater aucune différence dans leurs capacités de conduite et notent parfois une amélioration. On constate également que les jeunes ne considèrent généralement pas l'herbe/le cannabis comme de vraies drogues. De plus, l'éventualité d'un accident est difficilement imaginable pour les jeunes, ils se sentent donc moins coupables en cas de consommation. Ils pensent aussi que le risque d'accident est réduit parce qu'il n'y a pas beaucoup de circulation le soir. Cette association est encore très active à l'heure actuelle (2018 ; <https://teamalert.nl/witte-waas/> ) afin de sensibiliser les jeunes conducteurs aux dangers de la conduite sous influence.

Pour réduire en permanence la consommation de drogues dans la circulation et améliorer la sécurité routière, il convient de déployer des efforts dans le domaine de l'information et de la prévention, en plus de la législation et de la politique criminelle. Il semble que d'importants progrès puissent encore être réalisés en améliorant les connaissances et la prise de conscience des risques, surtout en ce qui concerne la conduite sous l'influence du cannabis. Les connaissances sur la législation en matière de conduite sous influence peuvent également être améliorées. L'impact de la législation peut être renforcé en informant les usagers de la route sur le contenu de la loi et sur les sanctions applicables en cas d'infraction.

Il est important que les conducteurs reçoivent un message clair sur ce qui est autorisé ou non. Sous cet angle, il est essentiel de pouvoir répondre à des questions telles que : « Après combien de temps puis-je reprendre le volant ? ». Un point de référence clair, comme pour la consommation d'alcool, augmentera probablement les chances de respect.

Vu les chiffres relatifs aux accidents, il va de soi que la prévention doit essentiellement s'adresser aux jeunes hommes. Une étude allemande semble suggérer que nous nous concentrons sur le renforcement de la norme sociale, à savoir sur le fait que la conduite sous influence n'est pas acceptable. À cet égard, l'éducation par les pairs est une méthode évidente, mais d'autres méthodes peuvent également être testées (Heißing et al., 2011).

### **Information sur les médicaments dangereux pour la conduite plutôt que sur les valeurs limites absolues**

Dans le cadre du projet DRUID, les chercheurs partent du principe qu'en cas de conduite sous l'influence de médicaments, l'information et l'éducation sont plus efficaces que les limites légales. À cet égard, les médecins et pharmaciens jouent un rôle de premier plan : ils doivent fournir de plus amples explications sur les risques de la conduite sous l'influence de médicaments lorsqu'ils les prescrivent ou les fournissent.

Les chercheurs sont d'accord sur le fait qu'il ne faudrait pas appliquer de limites légales en cas de conduite sous l'influence de médicaments. L'effet des médicaments psychotropes sur les capacités de conduite doit toujours être considéré dans le cadre d'un traitement médical et il ne faut pas perdre de vue que certains médicaments sont nécessaires pour rétablir les capacités d'une personne. Par conséquent, les chercheurs recommandent de ne pas appliquer de limites légales à la conduite sous l'influence de médicaments (Schulze et al., 2012). De plus, la plupart des consommateurs de médicaments ont un sens des responsabilités très développé et respectent les doses prescrites. Cependant, la consommation illicite de médicaments doit être aussi lourdement sanctionnée que la consommation illicite de drogues dans la circulation. C'est le cas dans les pays scandinaves.

### **Classification uniforme des risques des médicaments**

Pour pouvoir donner des informations claires, les médicaments doivent être classés de manière uniforme en fonction de leur effet potentiel sur les capacités de conduite. Un tel système de classification a été mis au point dans le cadre du projet DRUID (Álvarez, 2011). Celui-ci a révélé que seule une petite partie (6 %) de tous les médicaments agréés de l'époque étaient « dangereux pour la conduite ». Il s'agit essentiellement des médicaments qui agissent sur le système nerveux central. Pour utiliser ce système de classification, il faut que ces informations soient toujours mises à jour. Idéalement, elles devraient être suivies au niveau européen afin d'être fournies à tous les États membres.

### **Un logiciel pour les médecins et les pharmaciens**

En outre, dans le cadre du projet DRUID, des logiciels ont été développés pour les médecins et les pharmaciens, afin de pouvoir fournir rapidement aux thérapeutes et aux patients des informations relatives à l'effet du médicament sur les capacités de conduite. Ces outils se sont avérés très prometteurs, surtout lorsqu'ils faisaient partie du logiciel déjà utilisé par le médecin traitant ou le pharmacien. Pour garantir le succès de ces logiciels, il est également nécessaire que la classification soit mise à jour en permanence (Touliou et al., 2011 ; Legrand et al., 2012).

### **Suivi du problème**

Pour évaluer l'impact de la législation et si nécessaire, rectifier le tir, il convient d'observer la consommation de drogues dans la circulation et parmi les usagers de la route gravement blessés en menant des études de prévalence, comme dans le cadre du projet DRUID (suivi). Cela permet de suivre les évolutions globales et spécifiques dans les groupes-cibles, comme celui des jeunes hommes, et de déterminer quelles drogues sont consommées par les conducteurs (telles que le GHB et les nouvelles drogues de synthèse).



## 3 Réglementation en Belgique

D'après l'article 8.3 du Code de la route belge, tout conducteur doit être en état de conduire, présenter les qualités physiques requises et posséder les connaissances et l'habileté nécessaires. De plus, il doit être constamment en mesure d'effectuer toutes les manœuvres qui lui incombent et doit avoir constamment le contrôle du véhicule ou des animaux qu'il conduit. Ce n'est pas le cas lorsque l'on conduit sous l'influence de drogues ou de médicaments. C'est la raison pour laquelle ce type de comportement est interdit par le Code de la route belge. À cet égard, il convient de faire une distinction entre d'une part, l'aptitude à la conduite et d'autre part, les sanctions applicables en cas de conduite sous l'influence de drogues et de médicaments.

### 3.1 La consommation de drogues et médicaments : aptitude à la conduite

D'après la directive européenne 2006/126/CE du Parlement européen et du Conseil relative au permis de conduire, le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur en état de dépendance vis-à-vis de substances à action psychotrope, ou, qui sans être dépendant, en abuse régulièrement, ce qui peut nuire à ses comportements. Ceci vaut également pour tous les autres médicaments ou associations de médicaments qui influencent les capacités de conduite. En ce qui concerne les conducteurs professionnels, l'organisme médical compétent doit tenir compte des risques et dangers supplémentaires liés à ces types de véhicules.

Cette disposition applicable à tous les États membres de l'Union européenne a été transposée dans notre réglementation belge, à savoir dans l'Annexe 6 de l'Arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire. En d'autres termes, cette directive a été reprise et détaillée dans la norme juridique susmentionnée. L'Annexe 6 prévoit également que le (candidat) conducteur qui est dépendant de substances psychotropes ou qui en fait une consommation excessive sans toutefois être en état de dépendance, est inapte à la conduite. De plus, le conducteur qui consomme régulièrement des substances psychotropes, sous quelque forme que ce soit, susceptibles de compromettre son aptitude à la conduite, ou qui en absorbe une quantité telle qu'elle exerce une influence néfaste sur l'aptitude à la conduite ou le comportement routier, est également inapte à la conduite. Le médecin détermine l'aptitude à la conduite et la durée de validité de celle-ci. Le conducteur peut néanmoins être déclaré apte à la conduite au terme d'une période prouvée d'abstinence d'au moins six mois. La durée de validité de l'aptitude à la conduite ne peut alors excéder trois ans.

Ceci vaut également pour tout autre médicament ou association de médicaments qui exerce une influence néfaste sur la perception, l'humeur, l'attention, la psychomotricité et la capacité de jugement. De plus, lors de la prescription de médicaments, le médecin évalue l'influence des médicaments sur la conduite. Il informe alors son patient des effets possibles des médicaments sur le comportement routier.

Enfin, conformément à l'article 46 de l'A.R. du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, le médecin, lorsqu'il constate que le titulaire d'un permis de conduire ne répond plus aux normes médicales fixées à l'annexe 6, est tenu d'informer l'intéressé de l'obligation qui lui est faite de présenter son permis de conduire à l'autorité compétente.

### 3.2 La conduite sous l'influence de drogues et de médicaments

L'incrimination, la répression et la politique criminelle en matière de conduite sous l'influence de drogues et de médicaments seront abordées successivement.

#### 3.2.1 L'incrimination de la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments

Il est interdit de conduire sous l'influence de drogues et de médicaments. L'article 37bis §1 de Loi de la circulation routière établit que quiconque, dans un lieu public, conduit un véhicule ou une monture ou accompagne un conducteur en vue de l'apprentissage, est passible d'une sanction si une analyse salivaire ou sanguine fait apparaître la présence dans l'organisme d'au moins une des substances citées dans l'article. Il s'agit ici du THC<sup>27</sup>, des amphétamines, du MDMA<sup>28</sup>, de la morphine et de la cocaïne. La conduite sous l'influence d'autres drogues ou médicaments que ceux cités ci-dessus est également interdite. L'article 35 de la Loi de la

<sup>27</sup> Également connu sous les noms de cannabis, hash, weed

<sup>28</sup> Également connu sous le nom d'ecstasy ou XTC.

circulation routière établit que quiconque conduit un véhicule en état d'ivresse ou dans un état analogue résultant notamment de l'emploi de drogues ou de médicaments est également passible d'une sanction.

### **3.2.2 La répression de la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments**

La conduite sous l'influence de drogues et de médicaments est passible d'une amende de 200 à 2000 euros. En cas de récidive dans les trois ans, l'amende se situe entre minimum 400 et maximum 5000 euros. En cas de nouvelle récidive dans les trois ans, l'amende est doublée et passe de 800 euros à 10 000 euros. Ces amendes ne tiennent pas compte du système de décimes additionnels, qui évite que les montants des amendes doivent être adaptés par une modification de la loi en cas d'inflation. Au lieu de cela, le montant de l'amende est toujours multiplié par un facteur (plus élevé). Par conséquent, ces montants doivent être multipliés par un facteur 8.

De plus, une déchéance du droit de conduire de minimum 8 jours et maximum 5 ans peut être imposée par le juge de police. Dans le cas de (nouvelle) récidive, la peine précédente passe à minimum trois mois et maximum 5 ans ou peut devenir définitive. Dans certains cas, le juge de police peut subordonner la réintégration du droit de conduire à la condition d'avoir satisfait à un ou plusieurs examens ou d'avoir suivi des formations spécifiques. Par ailleurs, le juge de police est obligé de prononcer une déchéance du droit de conduire dans les cas suivants : en cas de condamnation simultanée pour conduite sous l'influence de drogues et homicide involontaire faisant suite à un accident, en cas de condamnation simultanée pour récidive de conduite sous l'influence de drogues ou d'alcool et homicide involontaire faisant suite à un accident, et, en cas de condamnation simultanée pour récidive de conduite sous l'influence de drogues ou d'alcool et de coups et blessures involontaires conséquemment à un accident. Dans ces cas, la réintégration du droit de conduire est toujours dépendante de la réussite des 4 examens. Le juge de police doit prononcer la déchéance du droit de conduire et rendre la réintégration du droit de conduire dépendante au moins de la réussite des examens théoriques et pratiques si le coupable est titulaire depuis moins de deux ans du permis de conduire B (nouveau conducteur).

Par ailleurs, en cas de récidive dans les trois ans, le juge peut imposer une peine de prison de minimum un mois et maximum 2 ans ou minimum deux mois et maximum 4 ans pour la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments.

Les sanctions précédentes peuvent (éventuellement) être prononcées par le juge de police. Le Parquet renverra toujours au tribunal de police. Toutefois, un retrait immédiat du permis de conduire pour une durée de 15 jours peut être imposé par le procureur du Roi en cas de test salivaire positif, de conduite en état d'ivresse ou état analogue résultant de l'emploi de drogues ou de médicaments, ou si le conducteur s'est refusé sans motif au test salivaire, à l'analyse salivaire ou au prélèvement sanguin (article 61ter de la Loi de la circulation routière). Le procureur du Roi peut requérir à deux reprises une prolongation du retrait de trois mois (article 55bis de la Loi de la circulation routière).

### **3.2.3 Politique criminelle en matière de conduite sous l'influence de drogues et de médicaments**

Les services de police sont compétents pour effectuer des contrôles visant à détecter la conduite sous influence de drogues et de médicaments. Ces contrôles respectent une procédure fixe et peuvent être entrepris auprès de l'auteur présumé d'un accident de roulage ou de toute personne qui a pu contribuer à le provoquer ; de toute personne qui, dans un lieu public, conduit un véhicule ou une monture ou accompagne un conducteur en vue de l'apprentissage et ; de toute personne qui, dans un lieu public, s'apprête à conduire un véhicule ou une monture ou s'apprête à accompagner un conducteur en vue de l'apprentissage.

La procédure de détermination de l'infraction comporte trois phases (article 61bis §2 et 63 §1 de la Loi de la circulation routière) :

- Les services de police constatent, à l'aide d'une check-list standardisée, la présence de signes extérieurs pouvant indiquer que les capacités de conduite ont été influencées par la consommation de drogues ou de médicaments. S'il est impossible d'appliquer cette check-list, on réalise immédiatement un test salivaire. Par ailleurs, la check-list n'est pas appliquée en cas d'accident de roulage (COL 08/2006), on réalise alors un test salivaire immédiatement.
- En cas de présomption de conduite sous l'influence de drogues ou de médicaments, les services de police réalisent un test salivaire. Si ce test est positif, le permis de conduire est retiré pour une période de 12 heures (article 61ter §1 de la Loi de la circulation routière). Le permis de conduire est alors

restitué par les services de police lorsqu'un nouveau test salivaire ne révèle aucune présence de drogues ou de médicaments (articles 61quater et 61ter §2 de la Loi de la circulation routière). Si le nouveau test est encore positif, le retrait du permis de conduire est prolongé pour une nouvelle période de 12 heures.

- Si le test salivaire est positif, une analyse salivaire est réalisée. Un échantillon de salive est alors envoyé pour analyse à un laboratoire agréé. Un prélèvement sanguin peut être imposé si le test ou l'analyse salivaire ne peut pas être réalisé(e) ou s'il/elle est refusé(e). Un échantillon de sang est alors prélevé par un médecin désigné par les services de police. Dans ce cas, le permis de conduire est également retiré pendant 12 heures et un procès-verbal est dressé. En cas de refus du prélèvement sanguin, ce refus est également mentionné dans le procès-verbal avec l'avis du médecin quant à son fondement.

La procédure prend fin lorsque l'un des tests précédents s'avère négatif.

## 4 Chiffres clés belges

### 4.1 Prévalence

Les principales sources pour estimer la prévalence d'un comportement dangereux dans la circulation sont les études d'observation (mesures de comportement), les données d'enquêtes (comportement auto-rapporté comme les résultats des mesures d'attitudes de l'institut Vias) ou les données policières relatives aux infractions constatées. Nous savons d'expérience que les mesures de comportement sont la source d'information la plus fiable pour évaluer la prévalence d'un comportement donné au sein de la population globale des conducteurs, suivies du comportement avoué d'un échantillon représentatif de conducteurs. Les données auto-rapportées sont évidemment biaisées par la volonté de désirabilité sociale.. Parallèlement, les données policières ont le désavantage d'être fortement dépendantes de la politique de recherche menée et sont donc moins représentatives de la population totale.

#### 4.1.1 Comportement observé

Les études d'observation relatives à la conduite sous l'influence de drogues ou de médicaments en Belgique, comme dans la plupart des autres pays, sont rares. Les informations les plus récentes relatives au comportement observé se trouvent dans les résultats de l'étude DRUID. La *DRUID road side survey* (2007-2009) a révélé que la consommation de drogues en Belgique (0,6 %) était bien moins élevée que la moyenne européenne (1,9 %), mais que la consommation de médicaments était en revanche plus élevée (3,0 % en Belgique pour une moyenne européenne de 1,4 %).

La proportion relativement faible de la consommation de drogues dans la circulation était quelque peu surprenante vu que l'on s'attendait à une consommation élevée vu la consommation totale belge (Ravera en De Gier, 2008) et la consommation parmi les automobilistes belges gravement blessés (Isalberti et al., 2011), on s'attendait à une consommation plus élevée. Dans l'étude belge portant sur la consommation de substances psychotropes par les automobilistes, le nombre de réfractaires était très élevé (52,1 %). Dès lors, en comparaison avec la population totale et les automobilistes gravement blessés, il est probable que les chiffres de la consommation de drogues dans la circulation soient sous-estimés.

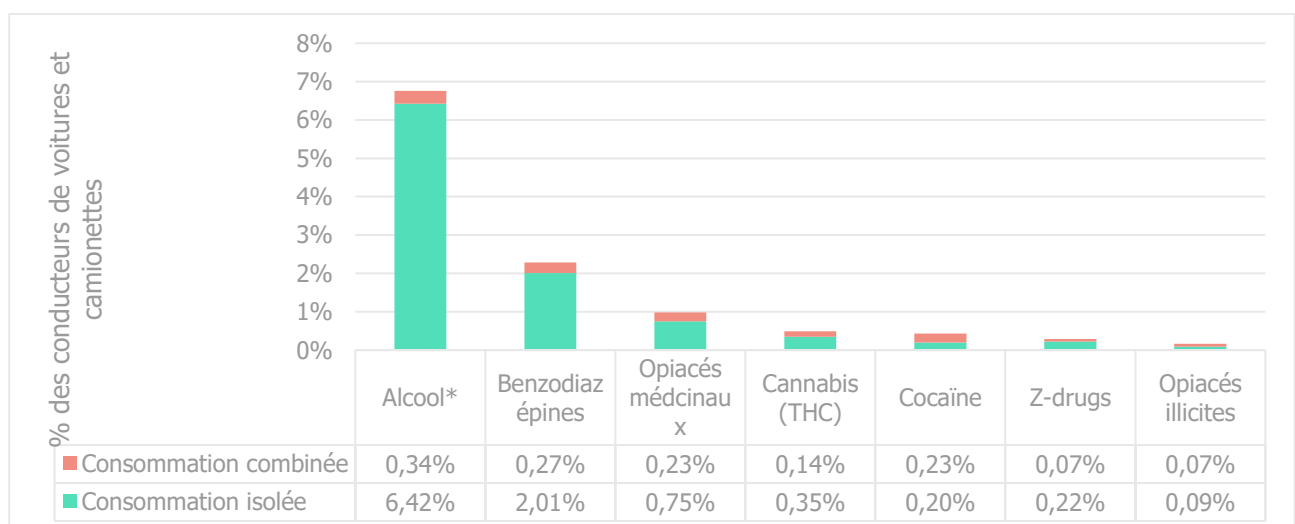
La consommation élevée de médicaments sur le réseau routier belge pourrait provenir d'une consommation relativement élevée dans la population totale belge. Une comparaison entre la Belgique et les Pays-Bas a par exemple indiqué que les dépenses annuelles en médicaments par personne étaient de 15 à 20 % plus élevées en Belgique.

Le Tableau 5 reproduit une comparaison entre la consommation de substances psychotropes sur le réseau routier belge et la moyenne européenne estimée. Les intervalles de confiance de 95 % se trouvent entre parenthèses. Les valeurs limites utilisées dans cette étude ne correspondent pas totalement aux limites légales belges, étant donné que l'étude DRUID étudie avant tout la présence de la substance et non la violation des lois nationales. De plus, les valeurs limites légales varient en fonction des pays participants (voir également le chapitre terminologie de ce rapport).

Tableau 5: Prévalence de substances psychotropes dans la circulation – la Belgique comparée à l’Europe (DRUID road side survey ; automobilistes ; 2007-2009). Source : Van der Linden et al, 2011 ; Houwing et al., 2011ab; Infographie : l’institut Vias

Substance psychotrope		Prévalence sur le réseau routier belge (N = 2.949)	Prévalence estimée sur le réseau routier européen (N = 48.542)	
<b>Aucune substance psychotrope détectée</b>		89,35 % (88,18-90,41)	92,57 %	
<b>Consommation isolée</b>	Alcool	Alcool (BAC ≥ 0,1 g/l)	6,42 % (5,59-7,36)	
		Alcool (BAC ≥ 0,5 g/l)	2,15 %	
	Drogues	Cannabis (THC)	0,35 % (0,19-0,64)	1,32 %
		Cocaïne	0,20 % (0,09-0,43)	0,42 %
		Opiacés illicites (ex. héroïne)	0,09 % (0,03-0,28)	0,07 %
		Amphétamines, ecstasy	0	0,08 %
	Médicaments	Benzodiazépines	2,01 % (1,57-2,59)	0,90 %
		Opiacés médicaux	0,75 % (0,50-1,13)	0,35 %
		Z-drugs (zopiclon, zolpidem)	0,22 % (0,10-0,47)	0,12 %
<b>Consommation combinée</b>	Alcool + drogues/médicaments	0,31 % (0,16-0,58)	0,37 %	
	Drogues/médicaments	0,30 % (0,16-0,58)	0,39 %	

La Figure 5 montre un aperçu total de la présence de substances psychotropes dans la circulation (consommation isolée et consommation combinée avec d’autres substances). On a détecté de l’alcool (BAC ≥ 0,1 g/l) chez 6,7 % des conducteurs. Entre<sup>29</sup> 2,2 et 2,5 % de ceux-ci ont été testés positifs à un taux d’alcoolémie supérieur à la limite légale (BAC ≥ 0,5 g/l). En Belgique, les benzodiazépines constituent le deuxième groupe de substances les plus fréquemment observées après l’alcool. En effet, 2,3 % des automobilistes belges y ont été testés positifs dans le cadre de la DRUID road side survey. À l’exception de la cocaïne, toutes les autres substances psychotropes sont plus souvent consommées de manière isolée qu’avec d’autres substances.



\*Alcool BAC ≥ 0,1 g/l

Figure 5: Répartition des substances psychotropes : consommation isolée et combinée – Belgique (DRUID road side survey; automobilistes; 2007-2009). Source : Van der Linden et al, 2011 In : Houwing et al., 2011; Infographie : l’institut Vias

<sup>29</sup> Estimation, car la proportion de consommation combinée d’alcool + drogues/médicaments portait sur un BAC de ≥ 0,1 g/l => 0,34 % des conducteurs ; pour BAC ≥ 0,5 g/l + consommation combinée, on obtient donc 2,15 % + max. 0,34 % => 2,15 – 2,49 %.

## 4.1.2 Comportement auto-rapporté

### 1.1.1.1 Comparaison de la conduite sous influence de drogues avec d'autres infractions de la route

Chaque année depuis 2012, l'institut Vias interroge un échantillon représentatif de la population belge sur le sentiment d'insécurité routière dans l' « Enquête nationale d'insécurité routière ». Dans sa mouture de 2017, le panel a aussi dû répondre à des questions liées à son comportement au volant.

Le Figure 6 présente le pourcentage de personnes interrogées ayant rapporté le comportement mentionné au cours du dernier mois. On y voit que l'infraction la plus fréquente en Belgique reste l'excès de vitesse, avoué par plus de 30% des répondants. A l'autre bout de l'échelle, la conduite sous influence de drogues avant de conduire au cours du dernier mois n'est repris que par 1% des répondants à l'enquête.

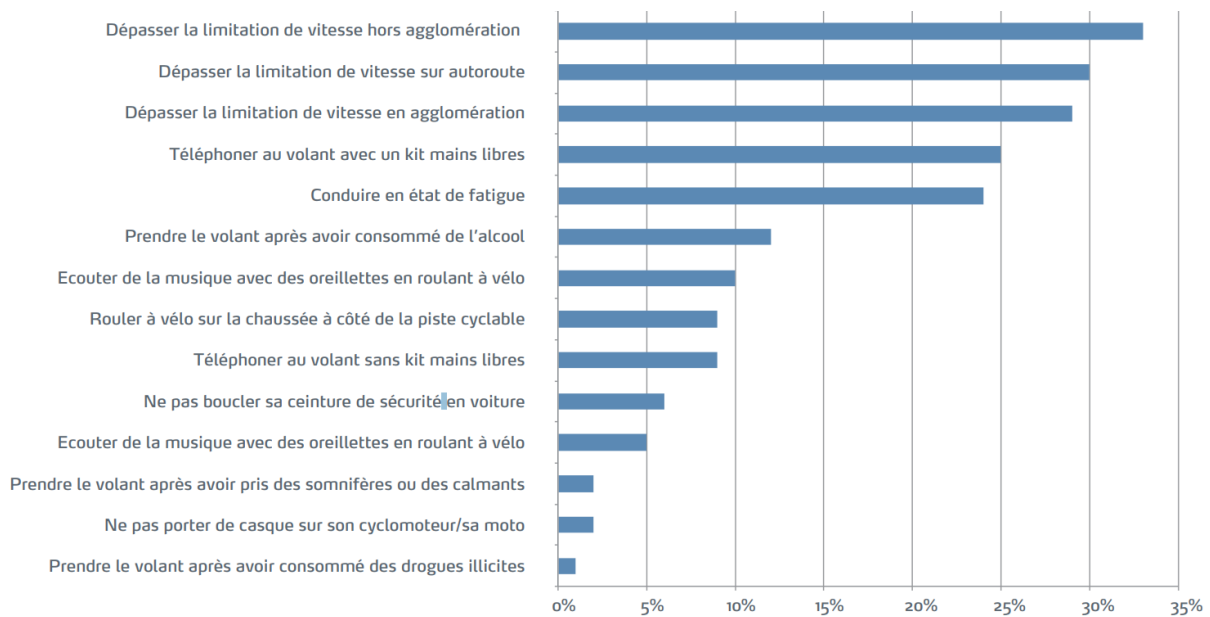


Figure 6: Pourcentage de personnes interrogées qui ont rapporté le comportement mentionné au cours du mois écoulé (2017). Source : Enquête nationale d'insécurité routière, 2017

### 1.1.1.2 Mesure d'attitude de l'institut Vias

Lors de la dernière édition de la mesure d'attitude de l'institut Vias auprès des automobilistes belges (N=1540) en 2012, nous avons demandé aux répondants si, au cours de l'année écoulée, il leur était arrivé de consommer de la drogue avant de prendre le volant. Presque tous les répondants ont déclaré ne jamais prendre de drogues (95 %). Trois pourcents des répondants (50 personnes) disent ne pas consommer de drogues avant de conduire et 2 % (42 personnes) reconnaissent avoir pris au moins une fois de la drogue avant de prendre le volant au cours de l'année écoulée. La drogue la plus souvent mentionnée est le cannabis (30 répondants), suivi de la cocaïne (6 répondants), l'ecstasy (3 répondants), les amphétamines (2 répondants) et les champignons hallucinogènes (1 répondant) (Meesmann & Boets, 2014). Cependant, plus encore que pour la conduite sous influence d'alcool, il faut souligner que ces chiffres auto-rapportés sont influencés par la désirabilité sociale (voir aussi Boulanger, 2010 et Devil et al., 2011).

### 1.1.1.3 ESRA

L'étude ESRA, décrite plus tôt, permet d'extraire les comportements auto rapportés des Belges en matière de consommation de drogues et de médicaments avant de prendre le volant.

La Figure 7 illustre cette consommation auto-rapportée en fonction du sexe et de l'âge. Les résultats confirment l'étude décrite au point 4.1.2.1. En moyenne, 2,5% des Belges déclare avoir consommé une fois des drogues avant de reprendre le volant au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes (4%) que chez les femmes (1%). Concernant les médicaments pouvant impacter la capacité de conduire, on constate que la tendance est inversée : en effet 21% des femmes interrogées rapportaient avoir conduit au moins une fois sous influence de ces médicaments, contre seulement 18% des hommes. Ces proportions restent néanmoins beaucoup plus élevée que pour les drogues.

Concernant les différents catégories d'âge, les résultats montrent que, aussi bien pour les drogues que pour les médicaments, il existe un pic de consommation entre 35 et 54 ans.

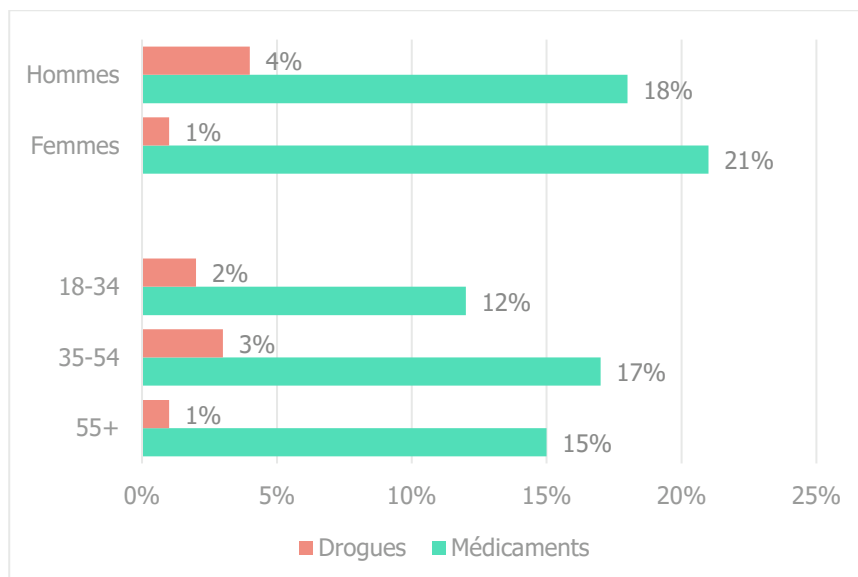


Figure 7: Comportement auto-rapporté de conduite sous l'influence de drogues en fonction du sexe et de l'âge, Belgique (% ayant conduit au moins une fois au cours des 12 derniers mois). Source : ESRA, 2015

### 4.1.3 Infractions constatées par la police locale et fédérale

Le Tableau 6 montre le nombre d'infractions constatées en Belgique par la police locale et fédérale entre 2007 et 2017. Dans la Figure 8, nous avons représenté l'évolution des infractions constatées.

Tableau 6: Évolution du nombre d'infractions constatées en matière de conduite sous l'influence d'alcool, conduite sous l'influence de drogues, utilisation du téléphone portable au volant, utilisation incorrecte de la ceinture/des sièges pour enfants et excès de vitesse (2007-2017). Source : Police fédérale – CGO/CGOP/B Traffic

Nombre d'infractions constatées						
	Vitesse	Ceinture/ sièges enfants	GSM	Alcool	Drogues	Total
2007	2.068.846	116.018	112.049	46.890	2.180	2.345.983
2008	2.318.998	113.631	115.910	52.759	2.613	2.603.911
2009	2.632.932	117.467	120.482	54.193	2.606	2.927.680
2010	2.802.432	123.534	124.631	56.198	2.261	3.109.056
2011	3.249.202	112.752	132.719	52.010	2.296	3.548.979
2012	3.007.935	86.075	119.997	46.182	2.558	3.262.747
2013	3.178.749	99.675	118.636	48.053	3.341	3.448.454
2014	3.365.479	102.549	121.407	47.588	5.102	3.642.125
2015	3.228.916	79.096	108.845	48.058	5.923	3.470.838
2016	3.297.322	74.087	108.700	51.143	6.891	3.538.143
2017	3.400.237	59.978	100.377	49.272	7.071	3.616.935

Proportion par rapport à toutes les infractions constatées durant cette année						
	Vitesse	Ceinture/ sièges enfants	GSM	Alcool	Drogues	Total
2007	88,2%	4,9%	4,8%	2,0%	0,09%	100%
2008	89,1%	4,4%	4,5%	2,0%	0,10%	100%
2009	89,9%	4,0%	4,1%	1,9%	0,09%	100%
2010	90,1%	4,0%	4,0%	1,8%	0,07%	100%
2011	91,6%	3,2%	3,7%	1,5%	0,06%	100%
2012	92,2%	2,6%	3,7%	1,4%	0,08%	100%
2013	92,2%	2,9%	3,4%	1,4%	0,10%	100%
2014	92,4%	2,8%	3,3%	1,3%	0,14%	100%
2015	93,0%	2,3%	3,1%	1,4%	0,17%	100%
2016	93,2%	2,1%	3,1%	1,4%	0,19%	100%
2017	94,0%	1,7%	2,8%	1,4%	0,20%	100%

Entre 2007 et 2017, le nombre d’infractions relatives à la conduite sous l’influence de drogues a augmenté. La part de ces infractions relativement aux autres (vitesse, ceinture, gsm, alcool) est restée stable jusque 2014 avant d’augmenter. En règle générale, nous observons que les infractions liées à la consommation de drogues sont les moins détectées dans ce top 5 des infractions routières. Toutefois, ces chiffres dépendent fortement des pratiques actuelles de la police en matière de dépistage et ne donnent donc qu’une tendance en terme de consommation et non la consommation réelle de drogues au volant.

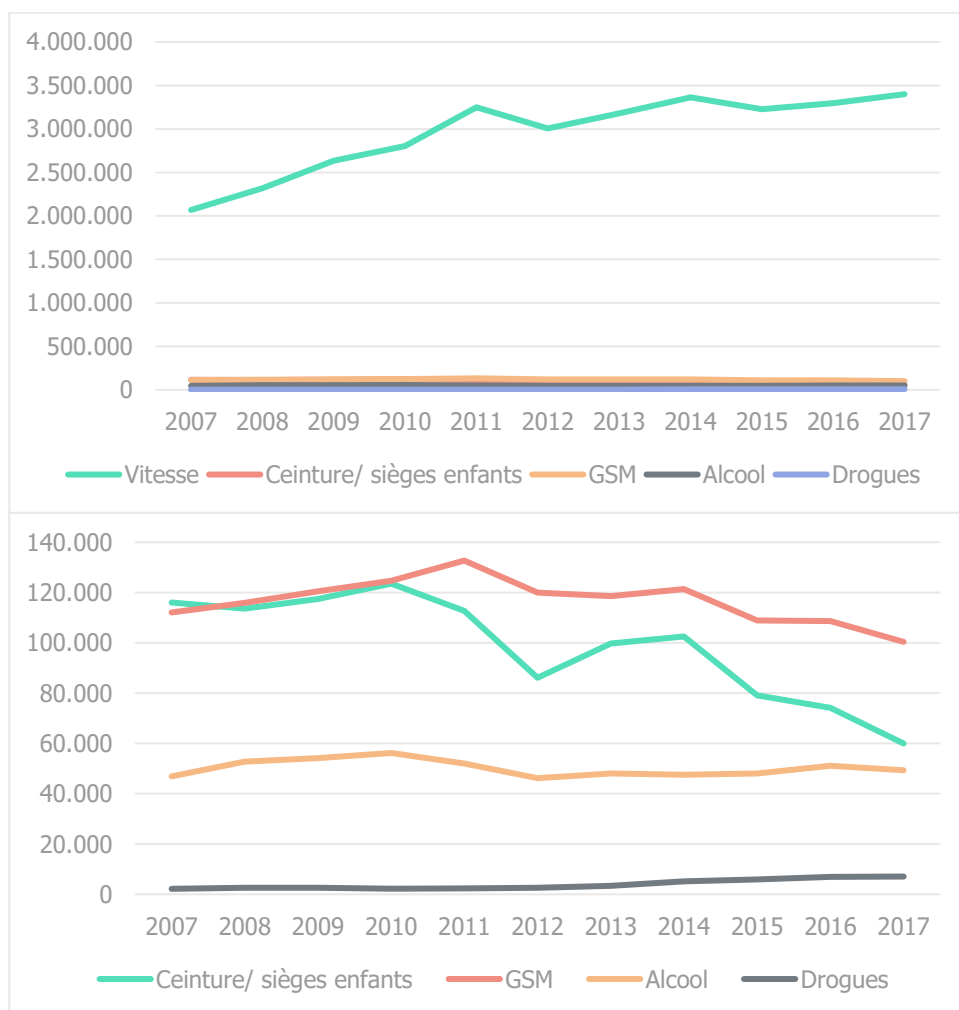


Figure 8: Évolution du nombre d’infractions constatées (2007-2017). Source : Police fédérale – CGO/CGOP/B Traffic



## 4.2 Prévalence en fonction du sexe et de l'âge

Des informations détaillées sur la consommation de substances psychotropes sur le réseau routier belge se trouvent dans le rapport concernant la Belgique de l'étude de prévalence DRUID (Van der Linden et al. 2011 In : Houwing et al, 2011b, voir tableau 2). Le lecteur doit garder à l'esprit que les résultats de DRUID ont déjà 6 ans, et peuvent avoir évolué ces dernières années. Néanmoins ils restent les derniers résultats en date comparables à l'échelle Européenne, et restent donc précieux.

Ce rapport montre que, globalement, les chiffres belges correspondent aux résultats européens. La consommation de drogues dans la circulation atteignait son maximum chez les jeunes conducteurs de sexe masculin. À cet égard, il convient de souligner qu'en Belgique, l'héroïne et la cocaïne ont été principalement détectées auprès des conducteurs de sexe masculin du groupe d'âge le plus jeune, contrairement à la plupart des autres pays européens (18-24 ans ; UE plutôt 25-49 ans). Près d'un pourcent d'entre eux ont été testés positifs à la cocaïne pendant l'étude.

La consommation habituelle de médicaments est relativement élevée en Belgique. Pour les benzodiazépines, il s'agissait surtout d'automobilistes de plus de 50 ans, aucune distinction n'ayant été établie entre les hommes et les femmes. Dans le cas de Z-drugs, il s'agissait principalement d'hommes et de femmes de plus de 35 ans, tandis que les opiacés médicaux étaient surtout fréquents chez les femmes plus âgées. La consommation totale d'opiacés médicaux en Belgique (isolée et combinée) était plus élevée que dans les douze autres pays.

## 4.3 Prévalence en fonction du moment

La consommation de cocaïne sur le réseau routier belge atteignait son maximum les nuits de semaine, tandis que pour le cannabis, c'était les nuits de week-end (pas de consommation les nuits de semaine). L'héroïne était peu fréquente sur le réseau routier belge et n'a jamais été détectée pendant la nuit. Cependant, cela ne veut pas dire qu'elle est totalement absente, étant donné que le nombre de réfractaires dans l'étude belge était très élevé. Cela pourrait donc influencer les résultats, d'autant plus que le nombre de conducteurs testés positifs aux drogues est très faible.

La consommation de médicaments était moins élevée la nuit qu'en journée, sans aucune distinction entre la semaine et le week-end.

## 4.4 Nombre de victimes

Les chiffres belges relatifs aux automobilistes gravement blessés provenant de l'étude hospitalière DRUID (Isalberti et al., 2011) ont déjà été présentés dans le chapitre 1.4 (Tableau 3). Par ailleurs, la partie belge de cette étude portait également sur des conducteurs d'autres types de véhicules. Le Tableau 7 reprend la répartition des substances psychotropes détectées chez les conducteurs, par type de véhicule. Ici encore, les valeurs limites utilisées dans cette étude ne correspondent pas totalement aux limites légales belges. Concrètement, elles sont basées sur les concentrations les plus faibles pouvant être détectées avec certitude scientifique. Les pourcentages indiquent donc si la présence d'une certaine substance peut être prouvée de manière fiable, et non si les conducteurs étaient en infraction. En ce qui concerne l'alcool, les résultats montrent que, même si la valeur limite dans l'étude hospitalière DRUID était nettement inférieure à la limite légale de 0,5 g/l BAC, la plupart des conducteurs gravement blessés présentaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale. En Belgique, le taux d'alcoolémie moyen chez les conducteurs gravement blessés en 2017 était même de 1,63 g/l BAC (Statbel - Direction générale Statistique - Statistics Belgium).

Les valeurs limites exactes comparativement aux limites belges ont été reprises dans le chapitre terminologie de ce rapport.

Tableau 7: Répartition des groupes de substances chez les conducteurs gravement blessés, par type de véhicule - Belgique (étude hospitalière DRUID; automobilistes ; 2007-2009). Source : Isalberti et al., 2011; Infographie : l'institut Vias

Substance psychotrope	Voitures		Camionnettes		Motos		Vélocycle		Vélos		Bus/camions		Autres	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aucune	171	48,4	15	62,5	110	69,2	47	49	311	75,3	20	90,9	5	45,5
Alcool BAC ≥ 0,1 g/l*	109	30,9	4	16,7	24	15,1	20	20,8	58	14	0	0	3	27,3
Amphétamines*	3	0,8	0	0	1	0,6	0	0	1	0,2	0	0	0	0
Uniquement benzoylcgonine*	0	0	0	0	2	1,3	1	1	0	0	0	0	0	0
Cocaïne (+ BE)*	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2	0	0	0	0
Uniquement THCCOOH*	3	0,8	0	0	3	1,9	5	5,2	0	0	0	0	0	0
THC (+ THCCOOH)*	6	1,7	0	0	6	3,8	8	8,3	6	1,5	0	0	1	9,1
Opiacés illicites*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Benzodiazépines*	5	1,4	0	0	3	1,9	6	6,3	12	2,9	1	4,5	0	0
Z-drugs*	3	0,8	0	0	0	0	0	0	1	0,2	0	0	0	0
Opiacés et opioïdes*	7	2	0	0	5	3,1	1	1	12	2,9	0	0	0	0
Alcool + drogues/médicaments	40	11,3	3	12,5	5	3,1	6	6,3	9	2,2	0	0	1	9,1
Plusieurs drogues/médicaments	6	1,7	2	8,3	0	0	2	2,1	2	0,5	0	0	1	9,1
<b>Total</b>	<b>353</b>		<b>24</b>		<b>159</b>		<b>96</b>		<b>413</b>		<b>21</b>		<b>11</b>	

\* Consommation isolée ; BE : benzoylcgonine : métabolite de cocaïne ; THCCOOH métabolite inactive du THC

Ici encore, l'alcool est la substance psychotrope la plus fréquemment observée pour tous les types de véhicules. Il a été principalement détecté chez les automobilistes gravement blessés, davantage que pour d'autres types de véhicules. Pour le cannabis (THC), les résultats pour les camionnettes (aucun test positif) et les vélocycle (prévalence légèrement accrue) se distinguent. Aucune différence significative n'a été constatée pour les benzodiazépines et les opiacés médicaux entre les conducteurs des différents types de véhicules. La consommation combinée d'alcool et de drogues/médicaments a été davantage détectée chez les automobilistes que chez les conducteurs d'autres types de véhicules.

D'après ces chiffres et les données hospitalières belges relatives aux conducteurs qui ont été hospitalisés au moins un jour en 2011 (Nuyttens & Van Belleghem, 2014), on peut estimer le nombre annuel de victimes de la route hospitalisées chez qui on a détecté la présence de substances psychotropes (Tableau 8)<sup>30</sup>. Comme expliqué précédemment, le lien causal entre la substance et l'accident n'est pas établi clairement. Cela signifie qu'on ne peut tirer aucune conclusion directe selon laquelle une certaine substance serait responsable d'un tel nombre de victimes de la route. De plus, l'estimation est uniquement basée sur les données hospitalières de 2011. Par conséquent, nous ne pouvons pas savoir avec certitude si ces résultats sont comparables à d'autres années. Vu que le nombre total de victimes de la route hospitalisées a peu évolué entre 2004 et 2011, nous pouvons supposer que les tendances sont similaires au fil des années.

<sup>30</sup> Cette estimation est basée sur la supposition que la répartition en pourcentages des résultats de l'étude DRUID portant sur les victimes gravement blessées, cotées 2 sur l'échelle MAIS, s'applique également aux conducteurs qui ont été hospitalisés au moins un jour en 2011.

Tableau 8: Estimation du nombre annuel de victimes de la route hospitalisées chez qui on a détecté la présence de substances psychotropes (base : données hospitalières belges (2011) et étude hospitalière DRUID (2007-2010)). Source : calcul interne d'après Nuytens & Van Belleghem, 2014 et Isalberti et al., 2011

Substance psychotrope	Conducteur d'un véhicule motorisé (autre que vélomoteur et moto)	Cycliste	Conducteur de moto/vélomoteur	Total
Aucune	1535	3694	1538	6767
Alcool BAC $\geq$ 0,1 g/l*	844	689	431	1964
Amphétamines*	22	12	10	43
Uniquement benzoylecgonine*	0	0	29	29
Cocaïne (+ BE)*	0	12	0	12
Uniquement THCCOOH*	22	0	78	100
THC (+ THCCOOH)*	51	71	137	259
Opiacés illicites*	0	0	0	0
Benzodiazépines*	44	143	88	274
Z-drugs*	22	12	0	34
Opiacés et opioïdes*	51	143	59	252
Alcool +drogues/médicaments	320	107	108	535
Plusieurs/médicaments	65	24	20	109
Total de victimes hospitalisées	2975	4906	2498	10379
<b>Total de victimes hospitalisées avec substance psychotrope détectée</b>	<b>1440</b>	<b>1212</b>	<b>960</b>	<b>3612</b>

\* Consommation isolée ; benzoylecgonine : métabolite de la cocaïne ; THCCOOH : métabolite inactive du THC

D'après cette estimation, environ 3600 conducteurs hospitalisés par an sont testés positifs<sup>31</sup> à une ou plusieurs substances psychotropes. La plupart d'entre eux sont testés positifs à l'alcool (env. 1960, consommation isolée<sup>32</sup>) et 540 conducteurs sont également positifs à une consommation combinée d'alcool et d'autres substances. Quelque 440 conducteurs hospitalisés sont testés positifs à l'une des drogues illicites étudiées, 560 à l'un des médicaments sélectionnés et 100 à une combinaison de plusieurs drogues illicites ou médicaments. Nous partons du principe qu'il s'agit d'une sous-estimation du nombre annuel réel de victimes de la route testées positives aux substances psychotropes, vu que les données hospitalières qui servaient de base à ce calcul, sous-estiment légèrement le nombre total de victimes de la route et que l'étude DRUID ne portait que sur 23 médicaments et drogues.

<sup>31</sup> On entend ici par « testés positifs » que la présence d'une certaine substance peut être prouvée (et non que les conducteurs étaient en infraction (voir aussi la valeur limite dans le chapitre terminologie de ce rapport)).

<sup>32</sup> La valeur limite de l'étude DRUID sur laquelle est basée l'estimation était de 0,1 g/l BAC pour l'alcool. Cependant, la plupart des conducteurs gravement blessés qui ont été testés positifs à l'alcool présentaient aussi un taux d'alcoolémie de plus de 0,5 g/l BAC. Le taux d'alcoolémie moyen était de 1,6 g/l BAC.

## 5 Autres sources d'information

<p>Projet DRUID :</p> <p>Pour ce dossier thématique, la plupart des rapports pertinents sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Schulze, H., Schumacher, M., Urmeew, R. &amp; Auerbach, K. (2012) <i>Final Report: Work performed, main results and recommendations</i>. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 0.1.8.</li> <li>Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen, R., Bernhoft, I. M., Hels, T., Janstrup, K. Van der Linden, T., Legrand, S.-A. &amp; Verstraete, A. (2011a) <i>Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part I: General results</i>. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.3 Part I.</li> <li>Isalberti, C., Van der Linden, T., Legrand, S.-A., Verstraete, A., Bernhoft, I., Hels, T., Olesen, M., Houwing, S., Houtenbos, M. &amp; Mathijssen, R.,(2011) <i>Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in injured and killed drivers</i>. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.5.</li> <li>Hels, T., Bernhoft I. M., Lyckegaard, A., Houwing, S., Hagenzieker, M., Legrand, S.-A., Isalberti, C., Van der Linden, T. &amp; Verstraete, A. (2011) <i>Risk of injury by driving with alcohol and other drugs</i>. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.3.5.</li> <li>Álvarez F.J. (2011) <i>Classification of medicinal drugs and driving: a synthesis report</i>. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 4.4.1.</li> </ul>	<p>Tous les rapports d'étude du projet européen peuvent être téléchargés sur <a href="https://www.vias.be/fr/recherche/publications/">https://www.vias.be/fr/recherche/publications/</a> .</p> <p>Pour ce dossier thématique, la plupart des rapports pertinents sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le rapport final avec un récapitulatif de tous les résultats du projet DRUID ;</li> <li>la DRUID road side survey qui donne un aperçu de la prévalence de la conduite sous influence en Europe ;</li> <li>l'étude hospitalière DRUID avec des données de prévalence relatives aux accidents graves ;</li> <li>le calcul DRUID du risque relatif d'accident grave ou mortel découlant de la consommation de substances psychotropes dans la circulation d'après la <i>road side survey</i> et l'étude hospitalière.</li> <li>le système de classification DRUID de l'effet des médicaments sur les capacités de conduite.</li> </ul>
<p>Meesmann, U. &amp; Boets, S. (2014) <i>Conduite sous l'influence de l'alcool et de drogues. Résultats de la mesure d'attitudes en matière de sécurité routière menée tous les trois ans par l'IBSR</i>. Bruxelles, Belgique : Institut Belge pour la Sécurité Routière – Centre de connaissance Sécurité Routière..</p>	<p>Ce rapport reprend les informations les plus récentes sur les comportements auto-rapportés, les attitudes et les avis sur la conduite sous l'influence de drogues et de médicaments en Belgique.</p>
<p>Verstraete, A.G. &amp; Legrand, S-A. (2014). <i>Drug use, impaired driving and traffic accidents</i>. Second edition. Insights. Lisbon, Portugal, EMCDDA.</p>	<p>Cette publication réunit les connaissances les plus récentes sur la conduite sous influence en Europe.</p>
<p>SWOV (2011a) <i>SWOV-Factsheet. Rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen</i>. Geraadpleegd: <a href="http://www.swov.nl/rapport/Factsheets/NL/Factsheet_Drugs_en_geneesmiddelen.pdf">http://www.swov.nl/rapport/Factsheets/NL/Factsheet_Drugs_en_geneesmiddelen.pdf</a> [1.12.14].</p>	<p>En accord avec le SWOV, certains passages ont été littéralement repris de cette synthèse néerlandaise dans ce dossier thématique.</p>

## Références

- Achermann Stürmer, Y. (2016). Driving under the influence of alcohol and drugs. ESRA thematic report no. 2. ESRA project (European Survey of Road users' safety Attitude). Bern, Switzerland: Swiss Council for Accident Prevention
- Álvarez, F.J. (2011) *Classification of medicinal drugs and driving: a synthesis report*. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 4.4.1.
- Asbridge M., Hayden J.A. & Cartwright J.L. (2012) *Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis*. BMJ. 9, 344-536.
- Blencowe, T., Pehrsson, A. & Lillsunde, P. (2010) *Analytical evaluation of oral fluid screening devices and preceding selection procedures*. Deliverable 3.2.2 of DRUID, Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines. European Commission, Brussels.
- Boulanger, A. (2010) *Attitudemeting Verkeersveiligheid 2009: evoluties sinds 2003 en 2006*. Brussel, België: Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid – Observatorium voor de Verkeersveiligheid.
- Dewil, N., Boulanger, A. & Silverans, P. (2011) *Attitudemeting verkeersveiligheid 2009 - Deel 2: Determinanten van attitudes*. Brussel, België: Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid – Observatorium voor de Verkeersveiligheid.
- Drummer, O.H., Gerostamoulos, J., Batziris, H., Chu, M., Caplehorn, J., Robertson, M.D. & Swann, P. (2004) *The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes*. Accident Analysis & Prevention, 36 (2), 239-248.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012) *Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe — findings from the DRUID project*. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2012, 57 pp.
- Haworth, N., Vulcan, P., Bowland, L. & Pronk, N. (1997) *Estimation of risk factors for fatal single vehicle crashes*. Monash University Accident Research Centre MUARC, Victoria.
- Hels, T., Bernhoft I. M., Lyckegaard, A., Houwing S., Hagenzieker M., Legrand S.-A., Isalberti, C., Van der Linden T. & Verstraete A. (2011) *Risk of injury by driving with alcohol and other drugs*. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.3.5.
- Houwing S., Hagenzieker M., Mathijssen R., Bernhoft I. M., Hels T., Janstrup K. Van der Linden T., Legrand S.-A. & Verstraete A. (2011a) *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part I: General results*. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.3 Part.I.
- Houwing, S. (2013) *Estimating the risk of driving under influence of psychoactive substances*. Proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen.
- Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen, R., Bernhoft, I. M., Hels, T., Janstrup, K. Van der Linden, T., Legrand, S.-A. & Verstraete, A. (2011b) *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part II: Country reports. Review version*. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.3 Part II.
- Isalberti, C., Van der Linden, T., Legrand, S.-A., Verstraete, A., Bernhoft, I., Hels, T., Olesen, M., Houwing, S., Houtenbos, M. & Mathijssen, R. (2011) *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in injured and killed drivers*. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.5.
- Leblud, J (2017), Driving Under the Influence: Legal and Illegal Drugs, European Road Safety Decision Support System, developed by the H2020 project SafetyCube. Retrieved from [www.roadsafety-dss.eu](http://www.roadsafety-dss.eu) on DD MM YYYY
- Legrand S-A., Boets S., Meesmann U. & Verstraete A. (2012) *Medicines and driving: evaluation of training and software support for patient counselling by pharmacists*. International Journal of Clinical Pharmacy 34(4):633-43.

- Legrand, S.-A., Houwing, S., Hagenzieker, M. & Verstraete, A. (2012) *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in injured drivers: comparison between Belgium and the Netherlands*. Forensic Science International 2012; 220 (1-3), 224-231.
- Mathijssen, R. & Houwing, S. (2005) *The prevalence and relative risk of drink and drug driving in the Netherlands: a case-control study in the Tilburg police district; research in the framework of the European research programme*. IMMORTAL. R-2005-9. SWOV, Leidschendam.
- Meesmann, U. & Boets, S. (2014) *Rijden onder invloed van alcohol en drugs. Resultaten van de driejaarlijkse attitudemeting over verkeersveiligheid van het BIVV*. Brussel, België: Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid – Kenniscentrum Verkeersveiligheid.
- Meesmann, U., Boets, S., De Gier, J.J., Monteiro, S., Álvarez, F.J. & Fierro, I. (2011) *Main DRUID results to be communicated to different target groups (the one which we are writing)*. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 7.3.2.
- Meesmann, U., Martensen, H. & Dupont, E. (2013) *Invloed van sociale norm en pakkans op rijden onder invloed van alcohol: België vergeleken met 18 Europese landen*. Brussel, België: Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid – Kenniscentrum Verkeersveiligheid.
- Meesmann, U., Vanhoe, S. & Opendakker, E. (2017). *Dossier thématique Sécurité routière n° 13 Alcool*. Bruxelles, Belgique: institut Vias – Centre de connaissance Sécurité routière
- Nuyttens, N. & Van Belleghem G. (2014) *Hoe ernstig zijn de verwondingen van verkeersslachtoffers? Analyse van de MAIS-ernstscore van verkeersslachtoffers opgenomen in de Belgische ziekenhuizen in de periode 2004-2011*. Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid – Kenniscentrum voor de Verkeersveiligheid & Vrije Universiteit Brussel - Interuniversity Centre for Health Economics Research.
- Ramaekers, J. (2011) *The influence of stimulant drugs on actual and simulated driving*. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 1.2.1.
- Ravera, S. & De Gier, J.J. (2008) *Prevalence of psychoactive substances in the general population*: DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.1.1.
- Ravera, S., Rein, N., De Gier, J.J. & Jong-van den Berg, L.T.W. (2011) *Road traffic accidents and psychotropic medication use in the Netherlands: A case-control study*. British Journal of Clinical Pharmacology, 72 (3), 505-513.
- Robbe, H.W.J. (1994) *Influence of marijuana on driving*. Thesis. Institute for Human Psychopharmacology, University of Limburg, Maastricht.
- Schulze, H., Schumacher, M., Urmeew, R. & Auerbach, K. (2012) *Final Report: Work performed, main results and recommendations*. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 0.1.8.
- Shinar, D. (2006) *Drug effects and their significance for traffic safety*. Drugs and traffic: a symposium, 20-21 June 2005, Woods Hole, Massachusetts. National Research Council NRC, Transportation Research Board TRB, Washington D.C.
- Silverans, P., Verstraete, A., Legrand, S.-A. & Van der Linden, T. (2012) *Verkeersveiligheid: DRUID onderzoek. België scoort slecht in grootschalig Europees onderzoek over rijden onder invloed van alcohol, drugs en medicijnen*. Politiejournaal, 2012, 2, 19-23.
- Steyvers, F.J.J.M. & Brookhuis, K.A. (1996) *Effecten van lichaamsvreemde stoffen op het rijgedrag: een literatuuroverzicht*. Rijksuniversiteit Groningen RUG, Verkeerskundig Studiecentrum VSC, Haren.
- SWOV (2011a) *SWOV-Factsheet. Rijden onder invloed van drugs en geneesmiddelen*. Geraadpleegd: [http://www.swov.nl/rapport/Factsheets/NL/Factsheet\\_Drugs\\_en\\_geneesmiddelen.pdf](http://www.swov.nl/rapport/Factsheets/NL/Factsheet_Drugs_en_geneesmiddelen.pdf) [1.12.14].
- SWOV (2011b) *Nederlandse automobilist rijdt minder vaak met te veel alcohol dan gemiddelde EU-bestuurder*. Persbericht SWOV van 27 september 2011. Geraadpleegd: [http://www.swov.nl/NL/Actueel/persberichten/110927\\_DRUID.html](http://www.swov.nl/NL/Actueel/persberichten/110927_DRUID.html) [1.12.14].
- Thomas, P. and Talbot, R. (Eds.) (2018), Final project report, Deliverable 1.4 of the H2020 project SafetyCube

Touliou K., Margaritis D., Spanidis P., Monteiro S., Ravera S., De Gier J.J., Boets S., Meesmann U., Tant M. Legrand S.-A., Van der Linden T., Verstraete A., Fierro I., Gómez-Talegón T., Martin L. & Álvarez F.J. (2011) *Report on the implementation, evaluation and new technologies of practice guidelines and information materials*. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 7.4.2.

Van der Linden, T., Legrand, S-A., Silverans, P. & Verstraete, A. (2011) *Country report Belgium*. In: Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen, R., Bernhoft, I. M., Hels, T., Janstrup, K. Van der Linden, T., Legrand, S.-A. & Verstraete A. (2011) *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part II: Country reports*. Review version. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.3 Part II.

Veisten, K., Houwing, S., Mathijssen, R. & Akhtar, J. (2011) *Cost-benefit analysis of drug driving enforcement by the police*. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 3.3.1.

Verster, J.C. & Ramaekers, J.G. (2009) *Antidepressants and traffic safety*. In: Verster, J.C. et al. (eds.), *Drugs, driving and traffic safety*. Birkhäuser Verlag, Basel.

Verstraete, A. G. (2004) *Detection times of drugs of abuse in blood, urine, and oral fluid*. *The Drug Monit*, 26, 200-205.

Verstraete, A.G. & Legrand, S-A. (2014) *Drug use, impaired driving and traffic accidents*. Second edition. Insights. Lisbon, Portugal, EMCDDA.

Verstraete, A.G. & Raes, E. (2006) *Roadside Testing Assessment Rosita-2 project: final report*. Academia Press, Gent.

Vias institute (2018). *Enquête Nationale d'Insécurité Routière 2017*. Retrieved from <https://www.vias.be/publications/Nationale%20VerkeersONveiligheidsenqu%C3%A4te%202017/Enque%CC%82te%20Nationale%20d%20Insecurite%20routiere%202017.pdf>.

# Annexe

## Valeurs limites dans l'étude DRUID

Substance	Valeurs limites analytiques (ng/ml) dans le sang (total)
Éthanol	0,1 g/l (0,5 et 0,2 g/l)*
6-acétylmorphine	10 (6)
Alprazolam	10
Amphétamine	20 (16)
Benzoylécgonine	50 (25)
Clonazépam	10
Cocaïne	10 (25)
Codéine	10
Diazépam	20
Flunitrazépam	2
Lorazépam	10
MDA	20
MDEA	20
MDMA	20 (25)
Méthadone	10
Méthamphétamine	20
Morphine	10 (10)
Nordiazépam	20
Oxazépam	50
THC	1 (0,55)
THCCOOH	5
Tramadol	50
Zolpidem	20
Zopiclon	10

Entre parenthèses : valeurs limites de la législation belge (équivalent sang) ; \* le taux d'alcoolémie maximum légal en Belgique est de BAC 0,5 g/l et de 0,2 g/l pour les conducteurs professionnels depuis le 1er janvier 2015.



