

# SÉNAT

2<sup>e</sup> SESSION ORDINAIRE DE 1962-1963

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 25 juillet 1963.

---

## PROPOSITION DE LOI

*tendant à adjoindre la recherche de l'oxyde de carbone à celle de l'alcool, sur la personne des conducteurs d'automobiles auteurs d'accidents de la circulation,*

PRÉSENTÉE

Par M. Bernard LAFAY,

Sénateur.

---

(Renvoyée à la Commission des Lois constitutionnelles, de Législation, du Suffrage universel, du Règlement et d'Administration générale, sous réserve du droit reconnu au Gouvernement par l'article 43 de la Constitution de demander la nomination d'une Commission spéciale.)

---

### EXPOSE DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

L'article 11 de la loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui avait prévu que l'auteur présumé d'un crime, d'un délit ou d'un accident de la circulation, suivi de mort ou de blessure paraissant avoir été commis ou causé sous l'empire d'un état alcoolique, serait soumis à des vérifications médicales, cliniques et biologiques destinées à établir la preuve de la présence d'alcool dans son organisme.

Lorsque l'accident de la circulation n'entraînait que des dégâts matériels, il ne devait être procédé aux vérifications précitées que si l'auteur présumé de l'accident semblait en état d'ivresse.

Ces prescriptions, codifiées par le décret n° 55-222 du 8 février 1955 dans l'article 88 du Code des mesures concernant les débits de boissons et la lutte contre l'alcoolisme, allaient être modifiées par l'ordonnance n° 59-107 du 7 janvier 1959, qui, en réaffirmant le principe des vérifications instituées par la loi du 15 avril 1954, conférait aux dites vérifications un caractère obligatoire dans tous les cas de crimes, de délits ou d'accidents suivis de mort et abrogeait les mesures particulières aux accidents générateurs de dégâts exclusivement matériels.

Ce sont ces dispositions qui sont actuellement en vigueur et qui constituent l'article L. 88 du Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme instauré par l'ordonnance précitée du 7 janvier 1959. Leur libellé est le suivant :

« Les officiers ou agents de la police administrative ou judiciaire doivent, lors de la constatation d'un crime, d'un délit ou d'un accident de la circulation, faire procéder, sur la personne de l'auteur présumé, aux vérifications médicales, cliniques et biologiques destinées à établir la preuve de la présence d'alcool dans son organisme lorsqu'il semble que le crime, le délit ou l'accident a été commis ou causé sous l'empire d'un état alcoolique. Ces vérifications sont obligatoires dans tous les cas de crimes, délits ou accidents suivis de mort. Dans tous les cas où elles peuvent être utiles, elles sont également effectuées sur la victime. »

Aux termes des dispositions réglementaires faisant l'objet des articles R. 14 à R. 33 du Code précité, la mise en œuvre de la législation en cause ressortit, au premier chef, à la compétence de l'officier ou agent de la police administrative ou judiciaire appelé à constater le crime, le délit ou l'accident. Il appartient, en effet, à cette autorité, hormis le cas de crimes, de délits ou d'accidents suivis de mort, d'apprécier si l'auteur de l'infraction ou de l'accident semble avoir, — ou non — sous l'empire d'un état alcoolique.

Si les conclusions de son appréciation sont positives, l'agent qui a procédé au constat consigne, le plus rapidement possible, le résultat de l'examen de comportement auquel il s'est ainsi livré, sur une fiche (fiche A) qui est adressée à un médecin expert désigné par arrêté interministériel et chargé, au stade ultime de la procédure, de donner son avis aux autorités judiciaires près desquelles il exerce ses fonctions sur l'imprégnation alcoolique de

la personne qui a fait l'objet des vérifications prescrites par l'article L. 88 du Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme.

Dans un deuxième temps, aussi proche qu'il se peut du précédent et de la constatation du crime, du délit ou de l'accident, un examen clinique médical et une prise de sang sont effectués sur la personne de l'auteur présumé de l'infraction ou de l'accident par un médecin requis à cet effet par l'autorité qui a procédé au constat.

Les résultats de l'examen clinique sont portés sur une fiche (fiche B) qui indique, au surplus, l'heure de la prise de sang ; à l'instar de ce qui a été fait pour la fiche d'examen de comportement, cette fiche B est également envoyée au médecin expert ci-dessus mentionné.

Lors d'une troisième phase, un biologiste, désigné dans des conditions analogues à celles qui ont présidé à la nomination du médecin expert, procède à la recherche et au dosage de l'alcool dans le sang dont les échantillons lui auront été transmis par l'autorité requérante ; ce biologiste consigne les résultats de l'analyse sur une fiche (fiche C), qu'il communique au médecin expert.

Au cours d'une quatrième et dernière phase, le médecin expert, après avoir pris connaissance de la fiche d'examen de comportement, de la fiche d'examen clinique médicale et de la fiche d'analyse de sang, établit un rapport d'expertise où il expose son avis circonstancié et ses conclusions sur l'affaire qui lui a été soumise ; le rapport dont il s'agit, ainsi que les trois fiches A, B et C sus-énoncées, sont adressés au Procureur de la République compétent.

Telles sont les modalités d'application des dispositions en vigueur que la présente proposition de loi vise à compléter en ce qui concerne exclusivement les conducteurs de véhicules automobiles.

L'économie de la présente proposition repose sur des travaux scientifiques récents qui ont mis tout particulièrement l'accent, depuis la promulgation de la loi du 15 avril 1954, sur le fait que le sang des conducteurs de véhicules automobiles présente une teneur en oxyde de carbone généralement supérieure à la normale et revêtant, parfois même, un caractère alarmant.

A l'occasion des vérifications prescrites par la loi précitée du 15 avril 1954, il a été possible d'étudier, du point de vue de l'oxycarbonisme, des échantillons de sang prélevés sur des conducteurs de véhicules automobiles ayant causé un accident ou commis un délit et astreints, de ce fait, à une analyse de sang. Ces échantillons ont été examinés en vue de la détermination de leur teneur en oxyde de carbone, après que l'alcool éthylique y ait été dosé.

Il convient dès l'abord de préciser que la teneur normale en oxyde de carbone du sang des habitants d'une grande agglomération peut être fixée à 0,4 ml pour 100 ml de sang ; le seuil d'intoxication se situe à 1 ml et le seuil d'une imprégnation sérieuse s'établit à 2 ml.

Ces bases d'appréciation étant fixées, l'examen de 136 échantillons de sang prélevés durant l'année 1956 montre que 14 % seulement des conducteurs mis en cause présentent une oxycarbonémie normale.

Par contre, le seuil d'intoxication est dépassé chez environ 50 % des conducteurs, dont 15 % offrent une teneur élevée dépassant 2 ml d'oxyde de carbone.

Sur 144 échantillons analysés en 1958, la teneur en oxyde de carbone demeure normale pour 8 % des conducteurs, alors qu'elle se situe au-delà du seuil d'intoxication pour 60 % des automobilistes ayant fait l'objet d'un prélèvement, 14 % d'entre eux accusant une imprégnation sérieuse supérieure à 2 ml d'oxyde de carbone pour 100 ml de sang.

Chez trois des conducteurs examinés dont la teneur en oxyde de carbone était largement supérieure à 2 ml, l'analyse n'avait simultanément décelé aucune trace appréciable d'alcool.

Les recherches effectuées au titre de l'année 1960 ont porté sur 303 échantillons de sang. Les résultats obtenus font apparaître que la teneur en oxyde de carbone demeure normale pour 22 % des conducteurs mais est supérieure au seuil d'intoxication pour 50 % ; il a été constaté une imprégnation sérieuse chez 12 % d'entre ces derniers.

Il est à noter que les recherches effectuées pendant l'année 1958 révélèrent que l'un des conducteurs accusait une teneur de 8 ml d'oxyde de carbone pour 100 ml de sang ; ce taux correspondant

à 30 % de carboxyhémoglobine, il s'ensuit que l'automobiliste en cause se trouvait pratiquement à mi-chemin de la mort par asphyxie.

Sans qu'il puisse être possible d'extrapoler à partir de ce cas extrême, celui-ci n'en demeure pas moins très significatif de l'importance des risques que courent les conducteurs de véhicules automobiles plus imprégnés, en moyenne, que les ouvriers professionnellement exposés à l'oxycarbonémie. Une telle constatation ne saurait surprendre si l'on veut bien ne pas perdre de vue que les gaz d'échappement des voitures présentent un taux d'oxyde de carbone variant de 7 à 30 % selon les différents types de moteurs considérés et que si la plupart des voitures modernes témoignent de la part des constructeurs d'une recherche constante du confort, le souci d'hygiène est, en revanche, trop souvent négligé ; les systèmes d'aération s'avèrent généralement insuffisants et les dispositifs de ventilation ou de chauffage d'un véhicule incorporé dans une file réalisent une véritable captation des gaz d'échappement de la voiture précédente lorsque les déplacements sont effectués dans des agglomérations urbaines où la densité de la circulation est particulièrement élevée.

Hygiène et confort constituent pourtant, en matière de conduite automobile, des impératifs indissociables car il est manifeste que l'absence de fatigue après une longue route est conditionnée non seulement par les qualités intrinsèques des ressorts, des amortisseurs et des sièges de la voiture, mais aussi par les précautions prises aux fins d'assurer une parfaite élimination des gaz d'échappement et donc de l'oxyde de carbone.

Les données statistiques qui ont été ci-dessus exposées prouvent que cette dernière exigence est actuellement loin d'être satisfaite, ce qui ne manque pas d'être singulièrement lourd de conséquences pour les automobilistes ; en effet, même à des taux insuffisants pour entraîner l'intoxication aiguë, l'oxyde de carbone peut être la cause déterminante d'accidents de voitures, car son inhalation occasionne des troubles de certaines fonctions nerveuses et sensorielles essentielles.

Il a été démontré expérimentalement qu'une oxycarbonémie légère suffit à déterminer un allongement du temps de réaction qui s'écoule normalement entre le moment où le système nerveux

central est sollicité et celui où il est à même de répondre ; cet allongement provient du fait que l'anoxie créée par l'oxyde de carbone entraîne une nette diminution de la vitesse de conduction motrice et sensitive de l'influx nerveux. Or, le système nerveux central joue un rôle prépondérant dans l'activité du conducteur de voiture automobile, car la conduite s'analyse en une série de réflexes conditionnés qu'altèrent incontestablement les émanations d'oxyde de carbone.

Par ailleurs, ce gaz, même à des taux inférieurs à 0,01 %, est susceptible de troubler la vision crépusculaire et de déterminer une hausse du seuil de discrimination visuelle.

Point n'est besoin de souligner l'extrême importance des incidences que comportent ces troubles dans le domaine de la conduite automobile puisque les facultés d'appréciation des distances et d'adaptation à l'obscurité sont, en l'espèce, directement influencées.

A la lumière des constatations qui viennent d'être faites, il n'est désormais plus permis, toutes les fois où un accident de la circulation donne lieu aux vérifications destinées à établir la preuve de la présence d'alcool dans le sang de l'automobiliste auteur dudit accident, de négliger lors des investigations médicales, cliniques et biologiques, l'élément supplémentaire, parfois prépondérant mais jusqu'alors pourtant ignoré, qu'est susceptible de constituer une intoxication par l'oxyde de carbone. La technique qui devrait être mise en œuvre à cet effet est d'ailleurs simple ; elle n'engendrerait pas de difficultés d'exécution et n'occasionnerait aucune gêne supplémentaire aux conducteurs à raison du volume de sang très réduit qu'elle requerrait.

\*  
\* \*

Les conditions pratiques d'application de la législation en cause confèrent d'ailleurs à la recherche de l'oxyde de carbone un caractère d'impérieuse nécessité.

En effet, en l'état actuel de la jurisprudence, les autorités judiciaires, pour apprécier la responsabilité du conducteur qui a été soumis aux vérifications destinées à établir la preuve de la présence d'alcool dans son organisme, ne doivent pas prendre seu-

lement en considération le taux d'alcoolémie dont fait mention la fiche d'analyse ; elles doivent rendre leur jugement en se fondant sur l'ensemble des éléments qui leur sont fournis, et notamment sur les conclusions de l'examen du comportement, de l'examen clinique médical ainsi que du rapport d'expertise.

Au demeurant, il n'est pas inutile de rappeler qu'un arrêt rendu en appel et condamnant un automobiliste dont l'alcoolémie s'établissait à 2,43 grammes, a été cassé le 5 janvier 1962 par la chambre criminelle de la Cour de cassation, qui a fait observer, en l'occurrence, que si l'expertise biologique constitue un mode de preuve susceptible d'entraîner la conviction des juges, ceux-ci ne sauraient cependant, en faisant abusivement état d'une opinion doctrinale, écarter de façon systématique et péremptoire tous autres éléments d'appréciation qui, procédant de l'instruction et des débats, sont de nature à concourir à la manifestation de la vérité.

C'est dire que la Cour de cassation a entendu, en l'espèce, définitivement condamner certaines pratiques judiciaires antérieures qui tendaient à lier automatiquement la conduite en état alcoolique à un taux déterminé d'alcool.

Il ne peut être qu'entièrement souscrit au point de vue que développe l'arrêt susvisé du 5 janvier 1962, car il est certain que le taux d'alcoolémie ne saurait constituer à lui seul un élément déterminant en raison des multiples facteurs qui influent sur sa fixation, ainsi que nous allons l'exposer très schématiquement.

L'alcool absorbé passe dans le sang et détermine une augmentation progressive de l'alcoolémie qui, après avoir atteint un maximum, décroît lentement durant la phase d'élimination.

La représentation graphique de ce processus se traduit par une courbe qui évolue en deux phases.

Durant un premier temps, la résorption de l'alcool au niveau des muqueuses gastrique et duodénale est dominante, ce qui correspond à un profil ascendant de la courbe. Cependant, l'élimination et la combustion commencent concomitamment ; lorsqu'elles contrebalancent la résorption, la courbe d'alcoolémie atteint un maximum. L'élimination et la combustion l'emportent ensuite progressivement, et c'est alors la partie descendante de la courbe qui est intéressée, pendant la seconde phase dite d'élimination ou post-résorptive.

La durée du maintien de l'alcoolémie au taux maximal est variable selon les doses ingérées, au même titre d'ailleurs que la durée de la phase résorptive comprise entre trente minutes et une heure, ainsi que de celle de la phase d'élimination qui peut s'étendre sur trois, six, douze ou même vingt-quatre heures.

L'importance des variations ainsi observées est imputable au fait que la vitesse de résorption de l'alcool est fonction de la dose et de la concentration de la solution ingérée, ainsi que du rythme de l'ingestion.

Si elle est prise en une ou plusieurs fois, une dose déterminée d'alcool provoque un même taux d'alcoolémie, à condition que les intervalles entre les prises extrêmes n'excèdent pas trois quarts d'heure.

Avec l'augmentation des intervalles, la concentration maximum diminue et le temps nécessaire pour l'atteindre croît, une élimination notable ayant eu le temps de se produire avant l'ingestion suivante.

Le degré de jeûne du sujet agit également sur la vitesse de résorption de l'alcool et il est patent que la présence d'aliments dans l'estomac permet de mieux supporter les effets de l'alcool dont la diffusion dans l'organisme est retardée.

L'absorption à jeun de la même quantité d'alcool occasionne ainsi une ascension de la courbe d'alcoolémie dont la flèche peut varier du simple au double, l'importance de la pente ascendante et descendante variant dans des proportions sensiblement analogues.

Outre la phase de résorption, la phase d'élimination est également placée sous la dépendance directe de nombreux facteurs d'ordre constitutionnel, tels que le sexe, l'âge, le poids.

A ces facteurs constitutionnels, s'ajoutent des facteurs biologiques qui sont aussi de nature à modifier le taux d'alcoolémie. A la suite de traumatismes craniens, fréquents dans les accidents de la circulation, la combustion de l'alcool dans les tissus de l'organisme est ralentie, ce qui maintient une alcoolémie élevée. A l'inverse, des vomissements produisent une chute brusque du taux d'alcoolémie par spoliation gastrique.

En sus des circonstances qui viennent d'être évoquées et qui suffiraient à rendre extrêmement aléatoires des conclusions basées sur la prise en considération, au stade du jugement, de la seule alcoolémie, il en est d'autres qui, pour ne pas être entièrement exemptes de critiques ou de réserves, n'en doivent pas moins être également retenues.

Si l'absorption d'un tiers de litre de vin occasionne une alcoolémie moyenne de 0,65 gramme pour 1.000, il est courant d'observer, après une fête familiale, un banquet, un repas entre amis, des alcoolémies égales à 2 grammes, chiffre qui correspond, pour un individu de 70 kilogrammes, à l'absorption d'un litre et quart de vin à 10°.

Ces personnes ne peuvent pas pour autant être assimilées à des éthyliques chroniques et les sanctionner sévèrement en ne retenant que le taux d'alcoolémie figurant sur une fiche d'analyse sanguine ne serait, de toute évidence, pas conforme à l'esprit de la législation en vigueur, nonobstant les considérations d'ordre physiologique dont il a été fait mention plus haut.

Aussi bien, le fait que la jurisprudence donne aux résultats de l'examen de comportement et de l'examen clinique médical une importance égale à celle qui est accordée aux énonciations consignées sur la fiche d'analyse est en tous points équitable.

Il en résulte donc que les automobilistes tributaires, à raison des accidents qu'ils causent, des dispositions de l'article L. 88 du Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, sont jugés, compte tenu non seulement du taux d'alcoolémie qu'ils présentent, mais aussi de leur comportement et de leur aspect clinique au moment de la prise de sang.

Or, l'oxyde de carbone, en sus des troubles nerveux et sensoriels qu'il provoque dans les conditions précédemment indiquées, perturbe également le comportement général de la personne victime d'intoxication. Dès lors et pour ne prendre qu'un exemple concret, au nombre des 14 % d'automobilistes qui ont été examinés au cours de l'année 1958 et qui présentaient, selon les statistiques, une sérieuse imprégnation oxycarbonée, figuraient des conducteurs « hébétés » aux termes même de leur fiche de comportement ; cet hébètement a pu inciter les auteurs des constats à croire que les individus qu'ils interrogeaient se trouvaient en état d'ivresse mani-

feste, alors que l'hébétude était pour une très large part imputable à une intoxication oxycarbonée.

Certaines des données sur lesquelles l'autorité judiciaire forme sa conviction risquent donc d'être faussées car le comportement d'un conducteur présentant des symptômes d'oxycarbonisme est de nature à induire partiellement en erreur l'officier ou agent de la police administrative ou judiciaire appelé à constater l'accident.

Les conclusions de l'examen auquel doit, dès l'abord, se livrer ce fonctionnaire peuvent, en conséquence, être largement influencées au détriment de certains automobilistes.

Par ailleurs, l'absence de recherches des signes cliniques et de l'éventuelle confirmation biologique d'une intoxication oxycarbonée est également de nature à perturber les résultats consignés sur les fiches d'examen clinique et d'analyse du sang au vu desquelles le médecin expert dressera, après avoir consulté la fiche d'examen de comportement, le rapport de synthèse destiné au Procureur de la République.

Enfin, il n'est pas exclu que chez certains conducteurs, auteurs d'accidents de la circulation, une intoxication par oxyde de carbone n'ait accru les effets d'une imprégnation alcoolique qui aurait été, à elle seule, insuffisante pour provoquer l'accident.

A noter que la présence de gaz carbonique facilite en effet la résorption de l'alcool par la muqueuse gastrique et cette constatation trouve une parfaite illustration dans l'action rapide du « champagne ».

Il s'ensuit que la mise en évidence de la présence d'oxyde de carbone dans l'organisme d'un automobiliste ayant causé un accident de la circulation peut avoir un retentissement direct sur les modalités d'appréciation de l'exacte responsabilité qu'il encourt.

En conséquence, et afin que les éléments d'information fournis aux autorités judiciaires revêtent le maximum de précision et de portée et cernent, le plus étroitement possible, la réalité des faits, en ne faisant abstraction d'aucune des données scientifiques dont nous disposons, dans le souci d'assurer à la justice les meilleures conditions d'exercice, il s'avère nécessaire de soumettre les conducteurs de véhicules automobiles qui entrent dans le champ d'appli-

cation de l'article L. 88 du Code précité à des vérifications tendant à établir la preuve de la présence non seulement d'alcool, mais également d'oxyde de carbone dans leur organisme.

Tel est l'objet de la présente proposition de loi que nous vous demandons d'adopter :

## **PROPOSITION DE LOI**

### Article unique.

Il est ajouté à l'article L. 88 du Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme un deuxième alinéa ainsi conçu :

« Lors d'un accident de la circulation motivant sur la personne du conducteur d'un véhicule automobile les vérifications sus-énoncées, celles-ci tendront également à établir la preuve de la présence d'oxyde de carbone dans l'organisme dudit conducteur. »