



Prévenir la récurrence de conduite en état d'ivresse : PréCASIA

Rev Med Suisse 2010; 6: 637-9

W. Michiels
P. Gache
D. Danis
N. Favre
L. Fehlmann-Rielle
V. Moreno
T. T. Nguyen
B. Perez
N. Rege-Colet

INTRODUCTION

Entre 900 et 1000 conducteurs se font interpellés chaque année dans le canton de Genève avec une alcoolémie égale ou supérieure au taux de 0,8‰. Ce seul chiffre montre déjà l'ampleur du problème «alcool – conduite automobile».

Si un conducteur est admonesté par un retrait du permis de conduire, 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, 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 si-

Une version plus complète de cet article est disponible sur le site de la revue (www.revmed.ch) et sur celui du CREACA (www.creaca.ch).

tuation 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.

Pour pallier ce manque, diverses expérimentations ont été évaluées et, pour être efficace, une intervention doit avoir les caractéristiques suivantes:

- 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'informations 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.

Un projet, dénommé programme PRéCASIA (Prévention de la Récurrence de Conduite Automobile Sous l'Influence de l'Alcool) a été mené par un comité pluridisciplinaire de pilotage. Celui-ci a mis en place une étude dont le but est de tester différents types d'intervention visant à réduire le taux de récurrences de conduite en état d'ivresse.

POPULATION ET MÉTHODE

La population éligible est constituée par les personnes ayant été contrôlées pour une première conduite en état d'ivresse (CEI) avec une alcoolémie comprise entre 0,8 et 2,49‰ entre le 1^{er} juin 2001 et le 28 février 2004. Il leur est proposé de participer volontairement à un cours dont le coût est de CHF 250.–. En contrepartie, ils pourront bénéficier d'une réduction de la durée du retrait du permis de conduire.

Les personnes qui acceptent de participer sont convoquées pour un entretien préliminaire. A 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.

- Cours «LONG» d'une journée (7 heures); intervenants: médecin, juriste, psychologue.
- Cours «PROCHE» d'une demi-journée (3 heures et demie) 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: 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'efficacité est jugée sur le taux de récurrences trois ans après la CEI (clôture de l'observation le 28 février 2007 pour le dernier inclus).

Les données enregistrées sont:

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

RÉSULTATS

Participation (figure 1)

Mille cinq cent quatre-vingt-huit conducteurs étaient éligibles, parmi lesquels 726 se sont présentés à l'entretien préliminaire, ont été inclus et randomisés en trois groupes. 648 sujets, soit 40,8% des éligibles et 89,3% des inclus, ont finalement bénéficié d'une intervention.

Population éligible

Une observation de 33 mois recueillant des observations sur un échantillon de 1588 sujets est certainement représentative de la population des primodélinquants de CEI pour des alcoolémies

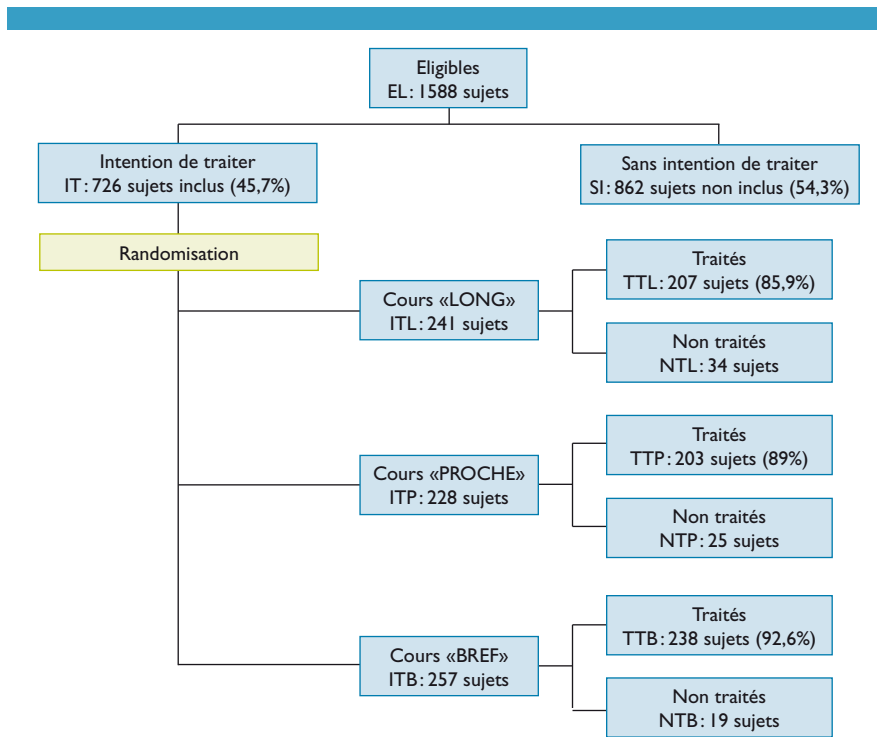


Figure 1. Organigramme de l'étude

comprises entre 0,8 et 2,49%. Cette population présente les caractéristiques suivantes:

- une écrasante majorité d'hommes (89%).
- Un âge moyen de 35,5 ans avec une expérience de conduite moyenne de 14,6 années.
- Une alcoolémie contrôlée en moyenne à 1,53‰.
- Les deux tiers ont été interpellés entre 0 et 6 heures du matin.

Randomisation

La randomisation en trois groupes semblables est réussie et vérifiée: les trois groupes «intention de traiter» aussi bien que les trois groupes «traités» ne présentent entre eux aucune différence significative. Les groupes de traitement LONG, PROCHE et BREF sont donc parfaitement comparables.

Tableau 1. Pourcentages de récidives parmi les groupes inclus

	Intention de traiter (%)	Traités (%)
LONG	16,2	15,9
PROCHE	9,2	9,4
BREF	9,7	9,2

Fréquence de récidives, mesure de l'efficacité des interventions

On remarque un effet des groupes «intention de traiter» sur la fréquence de récidives (tableau 1). L'effet se confirme si on compare les pentes des courbes de survie selon la méthode de Kaplan-Meier (figure 2).

Manifestement, une intervention pédagogique longue induit une probabilité de récidives nettement plus élevée (de

l'ordre de 16%) que les deux autres interventions (environ 9%).

La fréquence de récidives est de 13,2% dans le groupe «sans intention de traiter».

Prédicteurs de la récidive dans le groupe «intention de traiter»

Parmi toutes les données enregistrées, quelques-unes sont liées à la récidive avec une probabilité > 0,95. La fréquence générale de récidives se situe à 11,7% mais elle est de:

- 15,8% pour la classe d'âge de 18 à 32 ans.
- 23,1% lorsque la première infraction est relevée entre 6 et 11,59 heures.
- 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 «Etes-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.»

Une alcoolémie élevée (plus de 2,09‰)

Fonction de survie cumulée

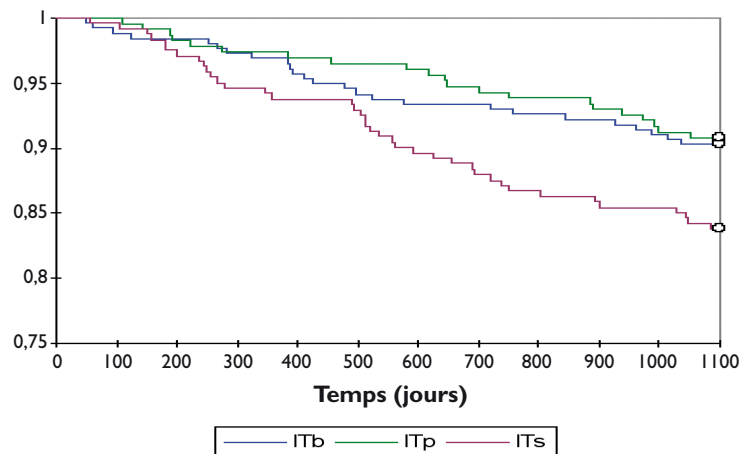


Figure 2. Fonctions de survie cumulées pour les trois groupes «intention de traiter», traitement BREF (ITb), traitement PROCHE (ITp), traitement LONG (ITs)

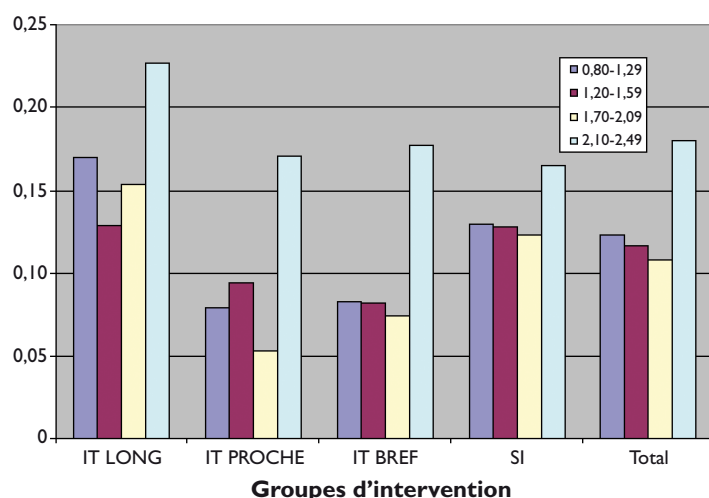


Figure 3. Récidives en fonction du groupe d'intervention et de l'alcoolémie lors de la conduite en état d'ivresse

IT: intention de traiter; SI: sans intention de traiter.

relevée lors de la CEI reste le meilleur des prédicteurs de la récidive puisque, quel que soit le groupe d'intervention, la fréquence de récidives est nettement plus élevée que pour des alcoolémies plus faibles (figure 3).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Participation

La proposition de participer à un cours d'informations 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 pédagogique malgré le coût en termes de dépense d'argent, d'énergie, de temps et, pour une partie d'entre eux de mobilisation de proches.

Prédiction

Le meilleur prédicteur de la récidive est le croisement des variables alcoolémie et tranche horaire: une alcoolémie dépassant le 0,8‰ et persistant après 6 heures du matin est une alcoolémie désignant sans doute 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 portant sur le mode de consommation et donnant une indication sur la récidive sont d'apparence anodine: «c'est après quelques verres que je suis vrai-

ment 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 à ces questions alors que les non-récidivistes ne sont que 11 à 14%.

Efficacité

Les trois modes d'intervention que nous avons choisis donnent lieu à 9,2%, 9,4% et 15,9% de récidives. Si, dans un échantillon comparable, sans intervention, nous comptons 13% de récidives, les interventions provoquent, pour BREF et PROCHE, une diminution sensible des récidives mais pour LONG une augmentation à peu près dans la même proportion.

Toutes les précautions méthodologiques ont été prises pour que nous puis-

sions 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». 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. Par contre, on enregistre avec satisfaction que les cours PROCHE et BREF produisent une diminution de la fréquence de récidives. Si on considère que le taux de récidives de base se situe à 13% et que ces interventions le réduisent à 9%, cela signifie que trois récidives sur dix sont évitées par le recours à ces interventions.

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'interventions que pour le cours BREF. On peut cependant escompter, sans avoir aucune possibilité de le vérifier, un effet collatéral sur les proches assistant 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.

Enfin, il faut constater que l'efficacité des interventions est au mieux nulle pour les personnes ayant présenté une alcoolémie supérieure à 2‰ lors de la CEI. ■

Remerciements

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.

Adresses

Willy Michiels
11, rue de la Prairie
01630 Saint-Genis Pouilly – France
willy.michiels@unige.ch

Dr Pascal Gache
Unité d'alcoologie
Service de médecine de premier recours
T. Thuy Nguyen
Unité de médecine et psychologie du trafic
Centre universitaire romand de médecine légale
HUG, 1211 Genève 14

Daniela Danis
Association des psychothérapeutes pour le traitement des addictions
Rue Emile Yung 6, 1205 Genève

Nadia Favre, Vincent Moreno et Brigitte Perez
Office cantonal des automobiles et de la navigation
Rte de Veyrier 86, 1227 Carouge

Laurence Fehlmann-Rielle
Fédération genevoise de prévention de l'alcoolisme
Rue Henri-Christiné 5, 1205 Genève

Nicole Rege-Colet
Service de formation et évaluation rectorat
Université de Genève, 1211 Genève 4