

Conseil national de la sécurité routière

Recommandation de synthèse du CNSR au ministre de l'Intérieur

Le ministre a saisi le CNSR afin de recueillir son avis sur les mesures visant à réduire la mortalité routière de moitié entre 2010 et 2020.

Quatre commissions de travail assistées d'un comité des experts ont travaillé depuis décembre 2012 sur plusieurs recommandations.

Les causes principales d'accident de la route sont identifiées ainsi que les catégories d'usagers présentant un sur risque. La formation des conducteurs, les campagnes de communication et les actions à mener en priorité sont ciblées sur ces causes et catégories d'usagers. Par ailleurs, des recommandations et préconisations ont été adoptées par le CNSR appuyé par les travaux des experts.

Le CNSR **recommande** d'agir prioritairement selon trois axes :

- mettre en place une meilleure éducation du comportement du conducteur reposant notamment sur la compréhension de l'utilité et du bien-fondé des règles,
- expérimenter la réduction de vitesse maximale autorisée (VMA) à 80km/h sur le réseau des routes bidirectionnelles, selon les termes de la recommandation du 16 juin 2014 annexée,
- lutter contre la conduite sous l'effet de l'alcool, et toute récidive. Pour ce faire, le CNSR milite en faveur de la promotion de l'installation de l'éthylotest anti-démarrage (EAD) par l'autorité judiciaire. Il se déclare favorable à une extension de l'utilisation de l'EAD et propose que les commissions médicales du permis de conduire placées sous l'autorité des préfets se voient reconnaître cette compétence (recommandation annexée).

Il est fondamental, dans le cadre de l'élaboration d'une politique de sécurité routière assise sur des causes incontestables, de **mettre en place** les dispositifs pour améliorer la connaissance précise des mécanismes d'accident, à savoir standardiser le format d'enregistrement des données de la route (EDR) dans les véhicules et mettre ces données à disposition des observatoires de l'accidentalité et des organismes de recherche.

Le CNSR rappelle que certaines mesures plus immédiates ont été proposées et méritent d'être **mises en œuvre rapidement** :

- améliorer les dispositions spécifiques aux deux roues motorisées pour renforcer le respect de la règle et baisser leur accidentalité (harmonisation de la taille des plaques, détention d'un gilet Haute Visibilité en cas d'arrêt d'urgence, expérimentation de la circulation inter-files, transport d'enfants),
- améliorer les dispositions spécifiques aux cyclistes pour renforcer le respect de la règle et baisser leur accidentalité (incitation au port du casque, espaces mixtes piétons cyclistes, dispositifs particuliers d'amendes),
- affirmer les dangers de l'usage du téléphone au volant (interdiction des oreillettes et des vitres sur-teintées notamment)
- traiter les obstacles latéraux le long des routes.

et **se réjouit** des mesures récentes prises pour favoriser l'apprentissage anticipé de la conduite et toutes les formes de conduite accompagnée.

Annexes : avis sur la VMA du 16 juin 2014 et sur l'EAD du 29 novembre 2013.

Conseil national de la sécurité routière

Recommandation du CNSR au ministre de l'Intérieur

A la suite des réflexions formulées par le comité des experts et à l'invitation du ministre de l'intérieur qui a souhaité que le CNSR se prononce sur ce sujet, les commissions « Alcool, Stupéfiants, Vitesse », « Outils technologiques et Infrastructures Routières » et « Deux roues, deux roues motorisés » du CNSR ont travaillé et pris position quant à une évolution des vitesses maximales autorisées (VMA) sur le réseau routier hors agglomération sans séparateur central (dit bidirectionnel).

Lors de la séance plénière du **16 juin 2014**, les éléments suivants ont été **portés à la connaissance** des membres du CNSR :

- la vitesse excessive ou inadaptée accroît l'accidentalité et la mortalité routières,

- les experts et les analyses en situation réelles, tant nationales qu'internationales, confirment qu'une diminution de la vitesse moyenne de 1% diminue la mortalité d'environ 4% (modèle de Nilsson). Le nombre des blessés suit sensiblement les mêmes évolutions.

- sur le réseau des routes bidirectionnelles, c'est à dire les routes où les voies ne sont pas séparées par un terre-plein central aujourd'hui limitées à 90km/h, en moyenne entre 2010 et 2012, se sont produits 18% des accidents corporels, coûtant la vie à 57% des personnes tuées sur les routes, et 35% des blessés hospitalisés plus de 24h.

En chiffres, cela a représenté en moyenne 11 600 accidents corporels, 2 221 personnes tuées, 10 087 blessés hospitalisés plus de 24h par an pour ces trois années.

- les experts du CNSR ont unanimement validé dans leur rapport « proposition d'une stratégie pour diviser par deux le nombre de personnes tuées ou blessées gravement d'ici 2020 », présenté à l'assemblée plénière du CNSR le 29 novembre 2013, le fait que cette mesure permet « [d']espérer épargner de l'ordre de 350 à 400 vies par an [...] et au moins de l'ordre de 210 à 240 vies » selon que la VMA passe de 90 km/h à 80 km/h sur tout ou partie du réseau bidirectionnel.

- la majorité des usagers de la route ne perçoit pas les liens entre vitesse, mortalité routière et gravité des accidents. Ils ne s'approprient donc pas spontanément l'intérêt d'une modification de la VMA ou du respect de celle-ci.

Après débat et vote, le CNSR **recommande** de :

- réduire la vitesse maximale autorisée (VMA) à 80km/h sur l'ensemble du réseau des routes bidirectionnelles, c'est à dire les routes où les voies ne sont pas séparées par un terre plein central, aujourd'hui limité à 90km/h.

Conformément à l'article R 413-1 du code de la route, l'existence ou la possibilité de création de zones où la VMA serait inférieure à 80km/h doit rester possible, arguments à l'appui (par exemple : ancienne zone d'accumulation d'accidents, facteurs de risques identifiés après expertise de l'infrastructure tels qu'un faible rayon de courbure, manque de visibilité, obstacles fixes, etc) .

- favoriser le report du trafic vers le réseau routier où les voies sont séparées par un terre-plein central, limité à 110 km/h, et sur le réseau autoroutier, qui offrent des conditions de sécurité et un taux d'accidentalité meilleurs.

Différentes mesures, par exemple d'aménagement tarifaire, devraient encourager ce report.

- prévoir une période de communication intensive préalablement à l'application effective de la mesure afin d'en assurer la pédagogie, faciliter l'acceptabilité et le respect par l'ensemble des usagers.

- s'appuyer sur l'avis du comité des experts pour les modalités de mise en œuvre ou d'une expérimentation de la mesure.

Dans tous les cas, il faudra pouvoir réaliser une évaluation rigoureuse des effets de la modification de la VMA sur la mortalité et l'accidentalité routières.

Conseil national de la sécurité routière

Recommandations du CNSR au ministre de l'Intérieur

Le ministre a saisi le CNSR afin de recueillir son avis sur les mesures visant à réduire l'accidentalité liée au facteur alcool.

Le président du CNSR a demandé à la commission « Alcool Stupéfiants Vitesse » du CNSR d'avoir **une réflexion approfondie sur les modalités facilitant les contrôles en matière d'alcool et de stupéfiants.**

La commission, après étude de cette question, a porté à la connaissance des membres du CNSR, réunis en séance plénière le 29 novembre 2013, les éléments suivants :

- Plus l'alcoolémie augmente, plus le risque d'accident augmente lors d'une activité de conduite d'un véhicule.
- Le facteur alcool est identifié dans 31% des accidents mortels de la route (source ONISR).
- Des études ont objectivé les difficultés des consommateurs d'alcool à estimer correctement leur taux d'alcoolémie.
- Les études internationales sur l'effet de l'installation d'éthylotests anti-démarrage sur des véhicules de conducteurs sanctionnés pour alcoolémie montrent une diminution importante du taux de récurrence pendant la durée d'installation de l'appareil. Quant aux effets une fois l'appareil enlevé, ils dépendent pour beaucoup de la qualité du suivi - notamment médical - qui doit obligatoirement accompagner la mise en place des EAD.
- Les expériences françaises et internationales confirment la faisabilité et l'intérêt de l'installation des éthylotests anti-démarrage dans certaines situations et notamment si cette mesure s'accompagne d'une analyse des données de l'utilisation de l'EAD et d'un accompagnement médical.
- Le décret du 5 septembre 2011, en application de la loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure du 14 mars 2011, précise les modalités pratiques de mise en œuvre de l'interdiction de conduire un véhicule ne comportant pas un dispositif d'anti-démarrage par éthylotest électronique, comme peine complémentaire ou comme mesure de composition pénale, à l'encontre des auteurs des délits de conduite en état alcoolique ou en état d'ivresse manifeste et des délits d'homicide ou de blessures involontaires par conducteur sous l'empire d'un état alcoolique. Cette mesure n'est pas encore utilisée par les juridictions, notamment par manque d'installateurs agréés.
- Déjà obligatoire depuis 2010 dans les autocars neufs destinés au transport d'enfants ou dans le cadre d'expérimentations sur d'autres véhicules, l'éthylotest anti-démarrage a prouvé sa simplicité d'utilisation, sa fiabilité et son acceptabilité par les conducteurs de ces véhicules. Il ressort des éléments entendus par la commission que la présence de ce dispositif dans le véhicule permet aux conducteurs d'afficher leur professionnalisme et leur capacité à conduire aux yeux des personnes transportées et de leurs familles.
- Les médecins des commissions médicales primaires du permis de conduire et les spécialistes d'addictologie estiment que l'éthylotest anti-démarrage devrait faire partie de la panoplie des outils à leur disposition pour certains usagers à risque de récurrence.

Après débat et vote, le CNSR **recommande** que :

- La peine complémentaire prévue au 7° de l'article L 234-2 du code de la route ou la composition pénale prévues pour sanctionner les conducteurs ayant été condamnés pour avoir dépassé la limite délictuelle d'alcoolémie, soient envisagées de manière systématique.
- L'outil de réduction des risques que constitue l'EAD puisse aussi pouvoir être proposé par les commissions médicales primaires du permis de conduire pour certains usagers dont elles estiment le risque de récurrence important.
- Les possibilités d'installation d'un EAD soient effectives sur l'ensemble du territoire en encourageant l'installation et l'agrément des centres de montage.
- L'installation d'un EAD soit du fait d'une décision judiciaire, soit de la préconisation d'une commission médicale, doit être accompagné d'un suivi des données relatives à l'utilisation du dispositif, dit « monitoring ».
- Dans tous les cas l'évaluation des commissions médicales primaires fixe les besoins de suivi médical de ces usagers et donc la possibilité d'envisager l'arrêt de l'obligation d'équipement par EAD. Ce suivi doit obligatoirement intégrer une évaluation adaptée, un stage axé sur l'intervention brève en alcoologie, l'orientation vers une consultation spécialisée en addictologie, une démarche de soin et l'analyse des données de monitoring de l'utilisation de l'EAD.