

Le dépistage clinique des conducteurs sous influence de psychotropes

Clinical screening of drivers under the influence of psychoactive drugs

Charles MERCIER-GUYON

C.E.R.M.T., BP 132 - 74004 ANNECY Cedex - E-mail : cermtcmg@wanadoo.fr

(Reçu le 14 avril 2003 ; accepté le 7 mai 2003)

RÉSUMÉ

Si l'alcool a représenté, pendant des décennies la principale cause d'altération comportementale chez les conducteurs, la consommation de drogues illicites est devenue, depuis une vingtaine d'années, une cause non négligeable de troubles du comportement au volant. Si certains pays ont mis en place des procédures cliniques d'évaluation comportementale depuis de nombreuses années, d'autres sont restés pratiquement exclusivement orientés sur la détection des états d'alcoolisation. Si la preuve biologique est un apport important dans la détermination de l'état d'ivresse dans les pays qui utilisent les tests comportementaux, cet apport n'est pas toujours indispensable pour autoriser une procédure judiciaire. Si la détection initiale des altérations du comportement chez les conducteurs repose toujours à la base sur les policiers de terrains, des approches différentes sont ensuite utilisées selon les pays. Les USA ont développé, depuis une quinzaine d'années, un système basé sur des policiers experts, spécialement entraînés, chargés de réaliser une évaluation complète de l'état du conducteur. Les Pays Scandinaves, l'Allemagne et la Belgique, ont des procédures sensiblement différentes. A la base, le policier de terrain a pour seul objectif d'établir, à l'aide de tests simples, s'il y a ou non une légitime suspicion l'état d'ivresse. Si cette suspicion est avérée, il est procédé, avec l'aide d'un médecin, à un prélèvement biologique, généralement sanguin, qui servira à établir la preuve judiciaire. En France où il n'y pas d'obligation d'évaluation comportementale chez les conducteurs, ou même de suspicion d'ivresse, la détection était uniquement focalisée sur la détermination d'une imprégnation alcoolique jusqu'à la mise en place de la loi sur la conduite sous l'emprise de stupéfiants. Pour faire face à ce problème, les procédures de détection devront logiquement reposer sur une évaluation clinique et comportementale préliminaire et susceptible d'avoir une valeur probante devant les tribunaux.

MOTS-CLÉS

Cannabis, amphétamines, cocaïne, opiacés, tests comportementaux, évaluation clinique.

SUMMARY

If alcohol consumption, during past decades, represented the main cause of impairment in drivers, consumption of other psychoactive substances becomes today, an increasing cause of drivers' impairment. If some countries have implemented procedures for clinical evaluation since several years, many other countries still focus on detection of alcohol in drivers. If the biological evidence is an important step in the countries using clinical evaluation procedures, this step is not always required for justice procedures. If the first step of the impairment evaluation in drivers always rest on field policemen on a second step, different approaches are used depending of the countries.

USA, since 15 years, have developed a procedure based on expert policemen, especially trained, in charge of leading a complete evaluation of the driver. Scandinavian Countries, Germany and Belgium have different procedures. The field policeman has only to establish, with simple behavioral tests if there is or not a reasonable suspicion of impairment. If this suspicion exists, a biological sample (generally blood) is collected to be used for the justice procedure. In other countries, like France, which have no obligation to lead a clinical evaluation in drivers, and which have no obligation of Areasonable suspicion. The detection of impaired drivers was only focused on the determination of an alcohol concentration until the implementation of the law on drug and driving. To face the problem of driving under the influence of psychoactive substances, the procedures of drug detection will reasonably have to rest, in the future, on a preliminary and an evidential clinical evaluation of the drivers' impairment.

KEY-WORDS

Cannabis, amphetamines, opiates, cocaine, behavioral tests, clinical evaluation.

Introduction

La mise en place progressive, en France, des dépistages de stupéfiants chez les conducteurs implique une réforme majeure de la stratégie de leur prise en charge par les forces de l'ordre. Tout le dispositif actuel de prise en charge des conducteurs impliqués dans une conduite «en état d'ivresse» est encore basé sur les procédures qui se sont développées depuis 50 ans dans le domaine de l'alcool.

Lors de la mise en place du délit de conduite en état d'ivresse, en 1959, la France ne disposait pas de moyens techniques de dépistage chimique de l'alcool, et les forces de l'ordre basaient leurs procédures sur une constatation d'«ivresse manifeste», déterminée à l'aide de fiches d'observation clinique et comportementale. L'apparition, à partir de 1965, des premiers alcootests, a progressivement amené les forces de l'ordre à délaissier les tests comportementaux, pourtant encore présents dans les fiches «A» et «B» utilisées par les agents de la force publique et par les médecins requis pour évaluer les états d'ivresse des conducteurs. Cette évolution repose sur quatre motifs principaux :

- Un souhait légitime de simplifier les procédures grâce à l'alcootest,
- L'inutilité qui, en découlait, de remplir les fiches «A», la détermination clinique de l'état d'ivresse du conducteur par le médecin requis à l'aide de la fiche «B» étant jugé suffisante.
- L'abaissement progressif du taux d'alcoolémie légal (1,20 g/L en 1970, 0,50 g/L en 1995), qui rendait possible la poursuite des conducteurs en l'absence même d'un état d'altération clinique, absent en dessous de 0,80 g/L chez la plupart des sujets.
- Une crainte de baser une interpellation sur des critères jugés subjectifs, et de conduire à un délit de faciès, ceci d'autant que la preuve «biologique» était estimée la moins contestable dans le droit français.

La mise en place d'un taux d'alcoolémie légal inférieur au seuil d'apparition d'effets cliniques ou comportementaux évidents a été un élément décisionnel majeur sur ce point, mais a créé une faille dans le système, en ne prenant pas en compte les troubles comportementaux ou les signes cliniques liés à la prise d'autres substances psychoactives. L'état d'ivresse a été assimilé à la conduite alcoolisée, alors que de nombreux autres pays développaient la notion de conduite altérée (impaired driving), ou conduite «aux facultés affaiblies», pour reprendre l'appellation utilisée au Québec.

La mise en place, depuis le 1^{er} octobre 2001, des premiers dépistages de stupéfiants illicites s'est effectuée sans difficultés sur ce plan, les premiers dépistages

étant limités aux seuls accidents mortels, autorisant ainsi une procédure, au cas par cas, encore gérable par les forces de l'ordre.

L'extension des dépistages découlant de l'adoption de la loi «Dell'Agola» autorise dorénavant le dépistage des produits stupéfiants dans les mêmes situations que pour l'alcool, c'est à dire en cas d'accident, corporel ou non, d'infraction au code de la route, ainsi qu'à titre préventif systématique, confronte les forces de l'ordre à des problèmes logistiques insurmontables sur la base des procédures développées pour les seuls accidents mortels.

Il ne sera guère possible de mener tous les conducteurs concernés à l'hôpital ou au cabinet d'un médecin pour réaliser les tests urinaires de dépistage et les évaluations comportementales à l'aide des fiches «E» prévues à cet effet. D'autre part, le souhait exprimé par les forces de l'ordre de disposer de tests électroniques de dépistage de drogues, analogues aux éthylotests ou aux éthylomètres ne se concrétisera pas dans un délai acceptable en terme de sécurité routière, du fait du nombre important de cas de conduite sous l'emprise de drogues.

La prise en charge de ces conducteurs impose donc, à très court terme, la mise en place de procédures de «screening» au bord de la route, à l'aide d'épreuves comportementales simples, permettant de limiter le dépistage biologique aux seuls cas de conducteurs présentant des signes cliniques ou comportementaux permettant d'établir une suspicion de prise de substances psychoactives.

Cette évaluation, qui semble représenter une révolution culturelle pour les forces de l'ordre, est pourtant implantée depuis plusieurs décennies dans de nombreux pays.

Les pays qui disposent depuis longtemps de procédures cliniques de dépistage des altérations comportementales sont généralement ceux dans lesquels les lois constitutionnelles interdisent de procéder à des détectations biologiques en l'absence de signes cliniques de suspicion d'ivresse (USA, Allemagne, pays scandinaves).

Cependant, d'autres pays, comme la Belgique et la Suisse, malgré une «culture» des policiers et gendarmes de terrain analogue à la notre, ont mis en place de telles procédures spécifiquement depuis quelques années, dans le cadre de nouvelles lois sur la drogue au volant.

Dans ces pays, si la détection initiale des altérations du comportement chez les conducteurs repose toujours à la base sur les policiers de terrains, avec une notion de «Reasonable Suspicion», ou légitime suspicion d'«état

altéré», à l'aide de critères comportementaux et cliniques, des approches différentes sont ensuite utilisées selon les situations locales.

- **Les USA** ont développé, depuis une vingtaine d'années, un système basé sur des policiers experts, de deuxième niveau, spécialement entraînés, chargés de réaliser une évaluation complète de l'état du conducteur (1, 2, 3, 4).

Ce programme, baptisé DRE (Drug Recognition Expertise) repose sur la formation de policiers experts en petit nombre (2 à 3 par comtés, l'équivalent d'un département français). Cette formation complexe est complétée par la nécessité d'une recertification périodique et impose la réalisation d'un nombre minimum d'évaluations chaque année pour conserver cette certification.

Dans la pratique, le policier de terrain, confronté à un conducteur suspect, fait appel au policier DRE qui réalisera une batterie standardisée de tests cliniques.

- **Les pays scandinaves, l'Allemagne, la Suisse, la Belgique**, ont des procédures sensiblement différentes. A la base, le policier de terrain a pour seul objectif d'établir, à l'aide de tests simples, pas toujours systématisés, s'il y a ou non une légitime suspicion d'état d'ivresse. Si cette suspicion est avérée, il est procédé, avec l'aide d'un médecin, à un prélèvement biologique, généralement sanguin, qui servira à établir la preuve judiciaire.

Les tests d'évaluation comportementale

Les effets des différentes substances psychoactives sur les fonctions cognitives et comportementales sont variables selon les produits. Les principaux tests utilisés explorent :

- Les fonctions labyrinthiques et l'équilibre, perturbés principalement avec la prise d'alcool ou de produits sédatifs. Les épreuves d'équilibre debout, le test de Romberg (équilibre debout sur une jambe, avec l'autre jambe tendue et les yeux fermés), la marche en ligne droite et le demi-tour sur place sont les tests les plus couramment utilisés.

- La motricité oculaire, perturbée lors des prises d'alcool et de drogues sédatives, est explorée par la recherche du nystagmus horizontal et de la convergence oculaire.

- Les modifications du diamètre pupillaire, à l'examen direct puis en réaction à la lumière, avec un myosis en cas de prise de drogues opiacées, de mydriase lors des états de sevrage. Le diamètre pupillaire est générale-

ment évalué à partir d'échelles visuelles comparatives.

- Les dysmétries et l'adiadocosynésie, fréquentes en cas de prise de produits sédatifs ou psycho-dysléptiques, sont explorables à l'aide du test doigt-nez.

- L'élocution, pâteuse en cas de prise de produits sédatifs.

Selon la qualification de la personne qui les utilise et selon l'objectif visé on peut classer les tests en différentes catégories :

- **«le coup d'œil»** sans tests spécifiques utilisés dans les pays où la légitime suspicion d'ivresse ne nécessite pas l'utilisation de batteries standardisées, l'expérience du policier et son appréciation globale, renforcée éventuellement par des indices matériels (découverte de drogues, de médicaments) peut suffire à déclencher une procédure soit d'appel à un policier expert, soit de détection biologique.

- **Les batteries simplifiées de tests** utilisées par exemple en Suisse, sont basées sur une codification de l'appréciation globale. Cette codification repose sur des symptômes simples :

- le sujet, tient normalement, difficilement ou ne peut pas tenir debout

- le sujet peut marcher normalement, il titube ou il ne peut pas marcher

- le sujet parle normalement, est difficile à comprendre, ou ses propos sont inintelligibles

Ces symptômes simples, à trois degrés d'altération, joints aux constatations matérielles peuvent permettre au policier de faire pratiquer une détection biologique.

- **Les fiches simplifiées d'évaluation policière**

A l'exemple des fiches policières françaises ou allemandes, ces fiches sont essentiellement descriptives et concernent des symptômes plus adaptés à la caractérisation des états d'alcoolisation qu'à celles des états d'ivresse liés à la prise d'autres produits psychotropes, notamment stimulantes.

Les signes habituellement retenus sont :

- les caractéristiques physiques (corpulence)

- le comportement général (calme, agressif, énervé)

- le langage, l'équilibre et la démarche

Comme dans les batteries précédentes, elles ne comportent aucun test codifié.

- **Les batteries de tests systématisées**

La plus connue et la plus couramment utilisée est le Field Sobriety Test (FST), largement utilisé en première intention par les policiers de terrain aux USA et en Scandinavie depuis près de trente ans (4, 5, 6).

Elle comporte, en plus des constatations physiques glo-

bales et de l'évaluation générale (comportement général, langage, marche), des tests spécifiques réalisés sous le contrôle du policier et dont les résultats sont notés sur un rapport.

Ces tests ou constatations sont classés en catégories :

- Diamètre pupillaire : normal, dilaté, rétréci
- Convergence oculaire
- Nystagmus
- Marche en ligne droite
- Demi-tour sur place
- Test doigt-nez
- Test de Romberg

D'autres constatations sont relevées comme la fréquence cardiaque, les tremblements, l'aspect des conjonctives oculaires et la présence de signes cliniques d'utilisation de drogues (points d'injection, septum nasal).

C'est à partir de cette batterie de tests que nous avons développé le projet de fiche «E», adopté ensuite en France et utilisé par les médecins requis pour le dépistage de stupéfiants depuis le 1^{er} octobre 2001. Le projet de fiche «D», que nous avons élaboré dans le même temps pour les policiers prévoyait, à leur usage, des tests simples, avec évaluation de la station debout, de la démarche, du langage, et du comportement général. Ce projet n'avait pas été retenu à l'époque, les représentants des forces de l'ordre refusant toute idée d'évaluation comportementale. La fiche «D» actuellement utilisée lors de l'interpellation des conducteurs suspectés de prise de stupéfiants ne comporte plus de signes comportementaux ou descriptifs.

De ce fait, la France est le seul pays où des médecins sont requis pour réaliser une batterie de tests conçus pour des policiers de terrain.

• Les batteries de test DRE

Utilisées par des policiers experts spécialement formés et appelés en deuxième intention, la batterie DRE comporte 12 étapes codifiées et aboutissant à un rapport qui a valeur probante devant les tribunaux. Les tests utilisés sont réalisés d'une manière très codifiée, avec des explications standardisées données au conducteur testé, et des conditions rigoureuses de passation. Ces étapes sont :

- l'analyse des constatations faites par le policier de terrain
- le dépistage d'alcoolémie par éthylomètre
- l'interrogatoire du conducteur, à la recherche d'éléments médicaux (toute pathologie médicale susceptible de fausser le test fait «sortir» le conducteur du processus DRE)
- la prise de pouls à 3 reprises au cours de l'expertise
- la prise de la tension artérielle
- la recherche de signes de toxicomanie (points d'in-

jection, conjonctives oculaires, examen de la bouche et des fosses nasales)

- l'équilibre debout les yeux fermés
- l'examen de l'équilibre sur une jambe
- l'étude de la marche en ligne droite et du demi-tour
- la recherche du nystagmus oculaire
- l'étude de la convergence du regard
- le test doigt nez
- la mesure précise du diamètre pupillaire et sa réactivité à la lumière.

Évolution et limites des batteries de tests

En règle générale, les pays qui ont débuté l'utilisation de tests simples d'évaluation comportementale par des policiers de terrain ont vu ces derniers acquérir une bonne pratique de ces tests et la tendance naturelle, après quelques années d'utilisation de ces tests, est de compléter les batteries utilisées par des tests plus complexes. Cette demande des forces de l'ordre est fréquemment observée après les inévitables réticences initiales. Toutefois, cette évolution vers une complexité croissante des batteries de tests se heurte à plusieurs difficultés ou limites d'utilisation.

• **une première question** de principe, liée aux différentes cultures médicales et policières concerne la réalisation de tests véritablement cliniques et leur interprétation par des non-médecins.

- la prise du pouls et de la tension artérielle est généralement bien acceptée dans le cadre du programme DRE américain, elle heurterait à l'évidence les opinions dans d'autres pays où ces gestes sont reconnus comme de l'usage exclusif par un médecin ou à un paramédical.

- la recherche de signes cliniques de toxicomanie (points d'injection, examen de la bouche et des fosses nasales) est considérée par certains pays comme du ressort exclusif d'un médecin ou se heurte à des réticences de principe.

- l'interrogatoire policier concernant des données médicales (maladie épileptique, diabète, etc.) se heurte à des critères éthiques et à la notion de secret médical dans de nombreux pays et ne serait pas accepté par leurs tribunaux.

• **une seconde question** est liée à l'évolution des usages de drogues et, en particulier à l'utilisation croissante de substances stimulantes pour lesquelles les batteries de tests utilisées actuellement trouvent leurs limites.

Il apparaît nécessaire aujourd'hui de trouver d'autres signes cliniques spécifiques à ces substances stimu-

lantes (amphétamines et drogues synthétiques nouvelles), d'étudier leur pertinence et leur reproductibilité.

• **une troisième question** concerne l'acquisition et le maintien du niveau d'entraînement chez les policiers et les médecins chargés de réaliser ces tests.

Le maintien du niveau de qualification est un des problèmes rencontrés actuellement aux USA dans le programme DRE. L'administration se heurte à la difficulté de maintenir un nombre suffisant de policiers experts DRE, tout en conservant un niveau élevé d'exigence, en particulier vis à vis du nombre minimum d'expertise à réaliser annuellement. Ce problème se pose moins pour les batteries de tests type FST, dont l'acquis est plus facile à préserver.

• **Le rôle d'information des magistrats**

Les tribunaux exigent des éléments concordants pour établir leur décision :

- **La preuve d'une altération comportementale attestée par des constatations cliniques**, à défaut d'une corrélation non encore démontrée entre l'importance des risques d'accident et le taux biologique constaté (comme cela est le cas pour l'alcool).

- **Une preuve biologique** apportée par le laboratoire ou, parfois, par l'aveu de consommation de la substance incriminée, associé à la preuve de l'activité pharmacologique de cette dernière.

Ce n'est que dans un avenir plus lointain que certaines substances psychoactives pourront faire l'objet de barèmes de sanctions spécifiques en fonction de leur nature et de leur concentration biologique active constatée comme c'est actuellement le cas pour l'alcool.

• **le rôle des différents acteurs de terrain**

Le premier niveau : le policier de terrain,

Dans tous les cas de figure, il devra recevoir une formation de base pour prendre en compte le problème des substances psychoactives autre que l'alcool chez les conducteurs.

Il devra disposer des moyens intellectuels, techniques et administratifs pour être à même d'établir une légitime suspicion d'altération comportementale, ou, pour prendre une autre terminologie, disposer d'éléments de suspicion de prise de stupéfiants.

Le 2^{ème} niveau : l'évaluation détaillée

Actuellement réalisée en France par un médecin requis, non expert le plus souvent, son exécution connaîtra nécessairement une évolution. Si le rôle d'un médecin expert judiciaire peut présenter un intérêt dans certains cas particulier (accident aux conséquences judiciaires lourdes), son rôle pour réaliser des tests simples conçus

pour des policiers de terrain, comme le FST, ou sa transposition française dans la fiche «E», apparaît n'être qu'une étape transitoire, pour laisser le temps nécessaire aux forces de l'ordre d'être formées à leur pratique.

Dans nombre de pays, et en particulier en France, les considérations éthiques et celles touchant au secret médical, font que le rôle du policier dans ce domaine sera volontairement limité par la législation (7).

Conclusion

On peut penser que le schéma le plus logique est le suivant :

Les policiers et gendarmes de terrain doivent être formés dans le domaine des effets des substances psychoactives autres que l'alcool chez les conducteurs. Ils doivent être à même après avoir effectué le dépistage d'alcool, et quel qu'en soit le résultat, d'établir une légitime suspicion de prise de substances psychoactives par un conducteur. Cette évaluation représente une étape préliminaire avant la mise en évidence biologique d'une éventuelle prise de drogue.

Elle permet également d'établir un rapport qui représentera un élément probant pour les magistrats, d'autant que le délai entre l'interpellation du conducteur et le contrôle sanguin est parfois long, avec une cinétique sanguine qui fait qu'une drogue peut ne rester que peu de temps dans le sang et que les constatations initiales revêtent une importance particulière. Cette évaluation pourra être limitée au début à des éléments très simples (station debout, marche, langage, comportement général, signes évidents de toxicomanie, indices matériels). Par la suite, il est logique de penser que, à l'instar de ce qui s'est passé dans les autres pays, ils pourront procéder à des batteries de tests plus élaborées comme le Field Sobriety Test. En revanche, ils ne pourront pas disposer d'éléments suffisants pour déterminer si les troubles cliniques ou comportementaux éventuels sont liés à une prise de substance licite (médicaments), ou illicite. Ils devront donc faire appel à un médecin requis qui procèdera à un interrogatoire du conducteur, à un examen clinique, et à une recherche biologique, dépistage urinaire ou prise de sang selon les cas.

La France présente un retard important, par rapport aux autres pays développés en matière de prise en compte de la conduite sous l'emprise de produits stupéfiants. Ce retard est accentué par une méconnaissance profonde des acteurs concernés, policiers, gendarmes, médecins, magistrats vis à vis de procédures de dépistage basées sur l'évaluation comportementale des conducteurs. On ne peut plus attendre, aujourd'hui, de dispo-

ser de matériels électroniques comparables aux éthylomètres, qui ne seront pas disponibles avant plusieurs années. Les tests salivaires ne sont pas suffisamment développés, et l'utilisation de tests urinaires de dépistage, si elle garde son intérêt lorsque le conducteur peut être amené rapidement auprès d'une structure adaptée à sa réalisation, rencontre également des réticences quant à sa mise en œuvre directement par les forces de l'ordre.

Au bout du compte, l'évaluation comportementale rapide, au plus près des faits, réalisée par des policiers et gendarmes de terrain formés d'une manière simple, représente un retour aux sources, à une prise en charge de conducteurs aux facultés affaiblies, quel qu'en soit la cause chimique, alcool, drogues, ou autres substances psychotropes, et quel qu'en soit le contexte.

Une évaluation plus détaillée, prenant également en compte le contexte médical éventuel, restera plus du ressort du médecin requis, qui, de plus pourra procéder aux examens biologiques nécessaires.

Références

1. Burns M., Moskowitz H. Psychophysical Tests for DWI Arrest. DOT HS 802 414, NHTSA, U.S. Department of Transportation (1977).
2. Burns M., Anderson E.A. Colorado Validation Study of the Standardized Field Sobriety Test (SFST) Battery. Final Report to Colorado Department of Transportation (1995).
3. Tharp V., Burns M., Moskowitz H. Development and Field Test of Psychophysical tests for DWI Arrests. DOT HS 805 864, NHTSA, U.S. Department of Transportation (1981).
4. Compton R. Impact of drug evaluation and classification on impaired driving enforcement. Proceeding of the 14th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Annecy, ed CERMT, 21 -26 september 1997, p. 641-2.
5. Anderson E. Standardized field sobriety tests a field study. Proceeding of the 14th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety Annecy, ed. CERMT, 21 -26 september 1997, p. 635-40.
6. Compton R. Drugs effects on ocular behaviour. Proceeding of the 14th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Annecy, ed CERMT, 21-26 september 1997, p. 519-26.
7. Mercier-Guyon C. Clinical and Behavioral Evaluation in Drivers under the influence of Psychoactive Substances. Seminar Drug and traffic Safety, Pompidou Group, p. 311-6, ed. Council of Europe (1999).