

FAQ

sur les drogues et la conduite automobile



Cette Foire aux questions sur les drogues et la conduite automobile a été préparée par John Weekes, Ph.D., analyste principal de recherche au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Le document vise à fournir des renseignements courants, objectifs et empiriques sur les débats qui entourent l'efficacité des mesures visant à dépister et à réduire les cas de conduite avec facultés affaiblies par les drogues ainsi qu'à traiter les personnes souffrant d'un problème de consommation de substances qui prennent le volant bien que leurs facultés soient affaiblies par les drogues.

Qu'est-ce que la « conduite avec facultés affaiblies par les drogues »?

- Cette expression s'applique dans le cas où une personne conduit un véhicule à moteur sous l'influence d'une drogue ou d'un médicament, ou d'une combinaison de drogues, de médicaments et d'alcool, ce qui comprend les substances illicites, les médicaments psychotropes d'ordonnance ainsi que les remèdes et les médicaments en vente libre qui influent sur la capacité d'une personne à conduire en toute sécurité.

Que prévoient les lois canadiennes dans le cas de la conduite avec facultés affaiblies par les drogues?

- D'après le *Code criminel du Canada* (art. 253),
 - « Commet une infraction quiconque conduit un véhicule à moteur, un bateau, un aéronef ou du matériel ferroviaire, ou aide à conduire un aéronef ou du matériel ferroviaire, ou a la garde ou le contrôle d'un véhicule à moteur, d'un bateau, d'un aéronef ou de matériel ferroviaire, que ceux-ci soient en mouvement ou non, dans les cas suivants :
 - a) lorsque sa capacité de conduire ce véhicule, ce bateau, cet aéronef ou ce matériel ferroviaire est affaiblie par l'effet de l'alcool ou d'une drogue »¹.
- L'article 253 stipule qu'une personne qui conduit un véhicule à moteur avec des facultés affaiblies par les drogues peut, en principe, faire l'objet d'accusations et de poursuites et se voir imposer une peine.
- Les lois fédérales actuelles permettent à un juge de paix d'émettre un mandat en vue d'obtenir un échantillon sanguin d'une personne soupçonnée d'avoir conduit un véhicule à moteur avec des facultés affaiblies uniquement si cette personne a été impliquée dans un accident ayant causé des lésions corporelles ou provoqué la mort (art. 256).
- Par conséquent, un juge de paix doit se fonder sur l'évaluation des signes et des symptômes d'une conduite avec facultés affaiblies, sur le comportement au volant, de même que sur des témoignages.
- Par contre, dans de nombreuses provinces, un conducteur n'est pas tenu, si un agent de la paix le lui demande, de se prêter sur place à une évaluation permettant d'établir s'il a conduit avec des facultés affaiblies (p. ex. le test de sobriété normalisé).
- Bien qu'il existe une limite légale quant au taux d'alcool dans le sang d'un conducteur (p. ex. 80 mg dans 100 ml de sang), il n'existe aucune limite comparable pour ce qui est des drogues.
- Les lois actuelles ont donc pour effet de compliquer la tâche des agents de la loi qui consiste à recueillir des preuves suffisantes pour obtenir une condamnation.

Quels sont les changements proposés au *Code criminel* en ce qui concerne la conduite avec facultés affaiblies par les drogues?

- Le Comité permanent de la justice, des droits de la personne, de la sécurité et de la protection civile de la Chambre des communes étudie actuellement le projet de loi C-16, *Loi modifiant le Code criminel* (conduite avec facultés affaiblies).
- S'il est adopté sous sa forme actuelle, le projet de loi autorisera les policiers ayant reçu la formation voulue à obliger les conducteurs qu'ils soupçonnent de conduire avec des facultés affaiblies par les drogues de subir sur place un test de sobriété normalisé (TSN) ainsi qu'une évaluation menée par un expert en reconnaissance de drogues (ERD).
- Si le conducteur échoue le TSN, le policier aurait des motifs raisonnables de croire qu'une infraction de conduite avec facultés affaiblies par les drogues a été commise (par. 253 a)) et pourrait exiger que le conducteur se prêle, au poste de police, à une évaluation par un ERD.
- Les résultats du TSN et de l'évaluation par l'ERD donneraient à la police des motifs suffisants pour exiger un prélèvement de liquides corporels (salive, urine ou sang); en effet, des accusations ne peuvent être portées que si une analyse en laboratoire confirme la présence de drogues dans les liquides corporels.
- Les conducteurs qui refusent de se conformer à la demande faite par un policier de se prêter à un test de sobriété et de fournir un échantillon de liquide corporel verraient des accusations criminelles portées contre eux. (Cette procédure est semblable à celle qui est prévue à l'heure actuelle et qui s'applique aux conducteurs qui refusent de fournir un échantillon d'haleine ou de sang pour établir leur taux d'alcoolémie.)

Les changements législatifs proposés dans le projet de loi C-17 influent-ils sur la question de la conduite avec facultés affaiblies par les drogues?

- Le Comité permanent de la justice, des droits de la personne, de la sécurité et de la protection civile de la Chambre des communes étudie actuellement le projet de loi C-17, *Loi modifiant la Loi sur les contraventions et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.
- Aux termes des changements législatifs proposés dans le projet de loi C-17, la possession et la consommation de cannabis demeureront illégales, mais les poursuites et les sanctions criminelles seront remplacées par des amendes pour possession de petites quantités de cannabis pour usage personnel.
 - La possession de 15 grammes ou moins de cannabis sera punissable par une amende de 150 \$ dans le cas d'un adulte et de 100 \$ dans le cas d'une personne de moins de 18 ans.
 - La possession d'un gramme ou moins de résine de cannabis (haschisch) sera punissable par une amende de 300 \$ dans le cas d'un adulte et de 200 \$ dans le cas d'une personne de moins de 18 ans.
 - Dans les cas de possession de 15 grammes ou moins de cannabis ou d'un gramme ou moins de haschisch, lorsque des circonstances aggravantes existent, comme le fait de conduire une voiture, les amendes prévues sont de 400 \$ pour un adulte et de 250 \$ pour une personne de moins de 18 ans. Évidemment, la personne visée peut en outre être accusée de conduite avec facultés affaiblies par les drogues s'il est établi qu'elle a consommé du cannabis et que cela a influé sur sa capacité de conduire.
- Le paragraphe 253 a) du *Code criminel du Canada* continuera de s'appliquer et le fait de conduire avec des facultés affaiblies par une drogue licite ou illicite (y compris l'alcool) demeurera une infraction criminelle.
- Les sanctions criminelles pour la conduite avec facultés affaiblies comprennent :
 - Une amende d'au moins 600 \$ et l'interdiction de conduire pendant au moins un an pour une première infraction de conduite avec facultés affaiblies.
 - Une peine d'emprisonnement minimale de 14 jours pour une deuxième infraction.
 - Une peine d'emprisonnement ne dépassant pas 10 ans en cas de conduite avec facultés affaiblies ayant causé des lésions corporelles.
 - La possibilité d'une peine d'emprisonnement à perpétuité en cas de conduite ayant causé la mort.

Le problème de la conduite avec facultés affaiblies par les drogues est-il répandu?

- Des recherches plus poussées sont nécessaires pour connaître l'étendue et la nature du problème de la conduite avec facultés affaiblies par les drogues au Canada. Cela dit, les preuves existantes semblent montrer que la

conduite avec facultés affaiblies par divers types de drogues illicites et de drogues psychotropes licites est un problème grave au Canada (comme ailleurs dans le monde).

- Le Sondage sur la sécurité routière 2002 publié par la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada (FRBRC) indiquait que 18 % des conducteurs déclaraient avoir pris, au cours des douze mois précédents, des drogues illicites, des médicaments d'ordonnance ou des médicaments en vente libre deux heures ou moins avant de prendre le volant².
- La même étude a révélé que près de quatre millions de Canadiens avaient admis avoir consommé une substance pouvant nuire à leur capacité de conduire en toute sécurité avant de prendre le volant³.
- D'après le Sondage sur la sécurité routière de la FRBRC, les Canadiens placent la conduite avec facultés affaiblies par les drogues au deuxième rang, juste après la conduite en état d'ébriété, dans la liste des principaux risques en matière de sécurité routière⁴.
- L'étude sur la consommation de cannabis chez les conducteurs ontariens (2003) a révélé qu'environ 3 % d'entre eux avaient pris le volant dans l'heure suivant la consommation de cannabis au moins une fois dans l'année précédente⁵.
- Des données tirées de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada 2005 révèlent qu'environ 1 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus avaient pris le volant deux heures ou moins après avoir consommé du cannabis, de la marijuana ou du haschisch au moins une fois dans les 12 mois précédents⁶.
- D'après le Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (2003), près de 20 % des élèves du secondaire qui conduisent ont reconnu avoir pris le volant dans l'heure suivant la consommation de produits du cannabis au moins une fois au cours de l'année précédente⁷.
- Une étude québécoise menée sur les routes et au cours de laquelle les conducteurs ont accepté de fournir un échantillon d'urine a révélé que 12 % d'entre eux avaient consommé des drogues⁸.

Dans quelle mesure la consommation de drogues joue-t-elle un rôle dans les collisions entre véhicules?

- Bien que les études dans ce domaine soient peu nombreuses, les recherches qui ont été menées au Canada et ailleurs confirment que diverses drogues (consommées seules ou avec de l'alcool) sont à l'origine d'un nombre important de collisions entraînant des décès et des blessures graves chez les conducteurs et les passagers des véhicules impliqués et chez les piétons.
- Une étude ontarienne portant sur les conducteurs blessés mortellement, menée au début des années 80, a révélé la présence de drogues dans 26 % des cas et une combinaison de drogues et d'alcool dans 54 % des cas (l'alcool seul a été trouvé chez 57 % des conducteurs décédés)⁹.
- Une étude portant sur les conducteurs blessés mortellement en Colombie-Britannique a révélé que les drogues seules et l'alcool et les drogues combinés jouaient un rôle dans 9 % et 11 % des collisions respectivement¹⁰.
- Une étude menée au Québec a permis de constater la présence de métabolites de drogues dans l'urine de 32 % des conducteurs blessés mortellement. Ce sont le cannabis (20 %) et les benzodiazépines (10 %) dont la présence a été constatée le plus fréquemment¹¹.
- De la même façon, dans une analyse des liquides corporels des conducteurs grièvement blessés admis au Service régional des traumatismes du Centre des sciences de la santé Sunnybrook à Toronto, c'est la présence de cannabinoïdes qui a été décelée le plus souvent (13,9 %); viennent ensuite les benzodiazépines (12,4 %) et la cocaïne (5,3 %)¹².

Quels types de drogues associe-t-on le plus souvent à la conduite avec facultés affaiblies par les drogues?

- Bien que de nombreuses personnes pensent aux drogues illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, etc.) lorsqu'elles entendent l'expression « conduite avec facultés affaiblies par les drogues », un ensemble de médicaments d'ordonnance (benzodiazépines, codéine, amphétamines, etc.) et de nombreux médicaments en vente libre peuvent influencer sur la capacité d'une personne à conduire en toute sécurité et sont liés à ce problème. À titre d'exemple, certains antihistaminiques causent de la somnolence et peuvent affecter la concentration et la vitesse de réaction d'une personne, tandis que des tranquillisants, des médicaments contre le rhume (p. ex. des comprimés contre le rhume), du sirop contre la toux, des médicaments contre la nausée, des médicaments sans ordonnance contre l'insomnie ainsi que des analgésiques en vente libre sont susceptibles d'affecter la capacité d'une personne à avoir la pleine maîtrise de son véhicule. Il faut surtout s'inquiéter des médicaments qui influent sur des aspects clés du rendement du conducteur comme son état d'éveil, son attention, sa concentration, sa vitesse de réaction et sa coordination motrice.

- Le Sondage sur la sécurité routière 2002 a révélé que les médicaments en vente libre sont les drogues que l'on associe le plus fréquemment à la conduite avec facultés affaiblies par les drogues (15,9 %); les autres types de drogues y sont beaucoup moins fréquemment associés (p. ex. les médicaments d'ordonnance [2,3 %], le cannabis [1,5 %] et les autres drogues illicites [0,9%])¹³.
- Il faut aussi s'inquiéter des graves conséquences qu'a l'interaction de l'alcool avec ces diverses drogues. Des études réalisées au Canada et ailleurs dans le monde sur des conducteurs blessés mortellement et grièvement révèlent que le cannabis ou des combinaisons de cannabis et d'alcool sont associés aux collisions entre véhicules^{14,15,16}.
- Les recherches indiquent que le cannabis est la drogue illicite la plus fréquemment associée à la conduite avec facultés affaiblies par les drogues. Cette constatation vaut pour le Canada et pour d'autres parties du monde^{17,18,19}.
- Après le cannabis, les benzodiazépines, la cocaïne et les opiacés sont les drogues les plus fréquemment dépistées chez les conducteurs blessés mortellement ou grièvement^{20,21}.
- Il est à noter qu'après le cannabis, ce sont les benzodiazépines (prescrites contre l'anxiété et les troubles du sommeil) qui sont les plus souvent associées à la conduite avec facultés affaiblies par les drogues. Les personnes conduisent fréquemment après avoir consommé ces médicaments sans se rendre compte du risque potentiel qu'ils posent aux piétons, aux autres conducteurs et à eux-mêmes.

Qu'est-ce qui caractérise les personnes qui conduisent avec des facultés affaiblies par les drogues?

- Encore une fois, les recherches menées dans ce domaine sont peu nombreuses.
- Les recherches effectuées au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) indiquent que les jeunes hommes sont les personnes les plus susceptibles de conduire après avoir consommé du cannabis²².
- Le Sondage sur la sécurité routière 2002 confirme qu'au Canada, ce sont les jeunes hommes qui sont le plus susceptibles de conduire après avoir consommé de la marijuana et d'autres drogues illicites (et d'avoir d'autres types de comportements à risques)²³.
- Le Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (2001) révélait que près de 20 % des élèves de la 10^e à la 13^e année ayant un permis de conduire avaient indiqué avoir déjà pris le volant dans l'heure suivant la consommation de cannabis²⁴.
- De la même façon, le *Nova Scotia Student Drug Use Survey* de 2002 indiquait qu'un peu plus de 30 % des élèves de 12^e année ayant un permis de conduire avaient déjà pris le volant dans l'heure suivant la consommation de cannabis²⁵.
- Aux États-Unis, des données provenant des *National Surveys on Drug Use and Health* de 2002 et de 2003 indiquaient que 14 % des jeunes âgés de 16 à 20 ans avaient conduit après avoir consommé des drogues illicites au cours de la dernière année et que 8 % avaient pris le volant après avoir consommé de l'alcool et une drogue illicite²⁶.
- Les consommateurs de cannabis possédant un diplôme universitaire sont moins susceptibles de prendre le volant après avoir consommé du cannabis, contrairement aux consommateurs de cette drogue qui n'ont pas terminé leurs études secondaires²⁷.

Quels sont certains des défis associés à la conduite avec facultés affaiblies par les drogues?

- La similitude entre la conduite avec facultés affaiblies par les drogues et la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool est, au mieux, superficielle. Les recherches indiquent que la situation, le contexte et les circonstances entourant les deux types de conduite sont, tant sur les plans quantitatif que qualitatif, tellement différents que peu de comparaisons directes peuvent être faites.
- La présence de drogues dans le corps ne peut pas être établie et évaluée de la même façon qu'on le fait pour l'alcool. Si l'alcool peut être décelé et mesuré facilement et avec fiabilité au moyen d'un échantillon d'haleine, le dépistage des drogues exige une analyse en laboratoire d'échantillons de sang, d'urine ou de salive.
- En outre, si un consensus existe sur le niveau d'alcoolémie ou niveau limite d'alcool (p. ex. taux d'alcoolémie de 0,08/0,05) qui est associé à la conduite avec facultés affaiblies, le simple fait de déceler la présence d'une drogue dans un échantillon de liquide corporel (sang, urine, salive) ne signifie pas nécessairement que la consommation a eu lieu récemment ou que la capacité de conduire d'une personne était affaiblie au moment où l'échantillon a été prélevé.
- Les diverses drogues produisent des réactions corporelles bien différentes les unes des autres.

- En outre, si des recherches importantes lient la concentration d'alcool à différents niveaux d'affaiblissement des facultés, il existe beaucoup moins de recherches associant divers niveaux de concentration de drogues à des niveaux précis d'affaiblissement des facultés. Ce problème est aggravé par le grand nombre de drogues (illicites, médicaments d'ordonnance et médicaments en vente libre) pouvant affecter le rendement d'un conducteur.

Quelles méthodes ou techniques utilise-t-on pour établir si une personne conduit avec des facultés affaiblies par les drogues?

- Au Canada et dans d'autres pays, lorsqu'un policier soupçonne qu'une personne conduit avec des facultés affaiblies, mais que l'alcootest est non concluant, il peut recourir à deux méthodes exigeant toutes deux une formation spéciale pour établir si l'alcool ou des drogues sont en cause :
 - le test de sobriété normalisé (TSN);
 - l'évaluation par un expert en reconnaissance de drogues (ERD).
- Comme nous l'avons indiqué antérieurement, en vertu des lois canadiennes, les conducteurs ont le droit de refuser de se prêter au TSN ou à l'évaluation par un ERD. Toutefois, commettre un acte criminel au Canada toute personne qui refuse de se prêter à un alcootest ou de fournir un échantillon de liquides corporels pour en mesurer l'alcoolémie.

Qu'est-ce que le test de sobriété normalisé?

- Le test (ou les tests) de sobriété normalisé a été conçu comme une évaluation rapide pouvant être effectuée sur place par un policier pour l'aider à établir si les facultés d'un conducteur sont affaiblies par l'alcool ou d'autres drogues.
- Bien que divers tests puissent être administrés sur place, le TSN comporte en fait trois tests :
 1. marcher et se retourner;
 2. se tenir sur un pied;
 3. le test du nystagmus du regard horizontal (pour évaluer si les yeux du sujet font des mouvements brusques).
- Aux États-Unis, ces trois tests ont été évalués par la *National Highway Traffic and Safety Administration* (NHTSA) et sont considérés comme des mesures fiables permettant d'aider les policiers à établir si les facultés d'un conducteur semblent être affaiblies par l'alcool ou d'autres drogues.
- Au Canada, à l'heure actuelle, plus de 2 000 policiers répartis dans toutes les provinces et dans tous les territoires sont formés pour administrer le TSN²⁸.

Qu'est-ce que le programme d'expert en reconnaissance de drogues (ERD)?

- Le programme d'ERD a été conçu en Californie par le Service de police de Los Angeles dans les années 70 pour fournir un protocole systématique permettant d'identifier les conducteurs dont les facultés étaient affaiblies par une ou plusieurs drogues et d'établir le type de drogue consommée. Il a été établi qu'une procédure normalisée valide était nécessaire pour obtenir une condamnation.
- L'évaluation par un ERD est une procédure complexe et à volets multiples comprenant les 12 étapes suivantes²⁹ :
 1. concentration d'alcool dans l'haleine ou le sang;
 2. entretien avec le policier ayant procédé à l'arrestation;
 3. examen préliminaire;
 4. examen des yeux;
 5. série d'examens d'attention partagée;
 6. examen des signes vitaux;
 7. examen de la dilatation des pupilles dans le noir (assorti d'un examen des cavités buccale et nasale);
 8. tonus musculaire;
 9. examen des sites d'injection;
 10. déclarations, interrogatoire;
 11. opinion;
 12. toxicologie (prélèvement et analyse d'échantillons).

- À l'heure actuelle, 43 États américains, le district de Columbia et le Canada ont recours au programme d'ERD.
- En outre, l'Australie, l'Angleterre, la Norvège, la Suède et l'Allemagne comptent des ERD ayant reçu la formation voulue.
- Au Canada, le programme a été lancé en Colombie-Britannique en 1995.
- L'Association canadienne des chefs de police, en partenariat avec le ministre du Solliciteur général du Canada (maintenant Sécurité publique et Protection civile Canada), a offert le premier cours national de formation des ERD en 2003. Toutes les provinces comptent maintenant des policiers ayant reçu une formation d'ERD³⁰.
- La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée, annoncée en mai 2003, comportait des fonds en vue de donner une formation d'ERD aux policiers canadiens.
- En 2004, le gouvernement du Canada a annoncé l'octroi de 6,9 millions de dollars pour former les policiers à utiliser le TSN et l'évaluation ERD. Ces fonds s'ajoutent aux crédits initiaux de 910 000 \$ accordés aux termes de la Stratégie canadienne antidrogue et aux 4,1 millions de dollars réaffectés par la Gendarmerie royale du Canada (GRC)³¹.
- En 2002, le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites a recommandé de modifier le *Code criminel du Canada* pour rendre admissibles en preuve les constatations faites par des policiers formés pour identifier les personnes conduisant avec des facultés affaiblies par les drogues.
- La formation de base en reconnaissance de drogues fournie aux policiers est coûteuse. À ces coûts s'ajoutent les frais de perfectionnement professionnel continu ainsi que de contrôle de la qualité qui sont nécessaires pour veiller à ce que les policiers puissent maintenir (et améliorer) l'exactitude de leurs évaluations et respecter rigoureusement l'approche normalisée.

Quel est le degré de fiabilité de l'évaluation de l'ERD?*

- Souvent citées pour prouver la validité de l'évaluation de l'ERD, les premières études faites sur le sujet révélaient que des évaluateurs qualifiés (y compris deux moniteurs d'ERD) n'avaient correctement établi les catégories de drogues que dans 49 % des cas³².
- De façon générale, les études indiquent que lorsque les évaluations d'ERD sont faites par des policiers qualifiés et selon l'approche normalisée, elles permettent raisonnablement bien aux policiers d'évaluer à première vue si une personne conduit un véhicule avec des facultés affaiblies par une ou des drogues. En effet, ces études donnent à penser que cette approche peut vraiment aider un policier à déterminer si la capacité d'une personne à conduire est affaiblie par d'autres drogues que l'alcool^{33,34,35}.
- Une étude menée en 1992 par la *National Highway Traffic Safety Administration* (NHTSA) a permis de constater un taux de concordance de 84,7 % entre les conclusions des agents d'ERD et les résultats de laboratoire³⁶.
- Par ailleurs, les recherches ne permettent pas d'établir aussi clairement si la procédure aide vraiment les policiers à établir correctement le type de drogues consommées par le conducteur, à moins que l'évaluation ne comporte aussi un test sanguin (ou un autre test portant sur un échantillon de fluides corporels).
- L'étude de 1992 de la NHTSA concluait à un taux de concordance global de 64,1 % pour le type de drogues, ce taux oscillant toutefois entre 16,7 % et 70,5 % selon le type de drogues³⁷.
- Des verdicts de culpabilité sont rendus plus fréquemment lorsque des résultats de laboratoire confirment la présence de drogues chez le conducteur d'un véhicule³⁸.
- L'étude menée par la NHTSA a révélé que l'évaluation par un ERD est utilisée moins souvent qu'on ne pourrait s'y attendre compte tenu du nombre de policiers qualifiés dans les États américains étudiés³⁹.
- Cette étude a aussi permis de constater que le recours à l'évaluation par un ERD diminue de façon importante au fil du temps, ce qui fait ressortir la nécessité d'une structure administrative et de fonds adéquats pour assurer le perfectionnement des ERD et le contrôle de la qualité de leur travail.

* Il est à noter que les différences dans les taux d'exactitude des évaluations peuvent être en partie attribuables aux diverses concentrations limites établies par les instances réglementaires.

Quelles options s’offrent aux policiers et aux tribunaux pour sanctionner la conduite avec facultés affaiblies par les drogues au Canada?

- En principe, les options qui s’offrent aux autorités pour sanctionner la conduite avec facultés affaiblies par les drogues sont semblables à celles prévues pour la conduite en état d’ébriété, à savoir :
 - Suspension sur-le-champ du permis de conduire (suspension de 12 à 24 heures pour les conducteurs ayant consommé des drogues, mais dont les facultés ne sont pas suffisamment affaiblies pour que des accusations criminelles soient portées contre eux);
 - Confiscation du véhicule ou des plaques d’immatriculation du contrevenant;
 - Poursuites criminelles;
 - Tribunaux de traitement de la toxicomanie;
 - Programmes de prévention;
 - Programmes de traitement;
 - Assignation à domicile sous surveillance électronique.

- Les sanctions criminelles imposées au Canada pour la conduite avec facultés affaiblies par les drogues sont les suivantes :
 - Amendes;
 - Interdiction de conduire;
 - Incarcération (prison provinciale ou fédérale);
 - Incarcération et traitement;
 - Probation sans surveillance;
 - Probation avec surveillance;
 - Surveillance intensive (probation);
 - Assignation à domicile (surveillance électronique);
 - Ordonnances de travaux communautaires;
 - Restrictions touchant le permis de conduire;
 - Suspension du permis de conduire.

En outre, les provinces peuvent imposer des sanctions supplémentaires :

- Suspension du permis de conduire;
- Confiscation du véhicule;
- Confiscation des plaques d’immatriculation;
- Interrupteur d’allumage.

Quelle est l’efficacité du traitement offert aux personnes qui conduisent avec des facultés affaiblies par les drogues et qui ont un problème de consommation?

- À l’heure actuelle, très peu d’études ont porté sur les résultats des programmes de réadaptation ou de traitement s’adressant aux personnes conduisant avec des facultés affaiblies par les drogues. Des recherches plus poussées dans ce domaine s’imposent de toute évidence.
- Certaines études font état de résultats positifs pour les personnes ayant des problèmes de drogues (p. ex. réductions des infractions au Code de la route, des condamnations pour conduite avec facultés affaiblies par les drogues et du nombre total de collisions après la fin du traitement)^{40,41,42}.
- Les recherches indiquent que des programmes de prévention et de traitement bien conçus peuvent avoir une influence positive sur les connaissances, favoriser des changements dans les croyances, les attitudes et l’état de santé et réduire le taux de récidive et le nombre de collisions chez les conducteurs reconnus coupables⁴³.
- Les recherches indiquent aussi que l’efficacité des programmes d’éducation et de traitement est accrue lorsque ces programmes s’accompagnent d’une suspension du permis de conduire et d’interventions visant à empêcher

les contrevenants de prendre le volant (confiscation du véhicule, interrupteur d'allumage et surveillance électronique)⁴⁴.

- Les programmes bien conçus, soigneusement mis en œuvre et assortis d'une composante de suivi solide sont ceux qui permettent de réduire le plus efficacement le risque qu'une personne conduise de nouveau avec des facultés affaiblies par les drogues.

Quelles sont certaines des caractéristiques des « meilleures pratiques » ou des programmes de traitement efficaces de la toxicomanie qui pourraient être utiles dans le cas de la conduite avec facultés affaiblies par les drogues?

- Jusqu'ici, très peu de publications ont abordé la question des nouvelles méthodes de traitement de la conduite avec facultés affaiblies par les drogues. Nous sommes cependant bien renseignés sur les caractéristiques tant des programmes efficaces de traitement de la toxicomanie que des méthodes convenant le mieux à diverses populations (p. ex. la clientèle du système de justice pénale et des services correctionnels). Ces connaissances sont susceptibles d'être directement applicables au traitement des personnes qui conduisent lorsque leurs facultés sont affaiblies par d'autres drogues que l'alcool^{45,46}.
- Trois principes revêtent une importance clé pour ce qui est de l'élaboration d'un traitement approprié :
 1. Les services d'intervention intensifs devraient être réservés aux personnes qui sont considérées comme présentant des « risques élevés » de conduite avec facultés affaiblies par les drogues. En général, ces personnes réagissent mieux à des services intensifs que celles peu susceptibles d'adopter ce genre de comportement. En outre, compte tenu de leur coût élevé, le fait de réserver les services d'intervention intensifs et prolongés aux seules personnes qui en ont clairement besoin est à la fois sensé du point de vue économique et éthique.
 2. Le traitement devrait être conçu de façon à répondre aux besoins particuliers de cette clientèle (c'est-à-dire les personnes qui conduisent avec des facultés affaiblies par les drogues). Ces besoins peuvent changer en raison du traitement.
 3. Le programme de traitement devrait être conçu en fonction notamment des attitudes, des valeurs, du style cognitif et du style d'apprentissage des personnes participantes.
- Des recherches récentes et la théorie contemporaine ont mis en lumière un certain nombre de techniques et de composantes de traitement qui sont associées à d'importantes réductions dans la consommation de drogues après la fin du traitement⁴⁷. Ces techniques et ces approches s'appliquent sans doute au traitement de la conduite avec facultés affaiblies par les drogues puisqu'elles s'attaquent aux causes premières du problème de consommation et d'abus de substances d'une personne.
 - Traitement de renforcement dans la communauté;
 - Prévention des rechutes;
 - Entraînement à la maîtrise de soi;
 - Contrat lié au comportement;
 - Thérapie de couple;
 - Entraînement aux habilités sociales;
 - Gestion du stress;
 - Brefs entretiens de motivation;
 - Pharmacothérapies (p. ex. disulfirame, naltrexone, méthadone).
- Enfin, des travaux récents menés par les services pénitentiaires britanniques et canadiens ont abouti à l'élaboration d'un cadre permettant d'évaluer l'efficacité des programmes de traitement de la toxicomanie[†]. D'après ce cadre, les programmes efficaces ont les caractéristiques suivantes :
 - Ils se fondent sur une théorie factuelle;
 - Ils emploient des méthodes, des techniques et des modalités efficaces;

[†] Ce modèle de base pour évaluer l'efficacité probable des programmes de traitement de la toxicomanie a été adopté par d'autres instances que les seules instances correctionnelles. En effet, la *European Association for the Treatment of Addiction* a intégré bon nombre de ces caractéristiques aux procédures d'accréditation du programme qui sont actuellement à l'étude au Royaume-Uni.

- Ils comportent de nombreuses facettes ainsi que des méthodes de traitement variées;
 - Ils sont d'intensité variable en fonction des besoins des participants (consommation de drogues faible à élevée);
 - Ils sont mis en œuvre de façon cohérente et d'après le modèle de prestation du programme (intégrité du programme);
 - Ils font appel à du personnel qualifié et accrédité, recruté selon des critères de sélection, faisant l'objet d'une surveillance et bien encadré;
 - Ils jouissent de l'appui de la direction et disposent des fonds nécessaires à leur mise en œuvre;
 - Ils offrent un milieu de traitement propice;
 - Ils prévoient une évaluation et une sélection adéquates des participants;
 - Ils comportent une infrastructure d'évaluation et de surveillance complète.
- Il faut tout particulièrement élaborer des interventions et des services adaptés aux femmes, aux minorités ethniques (y compris les Autochtones et les Premières nations) et aux jeunes. Les concepts et les techniques de traitement de base comme la prévention des rechutes et les entretiens de motivation sont plus ou moins universels, mais les programmes de traitement conçus pour des participants blancs, masculins et d'âge moyen peuvent ne pas convenir à ces populations. En effet, il est de notoriété publique que les voies menant à la toxicomanie, les raisons qui motivent une personne à conduire avec des facultés affaiblies par les drogues, les conséquences sur la santé de la consommation de drogues ainsi que les façons de chercher de l'aide sont différentes chez ces populations^{48,49,50,51}.

Notes en fin de texte

L'auteur tient à remercier Doug Beirness, Robert Mann, Evan Graham et divers employés de Santé Canada pour les suggestions et les commentaires constructifs qu'ils ont offerts à l'égard d'une version antérieure de ce document. Le CCLAT assume l'entière responsabilité des erreurs ou des omissions que pourrait contenir cette version-ci du document.

¹ Code criminel du Canada. Lois du Canada. (1985), ch.46.

² Beirness, D. J., Simpson, H. M. et Desmond, K. (2003). Sondage sur la sécurité routière 2002 : La conduite en état d'ivresse. Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route.

³ Beirness, D. J. et coll. (2003).

⁴ Beirness, D. J. et coll. (2003).

⁵ Centre de toxicomanie et de santé mentale (2003). Cannabis Use and Driving Among Ontario Adults. CAMH Population Studies eBulletin, mai/juin, n° 20. www.camh.net/pdf/eb020_cannabisdriving.pdf.

⁶ Weekes, J. R. (2005). Analyse non publiée de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

⁷ Adlaf, E. M. et Paglia, A. (2003). Consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario 1977-2003 : Faits saillants du SCDEO. Toronto : CAMH Research Document Series No. 14. http://www.camh.net/pdf/~OSDUS03-Highlights%20Drug%20Report_Final.pdf.

⁸ Dussault, C., Brault, M., Bouchard, J. et Lemire, A. M. (2002). Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec : quelques résultats préliminaires, dans Mayhew, D. R. et Dussault, C. (éd.), Actes de la 16^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière (p. 423-430). Québec : Société de l'assurance automobile du Québec.

⁹ Cimbura, G., Lucas, D. M., Bennett, R. C., Warren, R. A. et Simpson, H. M. (1982). Incidence and toxicological aspects of drugs detected in 484 fatally injured drivers and pedestrians in Ontario. *Journal of Forensic Sciences*, 27, 855-867.

¹⁰ Mercer, G. W. et Jeffrey, W. K. (1995). Alcohol, drugs, and impairment in fatal traffic accidents in British Columbia, *Accident Analysis and Prevention*, 27, 335-343.

¹¹ Brault, M., Dussault, C., Bouchard, J. et Lemire, A. M. (2004). Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec : Résultats finaux. Cité dans D. Beirness (2005). Drugs and driving. Dans

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2005), Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

¹² Stoduto, G., Vingilis, E., Kapur, B. M., Sheu, W.-J., McLellan, B. A. et Liban, C. (1993). Alcohol and drug use among motor vehicle collision victims admitted to a regional trauma unit: Demographics, injury, and crash characteristics. *Accident Analysis and Prevention*, 25, 411-420.

¹³ Beirness, D. J. et coll. (2003).

¹⁴ Cimbura, G. et coll. (1982).

¹⁵ Mercer, G. W. et Jeffrey, W. K. (1995).

¹⁶ Blows, S., Ivers, R. Q., Connor, J., Ameratunga, S., Woodward, M. et Norton, R. (2005). Marijuana use and car crash injury. *Addiction*, 100, 605-611.

¹⁷ Cimbura, G., Luca, D. M., Bennett, R. C. et Donelson, A. C. (1990). Incidence and toxicological aspects of cannabis and ethanol detected in 1,394 fatally injured drivers and pedestrians in Ontario (1982-1984). *Journal of Forensic Sciences, JFSCA*, 35, 1035-1041.

¹⁸ Chesher, G. B. (2003). Cannabis and road safety: An outline of the research studies to examine the effects of cannabis on driving skills and actual driving performance, www.druglibrary.org/schaffer/MISC/driving/driving2.htm.

¹⁹ Poyser, C., Makkai, T., Norman, L. et Mills, L. (2002). Drug driving among police detainees in three states of Australia. Canberra, Australie : Commonwealth Department of Health and Ageing.

²⁰ Cimbura, G. et coll. (1982).

²¹ Dussault, C. et coll. (2002).

²² Walsh, G. et Mann, R. (1999). On the high road: Driving under the influence of cannabis in Ontario. *Revue canadienne de santé publique*, 90, 260-263.

²³ Beirness, D. J. et coll. (2003).

²⁴ Adlaf, E. M., Mann, R. E. et Paglia, A. (2003). Drinking, cannabis use and driving among Ontario students. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 168, www.cmaj.ca/cgi/content/full/168/5/565

²⁵ Poulin, C. (2002). Nova Scotia Student Drug Use 2002: Technical Report. Halifax : ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse.

²⁶ CESAR FAX (2005). One-fifth of underage youth have driven under the influence of alcohol or illicit drugs. Center for Substance Abuse Research, Université du Maryland, 14(4).

²⁷ Walsh, G. et Mann, R. (1999).

²⁸ Graham, E. (2004). Programme d'expert en reconnaissance de drogues au Canada. Ottawa : Gendarmerie royale canadienne.

²⁹ Page, T. E. (1998). The Drug Recognition Expert (DRE) response to the drug impaired driver: An overview of the DRE program, officers, and procedures. Los Angeles : Service de police de Los Angeles.

³⁰ Graham, E. (2004).

³¹ Ministère de la Justice. (1^{er} novembre 2004). Communiqué de presse : Nouvelles mesures pour renforcer l'application de la loi sur la conduite avec facultés affaiblies par les drogues. Ottawa : ministère de la Justice. www.canada.justice.gc.ca/fr/news/nr/2004/doc_31278.html

³² Bigelow, G. E., Bickel, W. E., Roache, J. D., Liebson, I. A. et Nowowieski, P. (1985). Washington, D.C. : U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.

³³ Preusser, D. F., Ulmer, R. G. et Preusser, C. W. (1992). Evaluation of the impact of the drug evaluation and classification program on enforcement and adjudication. Washington, D.C. : U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.

³⁴ Bigelow, G. E. et coll. (1985).

³⁵ Compton, R. P. (1986). Field evaluation of the Los Angeles Police Department drug detection procedure. Washington, D.C. : U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.

³⁶ Preusser, D. F. et coll. (1992).

³⁷ Preusser, D. F. et coll. (1992).

³⁸ Preusser, D. F. et coll. (1992).

³⁹ Preusser, D. F. et coll. (1992).

⁴⁰ Mann, R. E., Anglin, L., Rahman, S., Blessing, L. A., Vingilis, E. R. et Larkin, E. (1995). Does treatment for substance abuse improve traffic safety? A preliminary evaluation. Document présenté à la 13^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, Adelaïde, Australie. Cité dans Santé Canada (2004).

Meilleures pratiques – traitement et réadaptation des contrevenants dans les cas de conduite avec facultés affaiblies. Ottawa : Santé Canada.

⁴¹ Chipman, M., Macdonald, S. et Mann, R. (2003). Being “at fault” in traffic crashes: Does alcohol, cannabis, cocaine or polydrug abuse make a difference? *Injury Prevention*, 9, 343-348.

⁴² Macdonald, S., DeSouza, A., Manne, R. E. et Chipman, M. (2004). Driving behaviour of alcohol, cannabis and cocaine abuse clients and population controls. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 429-444.

⁴³ Santé Canada. (2004). Meilleures pratiques – traitement et réadaptation des contrevenants dans les cas de conduite avec facultés affaiblies. Ottawa : Santé Canada.

⁴⁴ Santé Canada (2004).

⁴⁵ Andrews, D. A. (1995). The psychology of criminal conduct and effective correctional treatment. Dans J. McGuire (éd.), *What works: Reducing reoffending*. New York : Wiley.

⁴⁶ Andrews, D. A., Bonta, J. et Hoge, R. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.

⁴⁷ Roberts, G., Ogborne, A., Leigh, G. et Adam, L. (1999). Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie – traitement et réadaptation. Ottawa : Santé Canada.

⁴⁸ National Center on Addiction and Substance Abuse. (2003). *The formative years: Pathways to substance abuse among girls and women ages 8-22*. New York : CASA.

⁴⁹ Cormier, R. A., Dell, C. A. et Poole, N. (2003). Les femmes et les problèmes de consommation d’alcool et d’autres drogues. Ottawa : Rapport de surveillance de la santé des femmes, Institut canadien d’information sur la santé.

⁵⁰ Commission canadienne des droits de la personne. (2003). *Protégeons leurs droits : Examen systémique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*. Ottawa : Commission canadienne des droits de la personne.

⁵¹ Dowden, C. et Blanchette, K. (2002). An evaluation of the effectiveness of substance abuse programming for female offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46, 220-230.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies, a été établi en 1988 par une loi du Parlement. Le CCLAT regroupe les efforts nationaux visant à réduire les méfaits de l'alcoolisme et des toxicomanies sur la santé, la société et l'économie.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Bureau 300, 75 rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Tél. : (613) 235-4048; téléc. : (613) 235-8101. Visitez notre site Web à www.cclat.ca



ISBN 1-896323-74-X

**Droit d'auteur © 2005—Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
Tous droits réservés**

Préparée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies