

# SOLIDARITÉS

## ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de la santé*

**Instruction n° DGS/SP3/2019/68 du 27 mars 2019 relative à la généralisation du dispositif de préfiguration d'éthylotest antidémarrage (EAD) prévue par l'arrêté du 30 octobre 2016 relatif aux modalités de prescription et de mise en œuvre du dispositif d'antidémarrage par éthylotest électronique sur proposition des commissions médicales primaires en charge du contrôle médical de l'aptitude à la conduite**

NOR : SSAP1909158J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 29 mars 2019. – Visa CNP 2019-21.

*Catégorie* : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

*Résumé* : la présente instruction demande aux agences régionales de santé d'identifier sur leurs territoires les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référents EAD vers lesquels pourront être orientés par les préfetures les conducteurs en difficulté avec leurs consommations d'alcool bénéficiant d'une prescription « EAD médico-administratif ».

*Mots clés* : établissements médico-sociaux – alcool – sécurité routière – éthylotest antidémarrage – commission médicale primaire – centres spécialisés de soins et de prévention en addictologie (CSAPA).

*Références* :

Directive 2006/126/CE du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 relative au permis de conduire ;

Code de la route, notamment ses articles R. 221-1, R. 226-1 à R. 226-4 et R. 233-1 ;

Décret n° 2011-1661 du 28 novembre 2011 relatif aux dispositifs d'antidémarrage par éthylotest électronique ;

Décret n° 2018-1143 du 13 décembre 2018 relatif à la compétence des commissions médicales primaires ;

Arrêté du 30 octobre 2016 relatif aux modalités de prescription et de mise en œuvre du dispositif d'antidémarrage par éthylotest électronique sur proposition des commissions médicales primaires en charge du contrôle médical de l'aptitude à la conduite.

*Instruction abrogée* :

Instruction du 9 janvier 2017 relative aux modalités de prescription, de mise en œuvre et de contrôle du dispositif d'antidémarrage par éthylotest électronique sur proposition des commissions médicales en charge du contrôle médical de l'aptitude à la conduite.

*Annexes* :

Annexe 1. – Cahier des charges pour un accompagnement médico-psycho-éducatif associé à l'installation d'un EAD.

Annexe 2. – Déroulé de l'accompagnement médico-psycho-éducatif.

Annexe 3. – Foire aux questions (FAQ) fréquemment posées au sujet de la mise en œuvre de l'EAD.

Annexe 4. – Exemples d'outils supports aux séances collectives organisées par les CSAPA.

Annexe 5. – Accidentalité routière liée à l'alcool par département en 2017.

*Diffusion* : les établissements ou organismes concernés doivent être destinataires de cette instruction, par l'intermédiaire des agences régionales de santé, selon le dispositif existant au niveau régional.

*La ministre des solidarités et de la santé  
à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

Suite au comité interministériel pour la sécurité routière (CISR) du 2 octobre 2015, a été lancée une préfiguration du dispositif d'éthylotest antidémarrage « médico-administratif ». Elle a débuté le 1<sup>er</sup> décembre 2016 dans les départements de la Marne, du Nord et de la Drôme, et étendue au Finistère le 1<sup>er</sup> décembre 2017.

L'arrêté du 30 octobre 2016 prévoit une généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

La présente instruction a pour objectif d'informer les agences régionales de santé de la généralisation en 2019 du dispositif d'EAD médico-administratif prévue par l'arrêté du 30 octobre 2016, et leur demander d'identifier, sur leurs territoires respectifs, les futurs CSAPA référents EAD vers lesquels les préfetures pourront orienter les conducteurs bénéficiant d'une prescription d'EAD médico-administratif.

### **1. Présentation du dispositif de l'EAD médico-administratif**

La mesure du dispositif d'antidémarrage par éthylotest électronique sur proposition des commissions médicales primaires (CMP) ainsi que des commissions médicales d'appel, en charge du contrôle médical de l'aptitude à la conduite, dit « EAD médico-administratif » a été instaurée par décret<sup>1</sup> du 30 septembre 2016 et arrêté du 30 octobre 2016 modifié par l'arrêté du 8 novembre 2017. L'instruction du 9 janvier 2017 relative aux modalités de prescription, de mise en œuvre et de contrôle du dispositif de l'EAD est venue préciser les conditions d'application du dispositif. Ces dispositions sont en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2016 dans les départements de la Drôme, de la Marne et du Nord et depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2017 dans le département du Finistère qui a rejoint la mesure de la préfiguration plus tardivement.

Installé dans le poste de conduite, l'EAD est un dispositif relié au système de démarrage du moteur. Avant de démarrer, le conducteur doit souffler dans l'appareil. Le véhicule démarre seulement lorsque le taux est inférieur au taux programmé dans l'appareil (en fonction du permis : 0,1 mg d'alcool par litre d'air expiré ou 0,25 mg par litre d'air expiré). Dans le cas contraire, le véhicule est bloqué.

L'EAD médico-administratif est indiqué pour des conducteurs dépistés en situation de mésusage d'alcool ou de trouble de l'usage d'alcool par la CMP. En pratique, ce dispositif s'adresse aux conducteurs privés du droit de conduire qui, à l'issue de la période de la privation, doivent être reconnus aptes pour être autorisés à détenir un permis valide (articles L. 223-5 et L. 224-14 du code de la route). C'est donc avant l'autorisation de la reprise de la conduite que la mesure de l'EAD médico-administratif intervient.

L'évaluation d'aptitude physique, cognitive et sensorielle à laquelle l'utilisateur doit se soumettre permet aux CMP de donner un avis d'aptitude temporaire de 6 à 12 mois avec la mention restrictive EAD médico-administratif (article R. 226-2 du code de la route). En contrepartie, l'utilisateur s'engage à ne conduire pendant cette durée que des véhicules équipés d'un dispositif homologué d'antidémarrage par éthylotest électronique et à accomplir un suivi médico-psychologique dans un établissement spécialisé en addictologie. Sur cet avis de la CMP, le préfet du département peut décider de délivrer un permis de conduire à durée de validité limitée avec restriction « EAD médico-administratif ».

#### *Déroulement de la procédure*

Suite à la notification par la préfecture, les usagers concernés doivent équiper leur véhicule d'un EAD auprès d'un installateur qualifié par l'Union technique de l'automobilisme et du cycle (UTAC) et agréé par la préfecture<sup>2</sup>. La liste des installateurs qualifiés UTAC et agréés est remise aux usagers concernés par les médecins des CMP avec des informations relatives au dispositif. Les usagers sont ensuite invités à contacter l'établissement spécialisé en addictologie de référence dans le département afin de se signaler auprès de l'équipe en charge de l'accompagnement prévu dans les textes réglementaires.

---

<sup>1</sup> Le décret du 30 septembre 2016 modifie le 5<sup>o</sup> du I de l'article R. 233-1 du code de la route auquel est ajoutée l'obligation pour le conducteur de présenter à la réquisition des agents les documents attestant de l'installation d'un EAD.

<sup>2</sup> Il en existe en moyenne, sauf exception, au moins deux par département, parfois plus.

Pour des raisons de confidentialité et de protection du secret médical, les médecins des CMP ne communiquent pas aux CSAPA l'identité des usagers pour qui l'indication de l'EAD a été posée.

#### *L'accompagnement médico-psychologique en CSAPA*

Il vise à permettre la prise de conscience des risques pris et à évoluer de cette prise de conscience au changement de comportement. Il tend à l'acquisition de connaissances et de compétences psychosociales. Il permet également d'évaluer l'opportunité d'une proposition de soins complémentaires. Il est réalisé pendant la durée de permis limité (entre 6 et 12 mois selon la décision du préfet).

Le cahier des charges proposé en annexe, issu de l'expérimentation menée entre 2016 et 2018, précise les étapes de ce suivi, qui comporte :

- un premier entretien ;
- une consultation médicale ;
- cinq séances collectives ;
- une consultation médicale finale.

Cet accompagnement, entièrement gratuit pour l'utilisateur, est encadré par une équipe « référente EAD » au sein du CSAPA. Cette équipe pluridisciplinaire se compose d'un médecin et d'un second professionnel de l'équipe du CSAPA. Un troisième professionnel pourra être mobilisé en fonction du thème de la séance et des compétences recherchées. Lorsque l'utilisateur a complété son suivi, la structure lui remet une attestation qu'il remet à la CMP à l'issue de la période de validité de son permis de conduire à durée limitée.

### **2. Bilan de la préfiguration dans les départements de la Drôme, du Finistère, de la Marne et du Nord**

La phase de préfiguration du dispositif a fait l'objet d'une évaluation menée par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les principaux éléments qui en ressortent sont les suivants :

- entre le 1<sup>er</sup> décembre 2016 et le 31 décembre 2018, au total 52 prescriptions d'EAD ont été délivrées par les CMP, et 37 arrêtés préfectoraux ont été rendus : 9 dans la Drôme, 14 dans le Finistère, 5 dans la Marne et 9 dans le Nord ;
- un accompagnement médico-psycho-éducatif en CSAPA a été mené dans le Nord, 4 dans la Drôme, aucun dans la Marne et un groupe de 6 dans le Finistère ;
- le principal intérêt de l'EAD, avec ou sans suivi, répond aux enjeux de sécurité routière ;
- l'installation d'un EAD couplée à l'accompagnement en CSAPA permet de faire évoluer les perceptions des risques routiers : les usagers se disent plus avertis et plus sensibles aux dangers de l'alcool au volant. Cette évolution peut s'accompagner d'une réflexion sur les risques sanitaires, même si celle-ci demeure limitée ;
- le faible nombre d'utilisateurs inscrits dans ce dispositif s'explique par plusieurs freins notamment la faible sensibilisation des médecins des CMP à la prescription de ce nouveau dispositif ou encore le coût élevé de l'installation de l'EAD sur le véhicule.

### **3. Généralisation du dispositif au 1<sup>er</sup> janvier 2019**

Conformément à l'arrêté du 30 octobre 2016, ce dispositif sera déployé sur l'ensemble du territoire national à compter du début de l'année 2019.

Le bilan de la préfiguration laisse présager une faible activité pour l'année 2019.

Pour autant, la levée progressive des freins relevés<sup>3</sup> et l'extension à venir du dispositif aux usagers en situation de récurrence (EAD dit « récurrence ») pourrait induire une montée en charge progressive du dispositif sur le territoire national.

En pratique, son déploiement repose sur trois étapes relevant des préfectures et des ARS :

#### *3.1. Sensibilisation des médecins des commissions médicales primaires des préfectures*

Prescripteurs du dispositif auprès des usagers, ils sont un facteur clé de sa mise en œuvre.

C'est pourquoi le ministère de l'intérieur a préparé une note d'information afin d'accompagner la mise en place du dispositif dans les préfectures, notamment par les médecins des CMP.

---

<sup>3</sup> Sensibilisation des médecins des commissions médicales préfectorales à la prescription ou encore développement d'offres d'EAD à des coûts moins élevés.

Ceux-ci seront ainsi sensibilisés au dispositif de l'EAD médico-administratif dans le cadre des formations initiales et continues obligatoires.

Un module de formation en ligne sera également mis à leur disposition.

### 3.2. Agrément des installateurs pour la pose de l'EAD

L'installation de l'EAD dans le véhicule est réalisée par un installateur agréé<sup>4</sup>. Cet agrément est délivré par la préfecture qui met à disposition la liste des installateurs agréés du département, soit directement dans ses locaux, soit sur son site internet.

### 3.3. Identification des CSAPA dans chaque département

Tout conducteur se voyant prescrire un EAD médico-administratif sur avis de la CMP devra pouvoir être orienté vers le CSAPA référent le plus proche afin d'y effectuer le suivi médico-psycho-éducatif prévu par le dispositif et précisé au point 1.

Pour cela, il vous est demandé d'identifier, dans chaque département, un ou plusieurs CSAPA référents EAD pouvant accueillir les usagers orientés par la préfecture. Les critères d'identification qui devront notamment être pris en compte seront ceux de l'accessibilité de la structure, sa taille ainsi que la pluridisciplinarité de l'équipe du CSAPA<sup>5</sup>.

Ce travail d'identification sera mis en œuvre en concertation avec les structures concernées.

Afin de mettre en place le dispositif, les ARS et préfectures de départements (services en charge des commissions médicales – directeurs de cabinet, services des sécurités ou secrétaire général selon l'organisation retenue) sont encouragées à partager préalablement un diagnostic des besoins du territoire, qui permettra notamment d'aider l'ARS dans l'identification de la ou des structure(s) pertinente(s), et à mettre en place des modalités communes de suivi du dispositif.

**Les coordonnées des CSAPA identifiés dans chaque département seront adressées avant le 15 juin 2019**

aux adresses suivantes :

[dgs-sp3@sante.gouv.fr](mailto:dgs-sp3@sante.gouv.fr)

[amel.belaid@sante.gouv.fr](mailto:amel.belaid@sante.gouv.fr)

Pour 2019, année de démarrage du dispositif, celui-ci est mis en œuvre dans le cadre actuel du financement des CSAPA au titre de leur mission d'accompagnement des usagers.

Néanmoins, il vous est demandé d'assurer un suivi attentif de l'évolution de l'activité des CSAPA dans le cadre de ce déploiement. Une remontée d'informations sur l'activité générée par ce dispositif sera organisée par la direction générale de la santé au début de l'année 2020 afin d'en évaluer l'impact sur les structures.

Les données remontées porteront sur les indicateurs suivants qui seront intégrés au rapport d'activité des CSAPA référents EAD :

- nombre d'usagers orientés par la préfecture et ayant eu une première consultation médicale ;
- nombre d'usagers orientés par la préfecture ayant suivi la totalité de l'accompagnement prévu dans le cadre du dispositif ;
- nombre de séances collectives organisées ;
- nombre d'ETP de médecin mobilisé dans le cadre des consultations individuelles et des séances collectives ;
- nombre d'ETP de tout autre professionnel mobilisé dans le cadre du 1<sup>er</sup> entretien et des séances collectives.

Pour accompagner la mise en œuvre de l'EAD avec suivi médico-administratif et identifier les éventuelles difficultés et évolutions nécessaires, un premier point d'étape sera organisé par la direction générale de la santé et la délégation à la sécurité routière en octobre 2019.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général de la santé,*

J. SALOMON

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale  
des ministères chargés des affaires sociales,  
S. FOURCADE

<sup>4</sup> La quasi-totalité des départements est couverte par un installateur agréé.

<sup>5</sup> Pour assurer l'accessibilité du CSAPA référent EAD, des aménagements pourront être effectués (ex. : vidéoconférences, mise à disposition d'antennes locales).

## ANNEXE 1

### CAHIER DES CHARGES POUR UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-PSYCHO-ÉDUCATIF ASSOCIÉ À L'INSTALLATION D'UN EAD

#### 1. Éléments de contexte

L'alcool au volant est l'une des causes majeures de mortalité sur la route. Afin de prévenir les conséquences liées à l'alcool au volant, les pouvoirs publics consacrent des efforts importants à la lutte contre la conduite sous l'influence d'alcool. Les statistiques relèvent 123 926 délits routiers relatifs à l'alcoolémie au volant en 2017.

S'agissant de l'éthylotest anti-démarrage (EAD), depuis 2011, la loi permet d'interdire aux auteurs de certains délits de conduire un véhicule ne comportant pas de dispositif anti-démarrage. Cette mesure judiciaire peut être prononcée dans le cadre d'une peine complémentaire ou à l'occasion d'une composition pénale. En 2014, la loi a étendu le dispositif en permettant de prescrire l'EAD comme peine alternative à l'emprisonnement. La loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle l'a étendu à tous les stades de la procédure judiciaire.

L'EAD peut aussi être mis en place hors du cadre pénal, c'est le cas pour les transports en commun de personnes (applicable à tous les transports en commun de personnes depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 – le matériel installé est différent).

Depuis le décret du 17 septembre 2018, l'EAD peut être décidé par le préfet en alternative à la suspension du permis de conduire dès le constat d'une alcoolémie routière.

##### 1.1. *Qu'est-ce que l'EAD ?*

Installé dans le poste de conduite, l'EAD est un dispositif qui est relié au système de démarrage du moteur. Avant de démarrer, le conducteur doit souffler dans l'appareil. Le véhicule démarre seulement lorsque le taux est inférieur au taux programmé dans l'appareil. Dans le cas contraire, le véhicule est bloqué. Un second contrôle est demandé de façon aléatoire dans les 30 minutes qui suivent le démarrage du moteur.

Les conditions d'installation et d'homologation de l'appareil sont fixées réglementairement. Il est possible de louer l'appareil ou de l'acheter. Certains installateurs proposent la location à un tarif de l'ordre de 100 €/mois auxquels il convient d'ajouter les coûts de pose et de dépose de l'appareil (de l'ordre de 400 €). Le financement est à la charge du conducteur. À l'achat, le prix avoisine les 1 400 € auxquels il faut ajouter les frais de pose.

##### 1.2. *L'importance de l'accompagnement médico-psycho-éducatif*

Les études pointent la qualité d'un accompagnement médical complémentaire à l'appareillage EAD comme l'une des conditions d'efficacité sur le moyen et long terme. En France, l'étude EVACAPA menée par l'ANPAA a montré l'intérêt des approches médico-éducatives pour modifier les comportements des conducteurs conduisant après avoir bu (réduction de 25% du taux de récurrence).

##### 1.3. *Usage de l'EAD assortie d'un accompagnement médico-psycho-éducatif*

En 2015, un plan d'urgence visant à contrer la mortalité routière en augmentation a prévu d'élargir les possibilités de recours à l'EAD sur décision judiciaire et de le permettre sur décision préfectorale. Cela s'est traduit par la préfiguration d'un nouveau cadre pour l'EAD dont la principale spécificité repose sur l'accompagnement médico-psycho-éducatif en addictologie que l'utilisateur se verra proposer.

L'intérêt est de sécuriser la restitution du permis de conduire pour les personnes dont le titre de conduite aura pu être suspendu en lien avec un problème lié à l'alcool, tout en évitant la rupture du lien social et la désinsertion professionnelle pouvant accompagner un avis d'inaptitude.

La mesure est prononcée par le préfet, après avis de la commission médicale primaire du permis de conduire, qui examine l'aptitude médicale à conduire. Le passage devant cette commission intervient notamment après invalidation, annulation ou suspension du permis de conduire en lien avec l'alcool, ou les stupéfiants, mais peut également être demandée dès qu'un médecin agréé du permis de conduire le sollicite.

Le profil des personnes concernées est donc celui de personnes que la commission médicale n'estimerait pas aptes à récupérer le permis à cause de problématiques liées à l'alcool ou pour

lesquelles la commission émettrait des doutes quant à l'aptitude et à qui l'on proposerait à titre alternatif à la non restitution du permis, une autorisation de conduire avec EAD sous condition d'un accompagnement médico-psycho-éducatif.

La prescription de l'EAD, dit alternatif, est aujourd'hui proposée aux conducteurs comme une alternative à l'inaptitude après un contrôle d'alcoolémie positif. À l'issue de la période de conduite avec EAD, avant levée du dispositif, les usagers sont revus en commission préfectorale pour décision d'aptitude, et de poursuite éventuelle de la mesure sous la forme et dans les conditions de l'EAD administratif.

À ce profil, s'ajoutera en 2019 celui des récidivistes aux infractions routières liées à la consommation d'alcool. Aujourd'hui soumis à l'appréciation de la commission médicale et à l'accord du conducteur, l'EAD avec accompagnement médico-psycho-éducatif pourrait donc prendre de l'ampleur.

## 2. L'accompagnement médico-psycho-éducatif

Une fois la prescription de l'EAD actée, l'utilisateur se présente dans un CSAPA habilité à réaliser cet accompagnement. Les prestations sont entièrement gratuites pour l'utilisateur.

L'accompagnement médico-psycho-éducatif comprend :

- un rendez-vous d'accueil individuel ;
- deux consultations médicales, l'une à la suite du rendez-vous d'accueil, la seconde en toute fin de mesure ;
- cinq séances collectives entre les 2 consultations médicales.

Une équipe « référente EAD » est désignée au sein du CSAPA :

- un médecin ;
- un professionnel chargé de l'animation des groupes et du premier entretien et qui sera présent durant les cinq séances collectives ;
- un troisième professionnel pourra être mobilisé en fonction du thème de la séance et des compétences recherchées.

L'accompagnement s'effectue durant la période de validité du permis de conduire restrictif EAD (6 à 12 mois).

### 2.1. Objectifs

L'accompagnement vise à permettre la prise de conscience des risques pris, et à évoluer de cette prise de conscience au changement de comportement. Il tend à l'acquisition de connaissances et de compétences psychosociales. L'opportunité d'une proposition de soins complémentaires sera aussi évaluée.

Les objectifs de l'accompagnement sont la réduction des consommations d'alcool, l'acquisition de comportements à moindre risque en matière de sécurité routière et leur persistance dans la durée.

Le respect de la personne et de son autonomie, de ses capacités d'autodétermination, le développement ou l'acquisition de compétences psychosociales nouvelles, cultivés tout au long du stage médico-psycho-éducatif d'accompagnement de l'EAD, dépassant ainsi la seule dimension de la contrainte visent à permettre des changements durables de comportement et modifier la place de l'alcool et des substances psycho-actives dans l'accidentalité routière.

Le contenu des séances porte essentiellement sur les questions de prise de risque et de santé en lien avec des consommations d'alcool mais aussi d'autres produits psycho-actifs (cannabis et médicaments).

Les intervenants s'appuieront sur la dynamique de groupe pour :

- favoriser l'acquisition de connaissances ;
- amorcer une réflexion autour des représentations et croyances ;
- faciliter la prise de conscience ;
- ravaller la motivation à la réduction des consommations d'alcool (et autres psychotropes) ;
- influencer sur les comportements en matière de sécurité routière.

## 2.2. Déroulé de l'accompagnement

### 2.2.1. Séance n° 1: rencontre individuelle

Cette séance dure entre 45 minutes et 1 heure.

Le professionnel qui assurera à titre principal l'animation des groupes sera privilégié pour assurer cette rencontre. Ce rendez-vous recouvre grandement les mêmes objectifs qu'un premier entretien classique en CSAPA :

- recueil des attentes ;
- information sur le dispositif, son organisation ;
- information sur le CSAPA, ses missions ;
- remise des documents obligatoires relatifs aux droits des usagers ;
- information sur les droits ;
- évaluation psycho-sociale (parcours de la personne, historique, consommations, etc.) ;
- explication du dispositif, de la place du CSAPA dans ce cadre (confidentialité) ;
- travail sur les résistances éventuelles (notamment sur la question du travail en groupe) ;
- travail sur l'adhésion au dispositif.

### 2.2.2. Consultation médicale n° 1

D'une durée de 45 minutes, elle est effectuée par un médecin du CSAPA. Elle précède les séances collectives. À l'occasion de cette consultation, le médecin :

- complète l'évaluation psycho-sociale commencée lors de l'entretien d'accueil ;
- propose éventuellement des soins complémentaires ;
- s'assure de la faisabilité du stage pour la personne et de sa bonne indication. En cas de problème, un contact avec le prescripteur initial de la commission médicale sera pris.

### 2.2.3. Les 5 séances collectives

Ces séances à visée psycho-éducatives permettront aux usagers d'évoluer de la prise de conscience des risques au changement de comportement. Ces séances s'appuient notamment sur des thérapies de type motivationnel cognitivo-comportemental, renforcées par la dynamique de groupe.

Ces séances, d'une durée de 1 h 30 à 2 heures doivent aborder les thèmes suivants :

- alcool, stupéfiants, route et sécurité routière ;
- santé, société, addictions et substances psycho-actives ;
- prise de risque, réduction des risques et des dommages ;
- évolution des comportements et balance décisionnelle ;
- risque de récurrence et stratégies d'action.

Les groupes sont constitués au mieux de 8 à 12 personnes (*a minima* de 4 personnes afin qu'une dynamique de groupe puisse émerger).

La fréquence des séances collectives variera en fonction des besoins des usagers. Néanmoins, à titre indicatif, les CSAPA pourront organiser les séances collectives toutes les trois ou quatre semaines.

### 2.2.4. Consultation médicale finale

Elle est effectuée par le même médecin qui a effectué la consultation initiale. La consultation permet de faire le point sur les acquis et les évolutions en matière de représentation et de consommation d'alcool. Elle permet d'envisager avec l'utilisateur la suite la mieux adaptée à sa situation et d'y associer, s'il en est d'accord, le médecin traitant (courrier résumant le parcours du patient pendant la mesure EAD). Elle permet notamment de proposer un accompagnement plus prolongé et des soins, si cela se révèle nécessaire.

### 2.2.5. Attestation de suivi

Une attestation de suivi sera remise à l'issue du stage à chaque usager. L'aptitude à la conduite fera l'objet d'une réévaluation par la commission médicale. Dans le cadre et le respect du secret professionnel, seule la notion d'assiduité sera attestée.

Cette attestation sera présentée par l'utilisateur à la commission médicale primaire lors de la visite médicale qui devra évaluer l'aptitude à la conduite et l'opportunité de poursuivre ou non la mesure d'EAD. C'est le préfet qui validera la proposition de la commission, comme pour toute aptitude

ou restriction du droit à conduire. Cette décision individuelle devra faire l'objet d'une délivrance/modification du titre de conduite (modalité à définir) avec le code restrictif EAD si la mesure est poursuivie.

### **3. Aspects opérationnels liés à la montée en charge progressive du dispositif**

La préfiguration a montré que la montée en charge est longue et ne permet pas toujours de mettre en place des groupes d'une taille suffisante pour permettre l'émergence d'une dynamique de groupe.

Lorsque le nombre de personnes orientées est insuffisant pour créer un groupe opérationnel, le premier entretien médical est mené afin de ne pas perdre de vue l'utilisateur. La situation est évaluée et si, dans le CSAPA, un accompagnement collectif non spécifique à l'EAD mais remplissant globalement les mêmes objectifs existe, il est proposé à la personne d'y participer. Des séances individuelles viennent si nécessaire compléter les objectifs spécifiques décrits dans le cahier des charges. En ultime recours, si aucun groupe ne correspond, l'accompagnement prend la forme de séances individuelles avec l'accord de la personne et en avertissant la commission médicale de la préfecture. En tout état de cause, il est important que la personne ait pu avoir un accompagnement avant la fin de la mesure EAD qui lui a été prescrite.

La visioconférence peut être une piste alternative pour mutualiser des groupes à l'échelle départementale, interdépartementale ou régionale.

## ANNEXE 2

### DÉROULÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-PSYCHO-ÉDUCATIF

L'accompagnement médico-psycho-éducatif se compose d'une séance individuelle, de 5 séances collectives et de deux consultations médicales.

#### Premier entretien individuel

C'est, hormis l'accueil dont il a bénéficié pour se faire connaître et prendre rendez-vous auprès du CSAPA, le démarrage concret de l'accompagnement médico-psycho-éducatif.

Cette séance dure entre 45 minutes et 1 heure.

Le professionnel qui assurera à titre principal (« fil rouge ») l'animation des groupes sera privilégié pour assurer cette rencontre.

#### *Objectifs :*

Ce rendez-vous recouvre grandement les mêmes objectifs qu'un premier entretien classique en CSAPA :

- recueil des attentes;
- information sur le dispositif, son organisation;
- présentation du CSAPA;
- remise des documents obligatoires relatifs aux droits des usagers;
- information sur les droits;
- évaluation psycho-sociale (parcours de la personne, historique, consommations, etc.);
- explication du dispositif, de la place du CSAPA dans ce cadre (confidentialité);
- travail sur les résistances éventuelles (notamment sur la question du travail en groupe);
- travail sur l'adhésion au dispositif.

Une attention particulière devra être portée à la présentation de l'intérêt d'un travail en groupe, et la présentation de la place du CSAPA dans le dispositif.

Il sera aussi rappelé que la remise de l'attestation de suivi se fera en fin de stage en expliquant bien qu'une attestation ne vaut pas récupération du permis.

Liste des supports remis à l'occasion de cette séance :

- documents droits des usagers du CSAPA;
- DIA/DIPEC;
- règles de présence.

À l'issue de cette séance, il peut être opportun d'adresser un courrier à la personne rappelant les dates auxquelles se dérouleront les groupes. Ces dates peuvent aussi être choisies collectivement à la première séance collective si cela est un choix de la structure.

#### Consultation médicale n° 1

D'une durée de 30 à 45 minutes, elle est effectuée par un médecin du CSAPA. Elle précède les séances collectives. À l'occasion de cette consultation, le médecin :

- complète l'évaluation psycho-sociale commencée lors de l'entretien d'accueil;
- propose éventuellement des soins complémentaires;
- s'assure de la faisabilité du stage pour la personne et de sa bonne indication. En cas de problème, un contact avec le prescripteur initial de la commission médicale sera pris.

Cette consultation permet d'aborder avec la personne l'intérêt de prendre soin de son capital santé. Cet entretien avec un médecin est souvent l'occasion pour la personne de confier des informations qu'il a pu ne pas aborder auparavant.

Par ailleurs, comme pour chaque personne accompagnée par le CSAPA, la réalisation d'examen complémentaires sera proposée de façon systématique.

#### *Objectifs :*

- s'assurer que les personnes entrant dans le dispositif ne relèvent pas aussi de soins urgents;
- proposer, si nécessaire, les soins; orienter vers le médecin traitant et/ou le dispositif spécialisé.

### Les cinq séances collectives

Éléments communs pour toutes les séances :

- durée de chaque séance: prévoir 2 heures (pour laisser le temps d'expression);
- introduire chaque séance:
  - rappel du cadre des séances collectives;
  - durée/pause...;
  - principes: participation/écoute mutuelle; non jugement; confidentialité; respect;
  - validation collective des règles;
  - retour rapide sur la séance précédente (y a-t-il des questions? demandes de précisions?);
  - présentation des objectifs de la séance;
- veiller à maintenir une dynamique de groupe: favoriser les échanges et l'expression libre entre participants/intervenants;
- travailler autour des émotions et motivations:
  - échelle émotionnelle identique pour toutes les séances (smiley). À noter que certains professionnels ont préféré commencer l'utilisation des smileys à partir de la séance collective 4, estimant le recours à cet outil prématuré avant;
  - échelle motivationnelle sur la prise de risques; réduction des risques, changement, de mode de consommation, de comportement...;
- matériel nécessaire:
  - feuille d'émergence;
  - chevalet pour les prénoms;
  - matériel de convivialité (biscuits, thé, café, jus de fruits, eau...);
  - feutre /tableau blanc;
  - ordinateur et vidéoprojecteur;
  - questionnaire d'évaluation de la satisfaction;
- exemples de documents à remettre (à répartir judicieusement sur les différentes séances):
  - fiches thématiques (alcool; cannabis; mémento législatif alcool; route alcool médicaments et drogues illicites; les médicaments psychotropes);
  - documents santé publique France (Alcool qu'en savez-vous? Alcool plus d'infos moins d'intox (livret orange pour les jeunes); Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool et vous avec l'alcool où en êtes-vous?, Livrets RPIB, etc.);
  - documents sécurité routière (cf. site) (l'alcool et la conduite, etc.).

### Séance n° 1 collective – Alcool et route

*Objectifs:*

- initier une dynamique de groupe;
- rappeler le contexte du SMPE collectif;
- faire émerger les représentations autour du thème « alcool et route »;
- développer et renforcer des connaissances de base en alcoologie;
- favoriser les échanges et l'expression libre entre participants/intervenants.

*Exemples de matériels supports:*

- affiches « doses alcool » de Santé publique France ou d'associations de prévention;
- Simalc;
- lunettes simulant une alcoolémie;
- verres – doses standards;
- réglottes pour s'auto-évaluer;
- documents du type « Idées vraies/Idées fausses sur l'alcool »/« Alcool et route »/Autres.

*Proposition de déroulé :*

TIMING	CONTENU
10' 15'	Accueil convivial Présentation des intervenants Il peut être opportun de profiter de cette séance pour définir collectivement les dates de réunions ultérieures des groupes. Un courrier est alors adressé à l'issue de ce groupe pour confirmer ces dates choisies collectivement.
5'	Rappel du contexte : - projet EAD /stage MPE et objectifs des séances collectives - secret préfecture-CMP/CSAPA - rappel du rôle de l'équipe du CSAPA (non décisionnaire de fin de mesure) - aspects administratifs (signature émargement...)
5'	Rappel du cadre des séances collectives : - durée/pause... - participation/écoute mutuelle - non jugement - confidentialité - respect - validation collective des règles Présentation des objectifs de la séance
20'	Tour de table : - prénom - contexte de la prescription (facultatif) - attentes par rapport au SMPE
10'	Brainstorming : tous les mots qui vous viennent à l'esprit quand on vous dit « alcool et route »
10'  45'	Débriefing du brainstorming : classification des mots Thématiques à aborder <i>a minima</i> : - accidentologie/polyconsommation - contexte de consommation/conduite - doses alcool - repères OMS => outil : règlette pour s'autoévaluer sur le 0,5 g/l - élimination/diffusion alcool => outil : Simalc - effets d'une alcoolémie sur la conduite (champ de vision, réflexes, désinhibition...) => outil : test avec lunettes d'alcoolémie Le rappel de la loi sera vu en séance n° 4
10'	Clôture de la séance : - synthèse relative aux effets de l'alcool sur la conduite et les unités d'alcool - tour de table : partage d'une information marquante par participant - rappel de la prochaine séance : date et objectifs

**Séance n° 2 collective – Santé - société - addictions - sécurité routière**

*Objectifs :*

- faire émerger les représentations et croyances autour du thème « alcool et route » ;
- donner des repères sur les principaux dommages sanitaires liés à chaque produit (alcool, cannabis, médicaments) ;
- développer des connaissances de base en addictologie ;
- apporter des informations sur les réponses thérapeutiques actuelles et leurs conséquences éventuelles sur la conduite automobile ;
- accompagner les intervenants dans une démarche de changement.

*Exemples de matériels supports :*

- plaquettes produits ;
- mémo législatif alcool ;
- fascicules Santé publique France.

*Proposition de déroulé :*

TIMING	CONTENU
15'	Accueil convivial Présentation de la séance et rappel des notions essentielles développées au cours des 2 premières séances Tour de table permettant à chacun de s'exprimer sur son ressenti de cette adhésion à l'EAD
10'	Brainstorming : quels sont les dommages sanitaires liés à l'alcool ?
5'	Brainstorming : quels sont les dommages sanitaires liés au cannabis ?
5'	Brainstorming : quels sont les dommages sanitaires liés aux médicaments ?
20'	Diaporama : dommages sanitaires en distinguant les effets immédiats et les effets à long terme
20'	Diaporama : dommages familiaux, sociaux, judiciaires et routiers

TIMING	CONTENU
15'	Sollicitation des participants sur leurs connaissances des moyens thérapeutiques actuels
15'	Diaporama : les stratégies thérapeutiques actuelles
15'	Tour de table : - ce qu'ils ont apprécié - ce qui leur semble utile à retenir pour l'avenir

*Commentaire :* cette séance peut être co-animée avec un médecin, centrée sur les dommages sanitaires de l'alcool en particulier. Dans ce cas, les dommages sociaux, juridiques sont abordés plus avant lors de la séance suivante.

### Séance n° 3 collective – Prise de risques

*Objectifs :*

- renforcer ou développer les connaissances en matière de législation sur l'alcool et les stupéfiants sur la route ;
- favoriser l'émergence des représentations autour de la prise de risque ;
- identifier les situations à risques inhérentes à la consommation d'alcool : risque pour soi (accidentologie, judiciaires, sociaux, économiques, etc.), risque pour les autres, risques par rapport à la société ;
- travailler sur l'effet désinhibiteur de l'alcool (= « sur-risque ») ; de la modification de la perception des réalités, l'altération du raisonnement et aux modifications de comportement ;
- favoriser l'émergence d'alternatives à la prise de risques ou des stratégies de réduction des risques.

*Exemples de matériels supports :*

- tableau pour abaque de reigner ;
- memento législatif alcool (à diffuser) ;
- documentation addiction en milieu professionnel.

*Outils et techniques proposés :*

- échelle motivationnelle/échelle émotionnelle ;
- abaque de Reigner ;

*Proposition de déroulé :*

TIMING	DÉROULEMENT
5'	Accueil convivial Présentation des intervenants Aspects administratifs (signature émargement...)
5'	Rappel du cadre des séances collectives Présentation des objectifs de la séance
5'	Attentes collectives par rapport à la séance
10'	Échelle motivationnelle/Échelle émotionnelle Débriefing collectif ou échelle personnelle
5'	Explication des consignes : abaque de Reigner Tableau à renseigner en individuel (chaque participant renseigne sa grille) ou faire des votes collectifs avec feuillet de couleur à chaque item
1 h 20'	Tableau de l'abaque 10 minutes par items (à voir pour prioriser) selon ce qui fait débat
10'	Clôture de la séance : - tour de table : partage d'une information marquante par participant - échelle émotionnelle/motivationnelle ? - rappel de la prochaine séance : date et objectifs

*Commentaire :* dans cette séance il faut travailler sur l'effet désinhibiteur de l'alcool (= « sur risque »). Il faut insister sur la modification de la perception des réalités, l'altération du raisonnement et les modifications de comportement que cela entraîne.

### Séance n° 4 collective – Balance motivationnelle

*Objectifs :*

- faciliter le changement de comportement et le maintien de ce changement dans le cadre d'une motivation intrinsèque notamment sur le changement des modes de consommation (diminution des quantités consommées en soirée, par jour ou semaine, ou arrêt total de l'alcool) ;

- prévenir les reprises de comportements à risque ;
- posséder et utiliser des outils stratégiques de réduction des risques.

*Exemples de matériels supports :*

- affiche dose Santé publique France/autre ;
- émoticônes ;
- réglette d'alcoolémie (à remettre) ;
- documents supports du type « Idées vraies/Idées fausses sur l'alcool »/« Alcool et route »/Autre (à remettre).

*Outils et techniques proposés :*

- changements envisagés (listing) et niveau de motivation ;
- balance décisionnelle/stratégies de changement à faire émerger.

*Proposition de déroulé :*

TIMING	CONTENU
10'	Accueil convivial Présentation des intervenants
5'	Rappel du cadre des séances collectives
10'	Tour de table : - prénom, - état d'humeur balance émotionnelle par émoticônes
10'	Lister les changements de comportements envisagés par les participants Ex. : Je ne consomme plus en soirée Je ne bois qu'un ou deux verres avant de prendre ma voiture J'ai décidé d'arrêter totalement l'alcool Je continue de boire en soirée mais je ne conduirais plus Demander leur motivation à ce changement par échelle analogique de 0 à 10
45'	= Balance décisionnelle pour chaque proposition concernant les avantages et les inconvénients de la proposition : Exemple : « je ne consomme plus d'alcool en soirée » Positif Négatif « Je continue de consommer de l'alcool en soirée » Positif Négatif Faire émerger les stratégies de changement si la balance est en sa faveur Refaire une échelle analogique motivationnelle ensuite de 0 à 10
10'	Clôture de la séance : - tour de table : partage d'une information marquante par participant

**Séance n° 5 collective – Prévention de la récurrence/évaluation du stage**

*Objectifs :*

- prévention de la récurrence ;
- consolider les connaissances acquises lors des séances précédentes ;
- consolidation des compétences autour de la connaissance des situations à risque et des comportements à adopter.

*Exemples de matériels supports :*

- DVD phare, pour s'en inspirer/s'inspirer des situations (film 3: « les pensées dangereuses ») ;
- verres de bar, bouteilles de différents alcools en simulation (ou de jus de fruit) ;
- questionnaire de satisfaction.

*Outils et techniques proposés :*

- exercices pratiques et échanges permettant de consolider les acquis :
  - travailler sur la notion de risque de récurrence ;
  - lister des situations à risques de récurrence pour mieux les repérer, avec les stagiaires ;
  - mises en situation, situations dangereuses (éventuellement phare, ou description de phare, compte tenu de l'aspect désuet de la vidéo – certains animateurs s'appuient sur ce côté kitsch : dérision/humour) ;
- émoticônes ;
- exercice pratique (mise en pratique sur les unités d'alcool, mise en situation).

*Proposition de déroulé :*

TIMING	CONTENU
10'	Accueil convivial Présentation des intervenants
5'	Rappel du contexte: fin de stage
5'	Rappel du cadre des séances collectives Présentation des objectifs de la séance: prévention de la récurrence
10'	État émotionnel par émoticône
60'	Détailler avec les usagers les différentes stratégies qu'ils comptent mettre en place pour éviter la récurrence. Séquence du film phare Mise en situation avec des usagers volontaires; jeux de rôle avec 2 ou 3 usagers Exemples: - savoir dire non à une sollicitation d'alcool en soirée chez des amis - situation de sollicitation de consommation au restaurant où le participant est venu en voiture Exercice pratique (mise en pratique sur les unités d'alcool, mise en situation) Utiliser des verres types OMS: exercices de remplissage de verres selon le type d'alcool consommé avec des usagers volontaires dans l'objectif d'intégrer sur le plan pratique la notion d'unités d'alcool Réflexions sur l'après EAD
30'	Évaluation du stage: - tour de table: partage d'une information marquante par participant - clôture de la séance.

**Consultation médicale n° 2**

Elle est d'une durée de 45 minutes. Elle est effectuée par le même médecin qui a effectué la consultation initiale. La consultation permet de faire le point sur les acquis et les évolutions en matière de représentation et de consommation d'alcool. Une évaluation de sa motivation au changement est également réalisée. Une évaluation globale médicale, psychologique, sociale et addictologique est effectuée. Elle permet d'envisager avec l'usager la suite la mieux adaptée à sa situation et d'y associer s'il en est d'accord le médecin traitant (courrier résumant le parcours du patient pendant la mesure EAD). Elle permet notamment de proposer un accompagnement plus prolongé, voire des soins, si cela se révèle nécessaire, et/ou d'orienter vers un accompagnement spécialisé si nécessaire.

Le médecin se charge de la remise de l'attestation de participation et il invite la personne à se présenter devant la commission primaire de la préfecture pour décision quant à l'aptitude à la conduite, avec ou sans éthylotest anti-démarrage.

ANNEXE 3

FOIRE À QUESTIONS (FAQ) FRÉQUEMMENT POSÉES  
AU SUJET DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'EAD

1. Quel accompagnement pour une personne devant intégrer un groupe prescription d'EAD, lorsque le nombre de personnes orientées est insuffisant pour créer un groupe opérationnel (cf. nombre requis pour instaurer une dynamique de groupe)

Le premier entretien médical est mené afin de ne pas perdre de vue l'utilisateur. La situation est évaluée et si, dans le CSAPA, un accompagnement collectif non spécifique à l'EAD mais remplissant globalement les mêmes objectifs existe, il est proposé à la personne d'y participer. Des séances individuelles viennent si nécessaire compléter les objectifs spécifiques décrits dans le cahier des charges. En ultime recours, si aucun groupe ne correspond, l'accompagnement prend la forme de séances individuelles avec l'accord de la personne et en avertissant la commission médicale de la préfecture. En tout état de cause, il est important que la personne ait pu avoir un accompagnement avant la fin de la mesure EAD qui lui a été prescrite.

2. Quid des personnes ayant bénéficié d'un accompagnement médico-psycho-éducatif par le CSAPA mais pour lesquelles la mesure d'EAD est reconduite par la préfecture? Faut-il refaire un stage à l'identique?

Dans cette situation, il n'est pas opportun qu'un stage complet soit proposé à la personne. En revanche, si la personne le souhaite, un accompagnement individuel, médical ou non pourra lui être proposé, notamment en vue de renforcer le travail motivationnel et viser le changement de comportement espéré et orienter à chaque fois que nécessaire vers un accompagnement individuel psychologique et social.

3. Est-il possible d'intégrer dans les stages un usager volontairement utilisateur d'un EAD ou de le proposer à des personnes pour lesquels le SMPE semblerait approprié?

La situation s'est produite dans le cadre de la préfiguration et l'utilisateur a été intégré. Il faut simplement veiller à ce que la personne s'intègre dans le groupe et respecte les règles au même titre que les usagers orientés par la préfecture.

D'une manière générale, l'accompagnement pourrait avoir du sens pour d'autres personnes, et d'ailleurs pourrait permettre de générer des groupes – hors contraintes- ce qui aurait pour mérite de pallier au manque de prescription d'EAD avec SMPE (question 2). Cependant cette question doit être vue dans le cadre du projet d'établissement en accord avec l'ARS (ex : réduction des risques du PE du CSAPA)

4. Dans la perspective d'un déploiement qui ne concernerait pas tous les CSAPA d'un département, quel site d'accueil choisir afin de réduire les déplacements des personnes accompagnées?

Cette question s'est posée dans le cadre de la préfiguration, dans le cadre de laquelle un seul CSAPA par département seulement était en mesure de réaliser le SMPE. Or, l'accompagnement engendre 8 déplacements pour la personne, parfois dans un périmètre loin de son domicile. Dans ce cas, le lieu le plus central, et/ou le mieux desservi par les transports en commun, pourra si possible être choisi. De même les horaires devront être adaptés aux disponibilités de la majorité des usagers, dans les limites du possible.

La visioconférence, peut-être une piste alternative pour mutualiser des groupes à l'échelle du département, interdépartementale ou régionale.

5. Quel est le coût moyen d'un groupe?

Hors les travaux de réflexion, d'élaboration, de choix des outils, de mise en œuvre très progressive, d'évaluation de la faisabilité, tels que réalisés dans le cadre de la préfiguration, et selon une estimation, un groupe de 12 personnes nécessitant une séance individuelle et deux consultations médicales, et deux professionnels pour l'animation des 5 groupes collectifs, reviendrait à environ 3000 €. Ce coût tient compte des contraintes liées à la modulation des horaires de travail nécessaires pour s'adapter aux contraintes des usagers.

ANNEXE 4

EXEMPLES D'OUTILS SUPPORTS AUX SÉANCES  
COLLECTIVES ORGANISÉES PAR LES CSAPA

*Supports alcool-info-service :*

Questionnaire « Idées reçues » : <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/Idées-recues>

Questionnaire « Évaluer sa consommation » : [http://www.alcool-info-service.fr/evaluer/etape\\_1](http://www.alcool-info-service.fr/evaluer/etape_1)

Support « Équivalences verres standards » : [http://www.alcool-info-service.fr/var/ais/storage/images/media/images/contenus/espace-pro-ais-alcool-et-sante/en\\_savoir\\_plus\\_sur\\_le\\_verre\\_standard/4130336-1-fre-FR/En\\_savoir\\_plus\\_sur\\_le\\_verre\\_standard.jpg](http://www.alcool-info-service.fr/var/ais/storage/images/media/images/contenus/espace-pro-ais-alcool-et-sante/en_savoir_plus_sur_le_verre_standard/4130336-1-fre-FR/En_savoir_plus_sur_le_verre_standard.jpg)

Fiche Alcool et jeunes « Et vous, avec l'alcool vous en êtes où ? » : <http://inpes.santepublique-france.fr/CFESBases/catalogue/pdf/330.pdf>

*Supports sécurité routière :*

Fiche « Les chiffres de l'alcool » : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/les-chiffres-de-la-route/les-chiffres-de-l-alcool>

Fiche « L'éthylotest anti-démarrage : comment ça marche ? » : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/connaître-les-regles/reglementation-et-sanctions/ethylotest-antidemarrage-ead>

Fiche « Alcool : réglementation et sanctions » :

<http://www.securite-routiere.gouv.fr/connaître-les-regles/reglementation-et-sanctions/alcool>

*Support HAS :*

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil\\_rpib\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf)

*Support OFDT :*

Synthèse des connaissances sur alcool (production, consommation, conséquences, cadre légal et réglementaire, etc.) : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/#conso>

*Supports Ameli :*

Les effets de l'alcool sur la santé :

[https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alimentation-adulte-types-aliments/alcool#text\\_70101](https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alimentation-adulte-types-aliments/alcool#text_70101)

Quels repères de consommation ?

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alimentation-adulte-types-aliments/alcool>

ANNEXE 5

ACCIDENTALITÉ ROUTIÈRE LIÉE À L'ALCOOL PAR DÉPARTEMENT EN 2017

Indicateurs départementaux de sécurité routière

	Personnes tuées							en moyenne 2013-2017 part dans la mortalité des personnes tuées				
	Evolution 2017/2010	total 2017	Evolution 2017/2016	taux moyen 2013-2017				en 2RM	dans un accident avec conducteur novice moins de 2 ans *	dans un accident avec conducteur alcoolisé / alcool connu	dans un accident avec conducteur drogué / drogue connu	
				tous âges pour 1 million de habitants (pop. 2017)	des 18-24 ans pour 1 million de 18-24 ans (pop. 2017)	des 25-34 ans pour 1 million de 25-34 ans (pop. 2017)	des 65 ans et plus pour 1 million de 65 ans et plus (pop. 2017)					
1	Ain	- 19%	44	- 25%	69	199	108	74	23%	20%	35%	27%
2	Aisne	- 2%	40	+ 14%	68	170	97	59	25%	18%	32%	19%
3	Allier	- 40%	25	- 39%	89	199	168	76	17%	24%	29%	14%
4	Alpes-de-Haute-Provence	+ 58%	30	+ 15%	145	623	247	121	33%	24%	28%	29%
5	Hautes-Alpes	- 20%	12	+ 9%	75	181	138	68	26%	30%	27%	26%
6	Alpes-Maritimes	- 8%	55	- 7%	51	104	84	54	49%	24%	29%	18%
7	Ardèche	- 20%	20	- 20%	68	150	88	100	26%	21%	25%	35%
8	Ardennes	+ 20%	18	+ 6%	49	105	53	71	16%	19%	36%	22%
9	Ariège	- 11%	17	- 35%	97	378	124	109	19%	22%	38%	26%
10	Aube	+ 56%	25	+ 39%	71	157	97	58	15%	17%	36%	19%
11	Aude	- 22%	28	- 35%	97	162	169	99	18%	16%	23%	32%
12	Aveyron	+ 16%	22	- 12%	101	190	146	132	11%	16%	22%	10%
13	Bouches-du-Rhône	- 19%	122	- 4%	64	150	106	65	31%	24%	27%	32%
14	Calvados	+ 30%	48	+ 45%	49	104	70	52	17%	25%	28%	14%
15	Cantal	+ 50%	12	+ 9%	81	171	105	91	17%	18%	14%	8%
16	Charente	- 44%	22	+ 38%	54	122	108	54	15%	23%	27%	14%
17	Charente-Maritime	- 45%	40	- 32%	84	255	129	85	17%	21%	35%	31%
18	Cher	- 14%	25	+ 79%	74	193	111	85	12%	14%	36%	24%
19	Corrèze	- 43%	13	+ 8%	64	101	88	82	14%	24%	28%	25%
2A	Corse-du-Sud	+ 67%	10	- 29%	84	264	108	76	39%	22%	25%	15%
2B	Haute-Corse	- 33%	20	0%	109	248	176	90	32%	32%	38%	26%
21	Côte-d'Or	+ 3%	35	+ 30%	56	96	111	63	19%	19%	27%	24%
22	Côtes-d'Armor	- 10%	35	- 10%	58	133	92	66	23%	16%	28%	19%
23	Creuse	- 10%	9	+ 80%	57	122	78	74	15%	16%	31%	13%
24	Dordogne	- 16%	31	- 28%	87	179	99	101	17%	14%	31%	17%
25	Doubs	- 18%	36	+ 3%	66	133	96	61	21%	24%	34%	19%
26	Drôme	- 14%	37	+ 9%	75	206	103	69	20%	24%	25%	16%
27	Eure	- 30%	33	- 23%	62	209	93	64	26%	25%	32%	22%
28	Eure-et-Loir	- 2%	44	+ 69%	84	217	104	108	16%	23%	18%	21%
29	Finistère	+ 17%	48	- 6%	48	111	89	54	22%	16%	41%	18%
30	Gard	- 20%	60	+ 3%	77	188	159	74	19%	22%	33%	33%
31	Haute-Garonne	- 20%	53	+ 4%	37	56	47	59	26%	25%	32%	25%
32	Gers	- 38%	16	- 30%	98	314	96	161	11%	18%	24%	28%
33	Gironde	- 4%	73	- 11%	50	95	69	71	26%	19%	27%	31%
34	Hérault	- 24%	79	0%	72	101	131	77	27%	20%	38%	33%
35	Ile-et-Vilaine	- 2%	54	0%	49	93	62	84	21%	22%	35%	22%
36	Indre	- 17%	19	+ 6%	84	239	91	117	15%	26%	26%	12%
37	Indre-et-Loire	- 27%	32	- 6%	57	108	88	74	20%	24%	29%	21%
38	Isère	- 23%	60	- 9%	50	93	73	66	22%	23%	31%	28%
39	Jura	- 6%	31	+ 7%	105	283	174	105	13%	27%	21%	17%
40	Landes	- 10%	36	+ 64%	75	180	143	59	24%	18%	30%	25%
41	Loir-et-Cher	+ 6%	35	+ 13%	100	317	169	94	15%	16%	28%	16%
42	Loire	- 19%	29	0%	43	87	44	64	17%	21%	27%	11%
43	Haute-Loire	- 33%	12	+ 20%	80	302	119	102	16%	18%	23%	12%
44	Loire-Atlantique	- 24%	59	- 19%	48	123	74	41	25%	25%	38%	17%
45	Loiret	- 34%	37	- 14%	55	146	79	58	15%	25%	32%	21%
46	Lot	- 53%	9	- 61%	91	312	110	97	21%	30%	24%	20%
47	Lot-et-Garonne	- 15%	29	+ 16%	77	206	134	78	17%	24%	31%	24%
48	Lozère	- 27%	8	+ 14%	158	348	191	163	27%	25%	15%	22%
49	Maine-et-Loire	- 15%	44	+ 10%	45	94	71	55	20%	20%	36%	20%
50	Manche	- 30%	32	- 11%	64	120	76	86	20%	17%	33%	8%
51	Marne	- 33%	30	- 23%	65	147	57	88	17%	24%	20%	11%
52	Haute-Marne	- 12%	15	+ 36%	96	285	194	90	8%	28%	36%	20%
53	Mayenne	- 15%	22	+ 5%	63	193	83	79	15%	25%	16%	19%
54	Meurthe-et-Moselle	0%	33	- 3%	48	102	84	57	21%	20%	27%	30%
55	Meuse	- 6%	16	+ 33%	68	203	48	54	11%	24%	33%	19%

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

		Personnes tuées							en moyenne 2013-2017 part dans la mortalité des personnes tuées			
		Evolution 2017/2010	total 2017	Evolution 2017/2016	taux moyen 2013-2017				en 2RM	dans un accident avec conducteur novice moins de 2 ans *	dans un accident avec conducteur alcoolisé / alcool connu	dans un accident avec conducteur drogué / drogue connu
					tous âges pour 1 million habitants (pop. 2017)	des 18-24 ans pour 1 million de 18-24 ans (pop. 2017)	des 25-34 ans pour 1 million de 25-34 ans (pop. 2017)	des 65 ans et plus pour 1 million de 65 ans et plus (pop. 2017)				
56	Morbihan	- 17%	40	+ 18%	49	156	106	50	25%	27%	34%	22%
57	Moselle	- 7%	52	+ 11%	44	107	50	50	22%	26%	23%	14%
58	Nièvre	+ 10%	23	- 18%	89	253	151	91	20%	21%	34%	12%
59	Nord	- 4%	82	- 23%	34	74	48	45	24%	23%	27%	27%
60	Oise	+ 17%	62	- 11%	70	145	122	58	17%	27%	33%	21%
61	Orne	+ 8%	27	+ 4%	93	309	171	96	14%	19%	22%	11%
62	Pas-de-Calais	- 2%	64	- 4%	46	104	66	57	17%	21%	32%	26%
63	Puy-de-Dôme	- 14%	37	- 10%	58	114	56	95	19%	22%	36%	19%
64	Pyrénées-Atlantiques	+ 14%	41	+ 41%	51	96	62	73	31%	16%	22%	17%
65	Hautes-Pyrénées	- 25%	9	- 47%	75	119	128	113	12%	23%	36%	35%
66	Pyrénées-Orientales	+ 52%	38	+ 36%	62	103	109	73	23%	22%	34%	28%
67	Bas-Rhin	- 4%	44	- 4%	38	69	49	41	14%	20%	28%	17%
68	Haut-Rhin	- 14%	32	+ 28%	36	80	42	51	20%	19%	16%	16%
69	Rhône	- 21%	59	- 5%	30	47	42	49	27%	22%	25%	23%
70	Haute-Saône	+ 3%	33	+ 230%	78	229	134	89	12%	14%	39%	28%
71	Saône-et-Loire	- 10%	46	+ 7%	74	290	110	78	17%	24%	25%	22%
72	Sarthe	+ 51%	53	+ 51%	63	140	104	69	24%	19%	30%	19%
73	Savoie	+ 13%	35	- 3%	61	194	88	56	23%	24%	28%	22%
74	Haute-Savoie	+ 3%	40	- 11%	50	132	93	51	30%	21%	38%	36%
75	Paris	- 28%	31	- 23%	17	17	15	39	38%	21%	24%	23%
76	Seine-Maritime	- 24%	51	- 2%	40	98	69	51	25%	31%	28%	35%
77	Seine-et-Marne	- 1%	81	+ 13%	54	124	88	48	22%	31%	27%	28%
78	Yvelines	- 23%	49	+ 2%	32	70	51	41	28%	24%	23%	21%
79	Deux-Sèvres	- 24%	28	- 18%	82	287	143	78	19%	26%	41%	22%
80	Somme	- 20%	41	- 7%	72	114	120	83	16%	18%	32%	13%
81	Tarn	- 47%	26	+ 18%	71	176	123	68	22%	17%	28%	23%
82	Tarn-et-Garonne	- 21%	27	+ 4%	101	168	156	150	17%	18%	31%	24%
83	Var	- 20%	72	+ 4%	67	135	101	66	38%	18%	31%	27%
84	Vaucluse	+ 6%	55	+ 34%	77	216	99	90	25%	17%	27%	26%
85	Vendée	- 47%	37	- 34%	65	277	83	63	23%	19%	43%	17%
86	Vienne	- 44%	20	- 31%	59	129	74	62	17%	24%	27%	16%
87	Haute-Vienne	+ 5%	20	+ 54%	55	101	93	54	18%	23%	30%	17%
88	Vosges	- 60%	16	- 30%	62	118	119	78	20%	21%	21%	16%
89	Yonne	0%	32	- 9%	100	264	168	104	17%	23%	28%	20%
90	Territoire de Belfort	+ 14%	8	+ 100%	46	146	67	37	36%	30%	44%	21%
91	Essonne	+ 3%	41	+ 41%	27	61	42	30	26%	27%	23%	18%
92	Hauts-de-Seine	+ 14%	32	+ 14%	17	26	24	25	46%	21%	25%	17%
93	Seine-Saint-Denis	- 41%	23	- 12%	21	42	29	38	30%	27%	15%	15%
94	Val-de-Marne	- 15%	23	- 15%	18	32	30	27	36%	38%	20%	24%
95	Val-d'Oise	+ 18%	39	+ 105%	23	51	34	27	28%	30%	23%	27%
	<b>Métropole</b>	<b>- 14%</b>	<b>3 448</b>	<b>- 1%</b>	<b>53</b>	<b>114</b>	<b>75</b>	<b>64</b>	<b>23%</b>	<b>22%</b>	<b>29%</b>	<b>22%</b>
971	Guadeloupe	- 37%	41	- 28%	131	412	293	109	36%	21%	37%	38%
972	Martinique	- 19%	30	+ 15%	77	258	219	35	44%	21%	43%	45%
973	Guyane	- 28%	26	- 30%	107	234	176	128	29%	19%	32%	26%
974	La Réunion	+ 12%	47	- 6%	55	112	114	47	35%	21%	35%	40%
976	Mayotte	+ 700%	8	0%	26	63	34	0	41%	23%	16%	11%
	<b>Ensemble des DOM</b>	<b>- 16%</b>	<b>152</b>	<b>- 15%</b>	<b>76</b>	<b>192</b>	<b>154</b>	<b>64</b>	<b>36%</b>	<b>21%</b>	<b>36%</b>	<b>37%</b>
977	Saint-Barthélemy**	ND	0	- 100%	170	274	348	225	75%	13%	71%	86%
978	Saint-Martin**	- 40%	3	0%	108	397	260	0	58%	14%	73%	75%
986	Wallis-et-Futuna**	ND	1	0%	16	0	0	174	0%	0%	100%	ND
987	Polynésie Française**	- 29%	24	- 8%	81	137	303	67	44%	6%	59%	60%
988	Nouvelle-Calédonie**	- 21%	56	+ 10%	192	469	372	155	9%	16%	60%	46%
	<b>Ensemble COM-NC</b>	<b>- 24%</b>	<b>84</b>	<b>+ 1%</b>	<b>133</b>	<b>292</b>	<b>337</b>	<b>114</b>	<b>23%</b>	<b>13%</b>	<b>61%</b>	<b>52%</b>
	<b>Total OM</b>	<b>- 19%</b>	<b>236</b>	<b>- 10%</b>	<b>88</b>	<b>217</b>	<b>193</b>	<b>71</b>	<b>32%</b>	<b>18%</b>	<b>44%</b>	<b>42%</b>
	<b>France (métropole+DOM)</b>	<b>- 14%</b>	<b>3 600</b>	<b>- 2%</b>	<b>53</b>	<b>117</b>	<b>78</b>	<b>64</b>	<b>23%</b>	<b>22%</b>	<b>30%</b>	<b>23%</b>
	<b>France (métropole+OM)</b>	<b>- 14%</b>	<b>3 684</b>	<b>- 1%</b>	<b>54</b>	<b>119</b>	<b>80</b>	<b>64</b>	<b>23%</b>	<b>22%</b>	<b>30%</b>	<b>23%</b>

Population 2017 : Source Insee

Remarques : pour certains départements où le nombre de personnes tuées est réduit, les conclusions seront à nuancer, notamment sur les départements de Mayotte, Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Wallis-et-Futuna

\* Données sur 2012-2016 pour les conducteurs novices

\*\* Population 2012, 2013 ou 2014 au dernier recensement Insee