

PRÉVENIR LA RÉCIDIVE DE CONDUITE EN ÉTAT D'IVRESSE : PRÉCASIA

Version intégrale de l'article publié dans :

Revue Médicale Suisse n°241, 23 mars 2010.

Auteurs et comité de pilotage

Willy MICHIELS; Pascal GACHE; Daniela DANIS, Association des Psychothérapeutes pour le traitement des addictions, Genève; Nadia FAVRE, Office Cantonal des Automobiles et de la Navigation, Genève; Laurence FEHLMANN-RIELLE, Fédération Genevoise de Prévention de l'Alcoolisme; Vincent MORENO, Office Cantonal des Automobiles et de la Navigation, Genève; T. Thuy NGUYEN T., Unité de médecine et psychologie du trafic, CURML, HUG; Brigitte PEREZ, Office Cantonal des Automobiles et de la Navigation, Genève; Nicole REGE-COLET.

Remerciement

Cette étude a été financée par la Commission Mixte en matière de Toxicomanie du Département de l'Action Sociale et de la Santé du Canton de Genève.

Adresse pour correspondance

willy.michiels@unige.ch

INTRODUCTION

Entre 900 et 1000 conducteurs se font interpeller chaque année dans le canton de Genève avec une alcoolémie égale ou supérieure au taux de 0.8‰. Dans un territoire urbain où les contrôles de police sont difficiles à organiser, ce chiffre montre, en le sous-évaluant, l'ampleur du problème "alcool - conduite automobile".

Le rôle premier de l'autorité administrative compétente en matière d'admission des personnes à la circulation routière ⁽¹⁾ est d'ordre préventif. Lorsqu'une personne a conduit en état d'ivresse, soit l'autorité la considère comme inapte et l'écarte du trafic en raison d'un mode de consommation d'alcool de l'ordre de la dépendance, soit elle considère que son mode de consommation est de type social et la réprimande en prononçant un retrait d'admonestation du permis de conduire. Dans les deux cas, le but est de prévenir la récurrence et non de "punir un coupable".

Cependant, aussi bien l'autorité administrative que les spécialistes en médecine du trafic, qui les aident à prendre des mesures adéquates, ne jouent ce rôle préventif que dans le but d'écarter les conducteurs présentant une dangerosité potentielle augmentée, soit parce qu'ils se sont avérés incapables, soit parce qu'ils sont jugés inaptes. Mais jamais ils n'interviennent dans une action visant à aider les conducteurs à ne pas présenter cette dangerosité en œuvrant en particulier pour diminuer le risque de conduite en état d'ivresse. Cet aspect de l'action préventive est laissé aux campagnes de sécurité.

(1) Selon les cantons : Office cantonal des automobiles, Service des automobiles, Office de la circulation.

Si le conducteur est admonesté, c'est parce qu'on prévoit que cela lui servira de leçon et que la sanction l'incitera à ne plus recommencer. Mais la "leçon" n'est efficace que si elle est bien comprise. Or on constate que les conducteurs ont souvent une méconnaissance quasi totale de la relation entre l'ingestion d'alcool, la réponse de l'organisme et l'effet sur la conduite ; ils ne se sont jamais posé la question de comment éviter de se trouver dans la situation d'être contrôlés pour conduite en état d'ivresse ; ils ne connaissent pas la législation et en particulier ne savent pas ce qu'ils risquent s'ils reproduisent cette infraction.

C'est pour pallier ce manque qu'un groupe de réflexion a été constitué à l'instigation de l'unité de médecine et psychologie du trafic de l'IUML et de l'unité d'alcoologie de Médecine Communautaire des HUG. À l'issue de ses travaux, le groupe a proposé à l'autorité d'organiser une action préventive complémentaire à l'admonestation, sous la forme d'une intervention dont les principes de base seraient les suivants : être précoce; ne pas s'adresser aux personnes connaissant un mode de consommation d'alcool tel qu'il mérite un traitement d'ordre médical; consister en un apport ciblé d'information de type pédagogique et ne pas viser un changement de mode de vie; être concise car rien n'indique que l'efficacité soit proportionnelle à la durée; tester plusieurs modes d'intervention afin de n'en retenir que le meilleur en termes de coût-efficacité.

Le projet, dénommé programme PRÉCASIA (**P**révention de la **R**écidive de **C**onduite **A**utomobile **S**ous l'**I**nfluence de l'**A**lcool) a été accepté et sa réalisation ainsi que son évaluation ont été confiées à un comité pluridisciplinaire de pilotage.

POPULATION ET MÉTHODE

Population cible

Des personnes, volontaires, ayant été contrôlées pour une première conduite en état d'ivresse (CEI) avec une alcoolémie comprise entre 0.80 et 2.49‰, soumises à un retrait d'admonestation du permis de conduire traité par le Service des Automobiles et de la Navigation (SAN) de Genève (domicile à Genève ou en France voisine).

Procédure

Un courrier est adressé par le SAN à chaque candidat potentiel, éligible selon les critères définissant la population cible, lui proposant de participer volontairement à un cours dont le coût est de 250 CHF. En contrepartie, il pourra, si cela est légalement possible (2), bénéficier d'une réduction de la durée du retrait du permis de conduire. Les personnes qui acceptent de participer sont convoquées pour un entretien préalable. À l'issue de celui-ci, par tirage au sort, chaque candidat est assigné à l'un de trois groupes, correspondant à des interventions différentes, mais de manière à ce que les groupes soient équivalents du point de vue du sexe, de l'âge et de l'alcoolémie relevée lors de la CEI. Convoqués au cours, il est encore loisible aux candidats de s'y présenter ou non.

Pour mesurer l'efficacité du programme expérimental, il est poursuivi jusqu'à la constitution de trois groupes randomisés parallèles d'au moins 200 participants chacun. Les éventuelles récidives sont contrôlées sur trois ans pour tous les sujets éligibles, candidats ou non au programme d'intervention.

L'inclusion des sujets a débuté le 1 juin 2001 et s'est terminée le 28 février 2004.

(2) Selon la législation fédérale, la durée d'un retrait du permis de conduire pour CEI ne peut être inférieure à un mois. Pour les personnes passibles d'un tel retrait minimum, aucune réduction n'était envisageable.

Trois types d'interventions

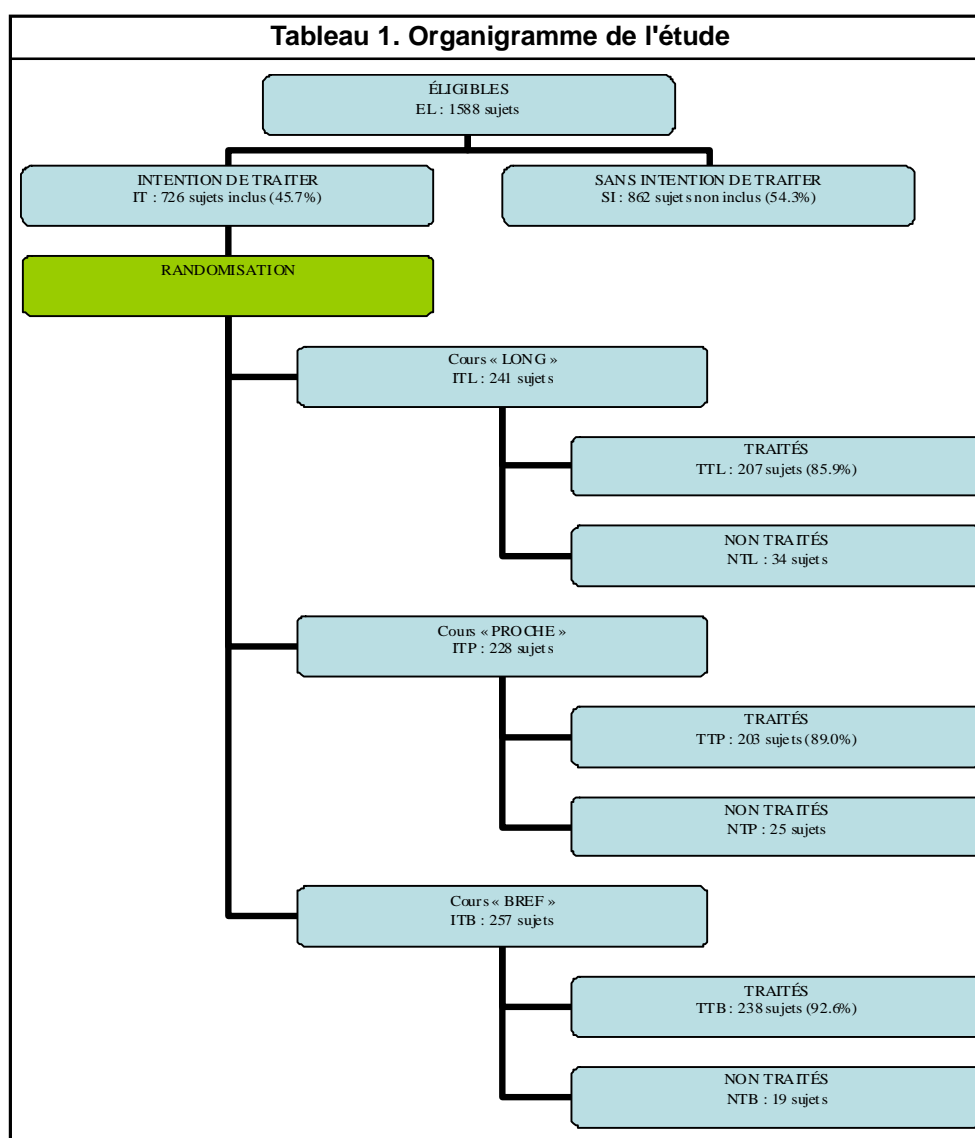
Trois types d'interventions ont été choisis dont l'axe est d'aider les participants à ne pas se retrouver dans une situation de conduite en état d'ivresse, en pire, la récidive.

- Cours "LONG" d'une journée (7 heures) ; intervenants : médecin, juriste, psychologue.
- Cours "PROCHE" d'une demi-journée (3 heures et demi) en compagnie d'un proche choisi par la personne interpellée ; intervenants : juriste, psychologue.
- Cours "BREF" de deux heures ex cathedra ; intervenants : juriste, psychologue.

Le contenu des interventions est le même, quel que soit le type d'intervention : la législation sur la circulation routière ; les conséquences de la CEI au niveau des assurances ; l'alcool et la capacité de conduire ; les aspects culturels et psychologiques (idées reçues) de l'alcool ; l'alcool et la santé ; boire ou conduire : stratégies alternatives.

L'objectif est de permettre aux participants d'adapter leur comportement et d'élargir leurs connaissances de manière à réduire le risque de récidive de CEI, et non pas de changer de mode de vie ou de fonctionnement psychologique.

La première hypothèse de travail était que toute intervention devrait réduire le risque de récidive en se basant sur l'adage "il vaut mieux faire quelque chose que rien du tout". La seconde était que la qualité d'une intervention ne dépend pas de sa durée mais de sa structure. Dans ce sens, nous postulons que la présence de proches améliorerait l'efficacité de l'intervention, comme cela a déjà été montré en alcoologie.



Efficacité

L'efficacité est jugée sur le taux de récidives trois ans après la CEI (clôture de l'observation le 28 février 2007 pour le dernier inclus).

Variables

Les variables mesurées sont présentées en annexe. Il s'agit :

- pour tous les sujets éligibles, des informations contenues dans le dossier administratif du conducteur ;
- pour les sujets inclus, les informations précédentes ainsi que de celles recueillies lors de l'entretien préliminaire.

RÉSULTATS

Participation (tableau 1)

Deux tris parmi les sujets sont réalisés par eux-mêmes. Dans un premier temps, 46% répondent favorablement à l'invite de l'autorité et expriment ainsi leur intention d'être traités tandis que les autres décident de ne pas y répondre. Dans un second temps, après avoir été assignés à un groupe de traitement lors de l'entretien préliminaire, 11% des sujets convoqués renoncent encore à se présenter au cours.

1588 sujets ont été retenus comme éligibles. Tous ont conduit en état d'ivresse entre le 1^{er} juin 2001 et le 28 février 2004 (33 mois). Toutes les CEI correspondant aux critères d'éligibilité décrits ci-dessus ont été retenues.

726 sujets ont répondu à l'invitation de l'autorité, se sont présentés à l'entretien préliminaire et ont été soumis à la randomisation en trois groupes.

Les groupes "intention de traiter", respectivement pour le cours "LONG", "PROCHE", "BREF", comptent 241, 228, 257 sujets.

78 sujets ne se sont pas présentés aux cours.

Le nombre de sujets ayant finalement bénéficiés d'un traitement se monte à 648, soit 40.8% du total des éligibles.

Population éligible : les primodélinquants de CEI

Une observation de 33 mois recueillant des observations sur un échantillon de 1588 sujets est certainement représentative de la population des primodélinquances de CEI⁽³⁾. Cette population présente les caractéristiques suivantes :

- une écrasante majorité d'homme (89%);
- un âge moyen de 35.5 ans (figure 1) avec une expérience de conduite moyenne de 14.6 années;
- une alcoolémie contrôlée en moyenne à 1.53‰ (figure 2);

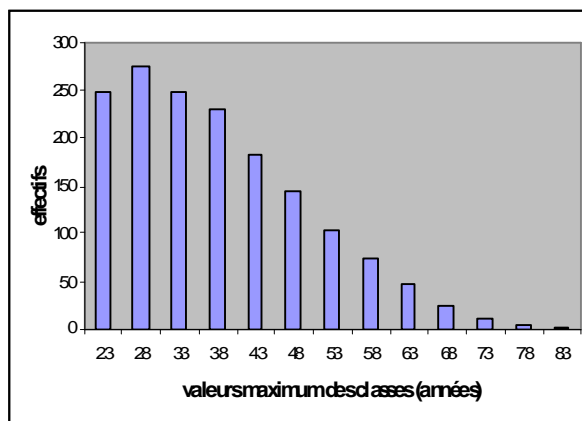


Figure 1. Population éligible : distribution des âges.

(3) Pour des alcoolémies comprises entre 0.80 et 2.49‰

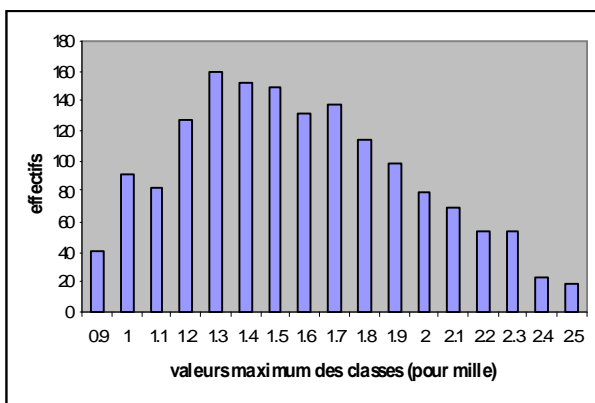


Figure 2. Population éligible : distribution des alcoolémies

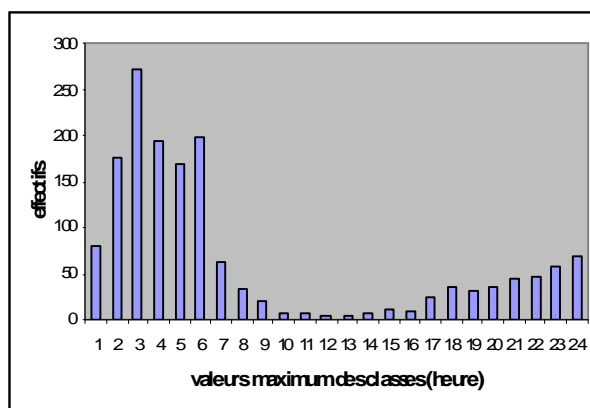


Figure 3. Population éligible : distribution des heures auxquelles les CEI ont été relevées

- les 2/3 sont relevées entre 0 et 6h le matin (figure 3).

Randomisation

La randomisation en 3 groupes semblables est réussie et vérifiée : les 3 groupes "intention de traiter" aussi bien que les 3 groupes "traités" ne présentent entre eux aucune différence significative, après vérification, selon toutes les variables mesurées (annexe). Les groupes de traitement LONG, PROCHE et BREF sont donc parfaitement comparables.

Fréquence de récurrences, mesure de l'efficacité des interventions

On ne peut mesurer autrement les efficacités respectives des interventions qu'en comparant les probabilités de récurrence présentées par chacune.

	Intention de traiter	Traités
LONG	16.2%	15.9%
PROCHE	9.2%	9.4%
BREF	9.7%	9.2%

Tableau 2. Pourcentages de récurrence parmi les groupes inclus

Or on remarque un effet des groupes "intention de traiter" sur la fréquence de récurrence (tableau 2). L'effet se confirme si on compare les pentes des courbes de survie selon la méthode de Kaplan-Meier (figure 4) : le test d'égalité des fonctions de survie cumulées selon le "log-rank test" montre une différence avec une probabilité d'erreur inférieure à 0.03. Et l'effet se confirme encore si on compare les récurrences selon les groupes "traités". Manifestement, une intervention longue induit une probabilité de récurrence nettement plus élevée (de l'ordre de 16%) que les deux autres interventions (environ 9%). À titre comparatif, signalons que les fréquences de récurrence sont respectivement de 13.2% et de 14.1% dans les groupes "sans intention de traiter" (SI) et "intention de traiter non traités"(NT).

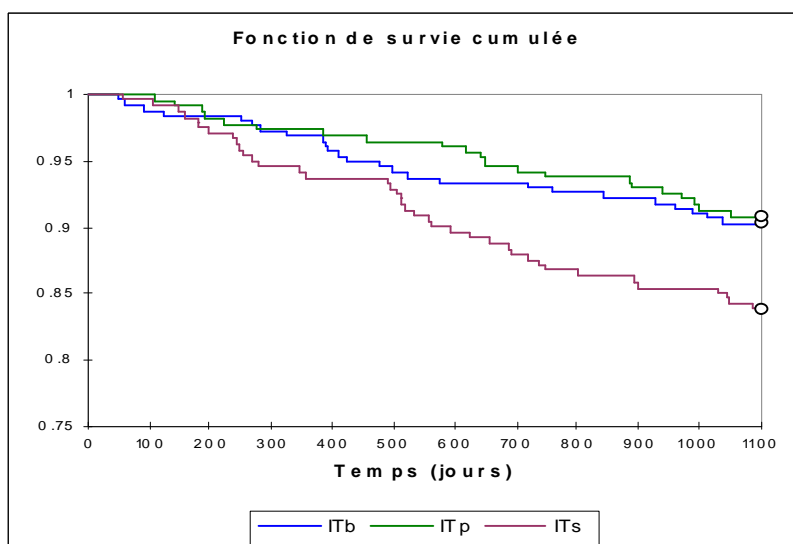


Figure 4. Fonctions de survie cumulée pour les 3 groupes "intention de traiter", traitement BREF (ITb), traitement PROCHE (ITp), traitement LONG (ITs).

Prédicteurs de la récidive

Nous disposons des informations provenant du dossier administratif pour tous les sujets éligibles et des informations provenant de l'entretien préliminaire pour les sujets "intention de traiter". C'est parmi ces données que nous avons tenté de déceler des prédicteurs de la récidive.

Sujets éligibles (EL = 1588)

La fréquence générale de récidive est de 13.2%. Elle est significativement ($p < 0.05$) plus élevée

- pour la classe d'âge de 18 à 32 ans : 17.3%;
- pour la classe 1 (0 à 14 années depuis l'obtention du permis de conduire) d'expérience de la conduite : 17.1%;
- lorsque la première infraction est relevée entre 6:00h et 11:59h : 19.1%;
- lorsque l'alcoolémie de la première infraction se situe entre 2.00 et 2.49 ‰ : 18.6%.

Intention de traiter (IT = 726)

Parmi toutes les variables mesurées, seules quelques-unes sont liées à la récidive avec une probabilité > 0.95 .

La probabilité générale de récidive se situe à 11.7% mais elle est de

- 15.8% pour la classe d'âge de 18 à 32 ans;
- 16.1% pour la classe 1 d'expérience de la conduite (0 à 14 années depuis l'obtention du permis de conduire);
- 23.1% lorsque la première infraction est relevée entre 6:00h et 11:59h;
- 19.2% lorsque l'alcoolémie de la première infraction se situe entre 2.10 et 2.49 ‰ ;
- 12.8% pour les hommes (3.5% pour les femmes);
- 18.2%, 18.7% et 19.7% respectivement pour les catégories socioprofessionnelles "artisan", "ouvrier" et "sans profession";
- 13.6% lorsque la réponse est positive à la question "êtes-vous suivi actuellement pour une maladie particulière ?" et 5.1% lorsque la réponse est négative;
- 20.2% lorsque la réponse est positive à la question "C'est après quelques verres que

je suis vraiment détendu";

- 18.5% lorsque la réponse est positive à la question "Après une dure journée, il n'y a rien de tel pour se relaxer que de boire un verre";
- 16.2% dans le groupe ITL;
- 15.9% dans le groupe TTL.

On constate en outre qu'une alcoolémie élevée (plus de 2.09 ‰) relevée lors de la CEI reste le meilleur des prédicteur de la récurrence puisque, quel que soit le groupe d'intervention, la fréquence de récurrence est nettement plus élevée que pour des alcoolémies plus faibles (figure 5).

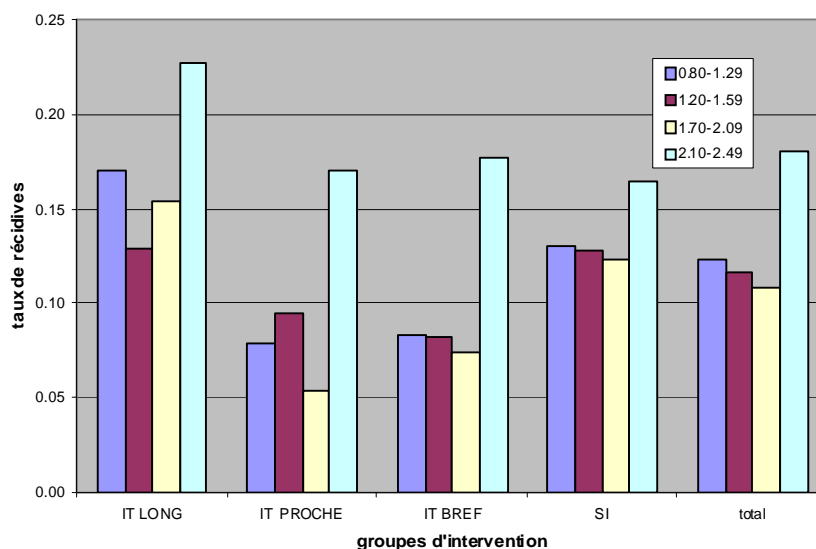


Figure 5. Récurrences en fonction du groupe d'intervention et de l'alcoolémie lors de la CEI.

Cette constatation nous a amené à recalculer les fréquences de récurrence pour chaque groupe d'intervention en ne prenant en compte que les sujets ayant présenté une alcoolémie inférieure à 2.10 ‰. Les fréquences se situent dès lors à

- 14.7% pour le groupe Intention de Traiter LONG ;
- 7.5% pour le groupe Intention de Traiter PROCHE;
- 8.0% pour le groupe Intention de Traiter BREF;
- 12.7% pour le groupe Sans Intention de Traiter.

Selon ce calcul, les interventions "BREF" et "PROCHE" permettent de réduire les récurrences de 10 à 6 par rapport au groupe SI (sans intention de traiter).

Un groupe contrôle

Le groupe SI (sans intention de traiter) ne peut être considéré comme un groupe contrôle puisque l'appartenance au groupe n'est pas le fruit d'une randomisation mais le résultat d'un choix opéré par les sujets eux-mêmes. Ceci est conforté par l'observation de différences significatives ($p < 0.05$) entre ce groupe SI et le groupe "intention de traiter" (IT). Les sujets du groupe "intention de traiter"

- sont plus âgées (37.1 années vs 34.1 années);
- ont une plus longue expérience de la conduite (16.4 années vs 12.9 années);
- présentent une alcoolémie plus élevée lors de la CEI (1.58‰ vs 1.49‰);
- sont plus fréquemment titulaires d'un permis de conduire A (19.1 vs 10.1%), A1 (44.4 vs 24.5%), C (4.0 vs 1.4%).

Pour simuler un groupe contrôle, nous avons construit, à partir du groupe SI, un échantillon (n = 300) dont les fréquences croisées - âge - alcoolémie - sont les mêmes que dans le groupe "intention de traiter". Dans ce pseudo groupe contrôle, la fréquence de récurrence est de 13.0%.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Participation

Globalement, on peut estimer que la population concernée, selon les critères que nous avons définis, est de l'ordre de 550 à 600 par années.

La proposition de participer à un cours d'information sur l'alcool et la conduite a rencontré un succès certain auprès des personnes ayant conduit en état d'ivresse. C'est en effet 40% des sujets pressentis qui ont bénéficié de l'intervention malgré le coût en termes de dépense d'argent, d'énergie, de temps et, pour une partie d'entre eux de mobilisation de proches.

Les participants aux cours sont plus âgés et possèdent plus fréquemment plusieurs types de permis. Il semble donc que l'expérience de la conduite incite les conducteurs à remettre en cause leur comportement lorsque cela leur est proposé. On voit aussi que les alcoolémies sont plus faibles chez les conducteurs non concernés et ceci s'explique sans doute par le fait que le gain du cours est moindre chez les personnes ne risquant qu'un retrait du permis de conduire de courte durée.

Les conducteurs qui ne se sentent pas concernés par un cours sont sans doute ceux qui pensent pouvoir maîtriser leur consommation d'alcool ou, au moins, pouvoir éviter de conduire à nouveau en état d'ivresse. Pourtant plus de 13% vont récidiver et on peut penser que plus les conducteurs sont jeunes et moins ils ont d'expérience de la conduite, plus ils se surestiment.

Efficacité

Lorsque, en 1999, nous avons fait un relevé des modèles allemands d'interventions pour réduire la récurrence de conduite en état d'ivresse, nous écrivions dans un rapport interne : "L'efficacité des modèles de cours a été testée en Allemagne de façon plus ou moins rigoureuse. Il est clair qu'elle a évolué parallèlement à l'évolution de l'environnement et du contenu des cours. Au point que, dans les premiers temps, on pouvait se demander si la participation au cours ne produisait pas une augmentation de la récurrence. Actuellement, les taux de récurrences mesurés pour trois types de cours sont de 13.5%, 12.8%, 14%, pour un taux, sans intervention, mesuré généralement comme supérieur à 20%".

Les trois modes d'intervention que nous avons choisis donnent lieu à 9.2%, 9.4% et 15.9% de récurrence. C'est à la fois mieux et pire que ce que nous prévoyions. Si, dans un échantillon comparable, sans intervention, nous comptons 13% de récurrence, les interventions provoquent, pour BREF et PROCHE, une diminution sensible des récurrences mais pour LONG une augmentation à peu près dans la même proportion.

13% de récurrence, sans intervention, paraît peu en comparaison de ce qu'on trouve dans la littérature et qui est le plus souvent de l'ordre de 20%. Il faut cependant tenir compte du fait que nous n'avons retenu, comme susceptibles de recevoir l'intervention, que les premières CEI avec une alcoolémie inférieure à 2.5‰. Or ces caractéristiques sont liées a priori à une moins grande fréquence de problématiques alcooliques lourdes et donc de récurrences.

Toutes les précautions méthodologiques ont été prises pour que nous puissions comparer les trois modes d'intervention. On ne peut donc pas invoquer le hasard ni lorsque

le cours est "bénéfique", ni lorsqu'il est "maléfique". Il faut se rendre à l'évidence : l'adage selon lequel il est toujours mieux de faire quelque chose que de ne rien faire est faux. Sans que nous en comprenions exactement la raison, la participation au cours LONG, peut inciter les participants à adopter un comportement contraire à celui qui leur est proposé comme modèle.

La procédure expérimentale que nous avons choisie interdisait de faire évoluer les modes d'enseignement même si, assez tôt, il est apparu que le cours LONG était inadapté et que l'effet atteint était inverse de celui escompté.

Par contre on enregistre avec satisfaction que les cours PROCHE et BREF, produisent une diminution de la fréquence de récurrence. Si on considère que le taux de récurrence de base se situe à 13% et que ces interventions le réduisent à 9%, cela signifie que 3 récurrences sur 10 sont évitées par le recours à ces interventions. Et si une intervention PROCHE ou BREF n'est proposée qu'aux personnes ayant présenté une alcoolémie inférieure à 2.10‰, on peut compter sur une réduction de 4 pour 10. Ce résultat est rien moins que prometteur.

L'hypothèse selon laquelle la présence d'un proche augmente l'impact de l'intervention sur les sujets ne se vérifie pas puisque l'efficacité n'est pas plus grande pour ce type d'intervention que pour le cours BREF. On peut cependant escompter, sans avoir aucune possibilité de le vérifier, un effet collatéral sur les proches ayant assisté aux cours. Dans la très grande majorité des cas, ceux-ci sont également conducteurs. Sans doute pourront-ils appliquer sur eux-mêmes les recommandations qui leur ont été livrées indirectement.

L'efficacité de l'intervention n'est pas la même pour les hommes que pour les femmes, celles-ci y sont plus sensibles. On constate en effet que le sexe n'est pas lié à la fréquence de récurrence dans le groupe "sans intention de traiter" : elle est de 9% chez les femmes et de 12% chez les hommes. Par contre, la fréquence de récurrence chez les femmes tombe à 3.5% dans le groupe "intention de traiter".

Enfin il faut constater que l'efficacité des interventions est au mieux nulle pour les personnes ayant présenté une alcoolémie élevée lors de la CEI. En limitant l'éligibilité aux conducteurs avec une alcoolémie inférieure à 2.5 ‰, nous pensions pouvoir éliminer les personnes connaissant un mode de consommation d'alcool tel qu'il mérite un traitement d'ordre médical. Force est de constater que cette limite est encore trop haute et que l'éligibilité à une intervention devrait être réservée aux alcoolémies inférieures à 2.10 ‰.

Prédiction

Nous espérons que la masse d'informations recueillies lors des entretiens préliminaires allaient permettre de dégager des prédicteurs de la récurrence. Les résultats peuvent apparaître comme décevants car ils montrent surtout ce qu'on savait déjà : la récurrence est plus probable - chez les plus jeunes - lorsque l'alcoolémie est élevée - lorsque la première CEI est relevée en seconde partie de la matinée. Le meilleur prédicteur de la récurrence est sans doute le croisement des variables alcoolémie et tranche horaire : une alcoolémie dépassant le 0.8‰ et persistant après 6 heures du matin est une alcoolémie résiduelle produite par une alcoolisation massive de la nuit ou est une reprise de la consommation d'alcool dès le réveil. Les deux sont le signe d'une problématique alcoolique entraînant une perte de la maîtrise de la consommation. Un autre prédicteur attendu est le statut socioprofessionnel : les récidivistes comptent plus de "sans profession".

Curieusement, les deux seules questions donnant une indication sur la récurrence sont des questions d'apparence anodine. "C'est après quelques verres que je suis vraiment détendu" et "Après une dure journée, il n'y a rien de tel pour se relaxer que de boire un verre". Les récidivistes sont 21 à 24% à répondre par l'affirmative aux questions ci-dessus alors que les non récidivistes ne sont que 11 à 14%. La récurrence est-elle le produit d'une

problématique alcoolique signalée par la reconnaissance de l'effet déstressant de l'alcool ? Ou bien est-elle le produit d'une banalisation de l'abus d'alcool telle que celui qui le recherche ne peut pas l'éviter ou l'abandonner mais au contraire le reproduit fréquemment ?

Le plus surprenant est sans doute que nous n'ayons décelé aucun lien entre la récidive et le status alcoologique, que celui-ci soit évalué selon la CIM-10, selon l'Audit ou par d'autres questionnaires.

Raisons de l'absentéisme

Nous nous sommes demandé aussi pourquoi tant de personnes (10% des personnes convoquées) ne se présentaient pas alors qu'elles avaient donné leur accord, avaient assisté à l'entretien préliminaire et, pour la majorité d'entre elles avaient payé leur participation.

La première cause de défection est la durée du cours : 7.4% pour le cours BREF, 11.0% pour le cours PROCHE, 14.1% pour le cours LONG. On note aussi que les défections sont plus fréquentes chez les plus jeunes et chez les plus âgés.

Mais les raisons les plus marquantes de l'absentéisme sont celles qui touchent à la consommation de substances : 6.4% (contre 1.8%) admettent avoir présenté des signes de sevrage ; 6.4% (contre 2.2%) admettent avoir consommé de l'héroïne ; 11.7% (contre 3.6%) sont jugés comme ayant eu une attitude inadéquate lors de l'entretien préliminaire ; leur mode de consommation d'alcool est plus souvent centré sur la lutte contre la déprime (pour se relaxer, pour oublier les ennuis ou le surmenage, pour devenir indifférent, s'évader, se remonter le moral, se désennuyer).

La "clientèle"

Pour terminer, nous présentons quelques informations provenant de l'entretien préliminaire. Le groupe "intention de traiter", soumis à l'entretien, reste un assez bon échantillon de la totalité de la population éligible. De plus, les informations ont été recueillies sous l'assurance de la confidentialité, ce qui leur confère une certaine valeur de sincérité.

L'âge de la première ivresse (le fait de bredouiller ou de sentir un déséquilibre sur les jambes) est situé à 18.8 ans.

14.2% admettent avoir eu des problèmes avec l'alcool

19.8% ont déjà pensé qu'ils étaient consommateur excessif ou buvaient plus que la normale.

65.8% se sont déjà surpris à prendre des quantités d'alcool plus importantes que celles initialement prévues.

Pour 18.7%, quelqu'un leur a déjà fait part de son inquiétude au sujet de leur consommation d'alcool.

47.4% ont le sentiment d'avoir déjà conduit en ayant bu plus que la norme autorisée en dehors de l'interpellation.

22.0% ont déjà tenté d'arrêter de boire.

41.1% ont déjà consommé des drogues.

Cannabis : 40.2%

Cocaïne : 9.2%

Héroïne : 2.6%

Ecstasy : 6.1%

Autres : 3.4%

13.1% ont déjà conduit en ayant absorbé l'une de ces drogues.

Status alcoologique selon C.I.M.-10

dépendant : 13.9%

consommateur à risque : 32.1%

consommateur social : 54.0%

Status alcoologique selon AUDIT

dépendant: 5.2%

consommateur à risque : 39.7%

consommateur social : 55.1%

La corrélation entre status CIM-10 et AUDIT est faible : 0.39.

ANNEXE

Les variables étudiées

1. Selon le dossier administratif du conducteur

- Âge
- Sexe
- Expérience de la conduite (années depuis l'obtention du p.c.)
- Type(s) de permis de conduire dont il est titulaire
- Date et heure de la CEI
- Alcoolémie
- Circonstance
- Véhicule conduit
- Récidive (date, heure, alcoolémie, circonstance)

2. Selon l'entretien préliminaire

- État civil
- Habitation
- Scolarité
- Statut professionnel
- Statut socio-professionnel
- Circonstances de la CEI
- Usage du véhicule
- Histoire alcoologique : 20 questions
- Antécédents de consommation de substances (alcool, drogue, médicament) : 15 questions
- Antécédents médicaux : 6 questions
- Status alcoologique selon la CIM-10 : 11 questions
- Les bénéfices de l'alcool : 11 questions
- Les modes de consommation de l'alcool : 46 questions
- Audit : 10 questions et status alcoologique.